

Bericht

des Gesundheitsausschusses

über die Regierungsvorlage (1088 der Beilagen): Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 geändert wird (7. Ärztegesetz-Novelle)

Im Gemeinschaftsrecht ist der ärztliche Beruf durch die Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise (CELEX-Nr. 393L0016) harmonisiert.

Der zahnärztliche Beruf ist im Gemeinschaftsrecht durch folgende Richtlinien harmonisiert:

- Richtlinie 78/686/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Zahnarztes und für Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr (CELEX-Nr. 378L0686) und
- Richtlinie 78/687/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten des Zahnarztes (CELEX-Nr. 378L0687).

Diese Richtlinien sehen vor, dass der zahnärztliche Beruf ein eigener vom Beruf des/der Arztes/Ärztin zu unterscheidender Beruf mit einer eigenen mindestens fünfjährigen universitären Ausbildung ist.

Im ÄrzteG 1998 wurden das Berufsbild und die Berufszugangsvoraussetzungen des zahnärztlichen Berufs in einem eigenen Abschnitt geregelt, hinsichtlich der sonstigen berufsrechtlichen sowie auch der standesrechtlichen Regelungen wurde der „Zahnarzt“ unter den Begriff „Arzt“ und der „Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ unter den Begriff „Facharzt“ subsumiert.

Seitens der Europäischen Kommission wurden diese berufsrechtlichen Regelungen dahingehend beanstandet, dass die in den Zahnärzterichtlinien normierte Trennung des zahnärztlichen vom ärztlichen Beruf nicht entsprechend umgesetzt sei, insbesondere was die Übergangsbestimmung des Artikel 19b der Richtlinie 78/686/EWG betreffend die Berufsausübung von Fachärzten/-innen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „unter denselben Bedingungen“ wie Zahnärzte/-innen betrifft. Diese Rüge war unter anderem Gegenstand des Vertragsverletzungsverfahrens 2000/2052 sowie des nunmehr vor Entscheidung stehenden EuGH-Verfahrens in der Rechtssache C-437/03 gegen Österreich. Österreich hat im Zuge dieses Verfahrens eine umfassende Neugestaltung sowohl des zahnärztlichen Berufs- als auch Standesrechts zugesagt.

Im Jahre 2002 hat der damals zuständige Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen Mag. Herbert Haupt und Anfang 2005 die Österreichische Ärztekammer eine Befragung aller Angehörigen des zahnärztlichen Berufs betreffend die zukünftige Form ihrer Berufsvertretung durchgeführt, die eine Mehrheit für die Schaffung einer Zahnärztekammer, die auf Bundes- und Landesebene von den Ärztekammern zu trennen ist, ergab.

Dem entsprechend wird ein eigenes Berufsgesetz für Angehörige des zahnärztlichen Berufs (Zahnärztegesetz – ZÄG) sowie ein Kammergesetz für Angehörige des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztekammergesetz – ZÄKG) geschaffen. Auf Grund der Herauslösung der Angehörigen des zahnärztlichen Berufs aus dem ÄrzteG 1998 sind die erforderlichen berufs- und kammerrechtlichen Änderungen des ÄrzteG 1998 vorzunehmen.

Dem überwiegenden Wunsch der betroffenen Berufsgruppen entsprechend und im Hinblick auf die Wahrung erworbener Rechte ist dabei sicherzustellen, dass die Angehörigen des zahnärztlichen Berufs trotz

Ausscheidens aus den Ärztekammern weiterhin im Rahmen der Wohlfahrtsfonds der Ärztekammern leistungsberechtigt und -verpflichtet bleiben und entsprechend vertreten sind.

Die Herauslösung der Angehörigen des zahnärztlichen Berufs aus den Ärztekammern erfordert auch Änderungen in den bestehenden Strukturen der Ärztekammern, sodass eine entsprechende Reformierung des Ärztekammerrechts sowohl auf Ebene der Ärztekammern in den Bundesländern als auch auf Ebene der Österreichischen Ärztekammer zu realisieren ist.

Wesentliche Punkte dieser Kammerreform sind insbesondere:

- die Neufassung der Zuordnung der Ärzteschaft zur Kurie der angestellten Ärzte und zur Kurie der niedergelassenen Ärzte,
- die Adaptierung der Kompetenzen der Organe, insbesondere die Normierung einer subsidiären Generalkompetenz der Kammervorstände der Ärztekammern in den Bundesländern sowie des Vorstandes der Österreichischen Ärztekammer sowie
- die Schaffung der Möglichkeit der Wahl eines zusätzlichen Vizepräsidenten durch die Vollversammlung auf Ebene der Ärztekammern in den Bundesländern.

Der Gesundheitsausschuss hat die gegenständliche Regierungsvorlage in seiner Sitzung am 12. Oktober 2005 in Verhandlung genommen. An der Debatte beteiligten sich im Anschluss an die Ausführungen des Berichterstatters die Abgeordneten Dr. Kurt **Grünwald**, Dr. Erwin **Rasinger**, Mag. Herbert **Haupt**, Manfred **Lackner**, Theresia **Haidlmayr** sowie die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Maria **Rauch-Kallat**.

Im Zuge der Debatte haben die Abgeordneten Dr. Erwin **Rasinger** und Mag. Herbert **Haupt** einen Abänderungsantrag eingebracht, der wie folgt begründet war:

„Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich §§-Angaben auf den vorliegenden Gesetzesantrag.

Zu Z 1 und 14 (§ 71 Abs. 2 bis 5 und § 221 Abs. 2 letzter Satz):

Auf ausdrücklichen Wunsch der ärztlichen Standesvertretung sollte ungeachtet des sonst üblichen Vorranges der Anwendung allgemein anerkannter systematischer Interpretationsmethoden mit der nunmehrigen vorgesehenen expliziten Nennung der Gruppe der Wohnsitzärzte auch dieser Ärztegruppe die Möglichkeit einer zufriedenstellenden Identifikation mit der neu getroffenen Kurienzuordnung eröffnet werden (§ 71 Abs. 3 Z 1).

Darüber hinaus erfolgt hinsichtlich der in § 71 Abs. 3 Z 3 erfassten Ärztegruppe (Ärzte, ausgenommen Ärzte mit Leitungsfunktion in einer Krankenanstalt, die sonst freiberuflich mit Berufssitz tätig sind und ihren Beruf auch im Rahmen eines Dienstverhältnisses ausüben) im Sinne einer Optimierung der neuen Kurienzuordnung eine Adaptierung mit dem Ziel einer primären Zuordnung zur Kurie der angestellten Ärzte anstatt zur Kurie der niedergelassenen Ärzte. Dessen ungeachtet bleibt das verankerte Optionsrecht gemäß Abs. 4 zweiter Satz aufrecht, sodass die betreffenden Ärzte bei Abgabe einer entsprechenden Erklärung der Kurie der niedergelassenen Ärzte zuzuordnen sind.

Abschließend ist im Hinblick auf das zeitliche Procedere der Umsetzung der neuen Kurienzuordnung auf die Regelung des § 221 Abs. 2 letzter Satz hinzuweisen, wonach die Kurienzuordnung gemäß § 71 in der Fassung der 7. Ärztegesetz-Novelle von den Ärztekammern in den Bundesländern von Amts wegen unverzüglich, längstens jedoch bis 30. September 2006, durchzuführen ist.

Zu Z 2 (§ 80c):

Vor dem Hintergrund der Häufung von Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts im Bereich des ärztlichen Wohlfahrtsfondsrechts soll hinkünftig im Gesetz selbst in aller Deutlichkeit vorgeschrieben sein, dass bei Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds sowie der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnungen den wohlerworbenen Rechten und dem Vertrauensschutz von Anspruchsberechtigten ausdrücklich Rechnung zu tragen ist.

Zu Z 3 (§ 84b):

Die Regelung bezüglich des Niederlassungsausschusses erfährt im Hinblick auf eine zielgerichtete Steuerung der kammerinternen Beratungsprozesse insofern eine Änderung, als der Niederlassungsausschuss als Organ des Kammervorstands in Fragen der Auswahl der Vertragsärzte und der Vertragsgruppenpraxen eingerichtet werden soll. Der Ausdruck „Auswahl der Vertragsärzte und der Vertragsgruppenpraxen“ stellt die Diktion des § 343 Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, dar.

Zu Z 4 und 13 (§§ 85 Abs. 1 dritter Satz und 127 Abs. 1 dritter Satz):

Die Adaptierung betrifft eine von der ärztlichen Standesvertretung gewünschte Klarstellung hinsichtlich der Festlegung der Vertretung der Kurienobmänner.

Zu Z 5 und 9 (§§ 96a und 109 Abs. 5):

§ 96a erster Satz schafft die Verpflichtung, dass der Verordnungsgeber in der Satzung des Wohlfahrtsfonds und in der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festzulegen hat, welche beitrags- und leistungsrelevanten Daten von Kammerangehörigen unverzüglich zu melden sind. Darüber hinaus soll für den Fall, dass diese Daten trotz nachweislicher Aufforderung nach Ablauf einer angemessen gesetzten Nachfrist nicht oder nicht vollständig an den Wohlfahrtsfonds übermittelt werden, für den Zeitraum bis zur Nachreichung der beitrags- und leistungsrelevanten Daten der entsprechende Höchstbeitrag vorgeschrieben werden können. Diese Neuerung bedeutet ein Abgehen vom bisherigen in § 109 Abs. 5 Ärztegesetz 1998 festgelegten diesbezüglichen Schätzungsverfahren.

Die Österreichische Ärztekammer hat in einer ausführlichen Stellungnahme ausdrücklich auf den hohen administrativen und finanziellen Aufwand der Durchführung von Schätzungen hingewiesen: Der diesbezügliche Mehraufwand betrage demnach etwa im Bereich der Ärztekammer für Wien 1.014 Arbeitsstunden, die sich bei einem Stundensatz von 80 Euro (einschließlich Lohnnebenkosten) mit 81.120 Euro Kosten p.a. niederschlagen. Darüber hinaus sei auch der erhöhte Sachaufwand von 11.685 Euro p.a. aufgrund der erhöhten Anzahl von Einschreiben (Versendung von ca. 4.100 Bescheiden á 2,85 Euro) zu berücksichtigen. Durch die Einführung der Vorschreibung des Höchstbeitrages für den Zeitraum bis zur Nachreichung der beitrags- und leistungsrelevanten Daten könne diese Mehrkostenbelastung verringert werden und somit zu einer Entlastung der Solidargemeinschaft beitragen.

Weiters ist darauf hinzuweisen, dass § 109 Abs. 5 letzter Satz nicht mehr auf Kammerangehörige abstellt, „die den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausschließlich in einem Dienstverhältnis ausüben“. Diese Adaptierung ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass zum Zwecke der Berechnung einer einheitlichen Bemessungsgrundlage auch die Erklärungen von Ärzten und Zahnärzten, die ausschließlich im Dienstverhältnis tätig sind, notwendig sind.

Zu Z 6 und 7 (§§ 98 Abs. 1 und 104 Abs. 1 und 2):

In Anknüpfung an das Gesundheitsreformgesetz 2005, mit dem im Bereich des ärztlichen Wohlfahrtsfondsrechts Adaptierungen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, berücksichtigt wurden (vgl. insbesondere den Ersatz der Todesfallbeihilfe durch die Leistungen der Hinterbliebenenunterstützung und der Bestattungsbeihilfe) sollen im Rahmen der 7. Ärztegesetz-Novelle weitere Adaptierungen vorgenommen werden.

Die Österreichische Ärztekammer betonte in ihrer Stellungnahme, dass diese Neugestaltung, insbesondere die Verpflichtung zur Gewährung der Hinterbliebenenunterstützung und der Bestattungsbeihilfe in der Zwischenzeit zu unerwünschten Ergebnissen in manchen Landesärztekammern führe. Insbesondere sei es durch die demographische Entwicklung notwendig geworden, Beiträge und Leistungen an die geänderte Lebenserwartung anzupassen. Durch die vorgeschlagenen Regelungen der §§ 98 Abs. 1 und 1a sowie 104 soll es daher der Satzungshoheit der Wohlfahrtsfonds überlassen werden, die Hinterbliebenenunterstützung und die Bestattungsbeihilfe zu regeln. In diesem Sinne könne die Satzung des Wohlfahrtsfonds die Möglichkeit vorsehen, unterschiedliche Leistungsansprüche auf Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung für Hinterbliebene von aktiven Ärzten und Zahnärzten einerseits und für Hinterbliebene von pensionierten Ärzten und Zahnärzten andererseits vorsehen.

Zu Z 8 (§ 108 Abs. 1):

Auf Wunsch der ärztlichen Standesvertretung soll im Hinblick auf die zuletzt erfolgten Änderungen der Veranlagungsbestimmungen des Pensionskassengesetzes der Ersatz des dynamischen Verweises in § 108 Abs. 1 Ärztegesetzes 1998 durch einen statischen Verweis vorgeschlagen werden.

Diese Änderung soll der Sicherheit und Langfristigkeit der Veranlagung dienen. Im Detail begründete die Österreichische Ärztekammer ihren Vorschlag damit, dass durch die letzte Änderung des Pensionskassengesetzes bei den Veranlagungsbestimmungen die Möglichkeit eröffnet worden sei, einen höheren Aktienanteil in die Veranlagung aufzunehmen. Aus Sicht der Vermögensverwaltung der Wohlfahrtsfonds der Ärztekammern in den Bundesländern könne jedoch eine langfristige Sicherung des Wohlfahrtsfondsvermögens besser gewährleistet werden, wenn die Veranlagungsbestimmungen des Pensionskassengesetzes vor der letzten Novelle zur Anwendung kommen.

Zu Z 10 (§ 109 Abs. 9):

Mit dieser Regelung soll ermöglicht werden, dass die Wohlfahrtsfonds auch von pensionierten Ärzten und Zahnärzten Beiträge zu den Leistungen der Bestattungsbeihilfe und der Hinterbliebenenunterstützung einheben können.

Zu Z 11 (§ 112 Abs. 2):

Zu der von der Österreichischen Ärztekammer vorgeschlagenen Regelung erstattete diese insbesondere nachfolgende Ausführungen:

Die Option eines aus dem EWR-Ausland nach Österreich zuziehenden Arztes, die Mitgliedschaft bei einer berufsständischen Versorgungseinrichtung im Herkunftsstaat aufrecht zu erhalten und sich gleichzeitig von der Mitgliedschaft im Wohlfahrtsfonds der zuständigen Ärztekammer in Österreich zu befreien, entspricht einem Bedürfnis der Ärzte.

Bis 31. Dezember 2004 sah § 112 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 vor, dass sich Ärzte, die in einem anderen EWR-Mitgliedstaat in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung weiterversichert sind, von der Mitgliedschaft im betreffenden Wohlfahrtsfonds in Österreich befreien lassen können.

Mit 1. Jänner 2005 wurden die österreichischen Versorgungseinrichtungen der freiberuflich Tätigen (so auch die Wohlfahrtsfonds der Ärztekammern in den Bundesländern) ebenso wie die deutschen Versorgungseinrichtungen in die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 eingebunden. Da damals noch die Auffassung vertreten wurde, dass die Befreiungsbestimmung in § 112 Ärztegesetz 1998 nicht mit der genannten Verordnung in Einklang zu bringen und es nach dieser zwingend erforderlich sei, dass jeder Arzt in jenem Staat versichert ist, in dem er tätig wird, verzichtete das Gesundheitsreformgesetz 2005 auf die Befreiungsbestimmung mit Wirksamkeit 31. Dezember 2004.

Wie die Vergangenheit beweist, ziehen viele aus Deutschland zuziehende Ärzte die Beibehaltung der Mitgliedschaft in einer deutschen berufsständischen Versorgungseinrichtung dem Beitritt zu einem österreichischen ärztlichen Wohlfahrtsfonds vor, weil sie ihre Pensionsplanung sonst in vielerlei Hinsicht ändern müssten. In diesem Sinne hat sich ein Großteil der deutschen Ärzte in Österreich befreien lassen und die Versicherung im Herkunftsstaat fortgesetzt.

Dieser legitime Wunsch, von der ursprünglichen langfristigen Pensionsplanung nicht abweichen zu müssen, findet auch Akzeptanz in den Ärztekammern in den Bundesländern, denen die Möglichkeit, ausländische Ärzte zu befreien, administrative Vorteile bringt. Die nunmehr vorgeschlagene Optionsmöglichkeit liegt daher im Interesse aller Beteiligten.

Diese ist auch aus gemeinschaftsrechtlicher Sicht nicht bedenklich, weil es in der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bereits Präzedenzfälle für eine derartige Ausnahmebestimmungen gibt. Sowohl für die Schweiz als auch für Liechtenstein ist in der genannten Verordnung bereits die Möglichkeit eines „opting out“ bei bestehendem Schutz in einem entsprechenden System in einem anderen Mitgliedstaat vorgesehen. Da in der vorgeschlagenen Ausnahmeregelung ausdrücklich vorgesehen ist, dass nur ein gleichwertiger Anspruch in einem berufsständischen Versorgungswerk im Gebiet einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum die Befreiungsoption eröffnet, ist auch sichergestellt, dass es zu keiner Verschlechterung des sozialen Schutzes des betroffenen Arztes kommen kann. Der Begriff „annähernd gleichwertiger Anspruch“ ist dem § 5 Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG), BGBl. Nr. 560/1978 entnommen. In § 5 GSVG sind Ausnahmeregelungen von der Pflichtversicherung nach diesem Gesetz für einzelne Berufsgruppen enthalten, die bereits aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen beruflichen Vertretung anderweitig versichert sind.

Zu Z 14 (§ 128a Abs. 1):

Um sicherzustellen, dass die Vorsitzenden der Ausbildungskommissionen in den Ärztekammern in den Bundesländern Mitglieder der Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer sind, werden diese in § 128a Abs. 1 erster Satz als Mitglieder explizit genannt. Nach geltender Rechtslage können auch sonstige Mitglieder der Ausbildungskommissionen der Ärztekammern in den Bundesländern der Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer angehören.

Hinkünftig sollen der Vorsitzende der Ausbildungskommission und dessen Stellvertreter nicht mehr vom Vorstand nominiert, sondern von der Ausbildungskommission aus der Mitte der Vorsitzenden der Ausbildungskommissionen der Ärztekammern in den Bundesländern in getrennten Wahlgängen mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimme für die Dauer der Funktionsperiode der Vollversammlung gewählt werden (§ 128a Abs. 1 zweiter Satz).

Zu Z 15 (§ 221 Abs. 2):

Die Adaptierung dieser Übergangsbestimmung ist insbesondere als Ausfluss des stattgefundenen abschließenden Meinungsaustausches mit Vertretern der ärztlichen Standesvertretung sowie Experten des Verfassungsrechts anzusehen, die der absichernden Klarstellung hinsichtlich des Weiterbestehens, der Zusammensetzung und der Tätigkeit der „nicht zahnärztlichen“ Organe in der Phase ab In-Kraft-Treten der 7. Ärztegesetz-Novelle bis zur Neukonstituierung dient.“

Bei der Abstimmung wurde der in der Regierungsvorlage enthaltene Gesetzentwurf unter Berücksichtigung des oben erwähnten Abänderungsantrages der Abgeordneten Dr. Erwin **Rasinger** und Mag. Herbert **Haupt** mit Stimmenmehrheit angenommen.

Als Berichterstatter für das Plenum wurde Abgeordneter Dipl.-Ing. Günther **Hütl** gewählt.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle dem **angeschlossenen Gesetzentwurf** die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen.

Wien, 2005-10-12

Dipl.-Ing. Günther Hütl

Berichterstatter

Barbara Rosenkranz

Obfrau