

Vorblatt

Probleme:

- Fehlen von Regelungen für Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten.
- Bestehende Rechtsunklarheit im Zusammenhang mit Aufgaben des Hygieneteams zur Überwachung von nosokomialen Infektionen.
- Fehlen einer Regelung betreffend den Einsatz von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten.
- Bestehende Rechtsunklarheit im Zusammenhang mit der Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten oder Abteilungen für Psychiatrie.
- Bestehende Rechtsunklarheit im Zusammenhang mit der Kooptierung von Mitgliedern in die Bundesgesundheitskommission.
- Punktueller Anpassungsbedarf im Ärztegesetz 1998.
- Zuständigkeit des BMGF für die Feststellung des Rezeptpflichtstatus bei Zulassungen.

Ziele:

Mit der vorliegenden Novelle sollen Regelungen betreffend Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten, über die Überwachung nosokomialer Infektionen und den Einsatz von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten in das Krankenanstaltengesetz aufgenommen werden. Weiters sind die erforderlichen Anpassungen im Ärztegesetz sowie sonstige punktuelle Änderungen vorzunehmen.

Inhalt:

- Schaffung von Regelungen für Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten (Führung dislozierter Abteilungen) einschließlich Festlegungen hinsichtlich der sanitären Aufsicht.
- Ausdrückliche Normierung, dass in der Krankenanstaltenordnung Räume festzulegen sind, in denen das Rauchen gestattet ist.
- Ausdrückliche Regelung über die Aufgaben des Hygieneteams im Zusammenhang mit der Überwachung nosokomialer Infektionen.
- Klarstellung, dass das in den einschlägigen Berufsgruppengesetzen festgelegte Verhältnis für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist.
- Klarstellung, dass geschlossene Bereiche von Krankenanstalten für Psychiatrie auch der Aufnahme von Personen dienen, deren Anhaltung dort gemäß § 21 StGB und § 429 StPO angeordnet wurde.
- Kooptierung von Mitgliedern in die Bundesgesundheitskommission durch die ausdrückliche Berechtigung der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers, Vertreterinnen/Vertreter taxativ aufgezählter Institutionen als kooptierte Mitglieder zu entsenden.
- Klarstellung, dass ausländische Ärzte, die im Rahmen von Staatsgrenzen überschreitenden Kooperationen zwischen Krankenanstalten in einer österreichischen Krankenanstalt ihren Dienst versehen, keine Mitglieder der Ärztekammer sind.
- Übertragung der Zuständigkeit zur Festlegung des Rezeptpflichtstatus einer Arzneispezialität im Rahmen der Zulassung an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen.

Alternative:

Beibehaltung der Rechtsunsicherheiten und der Unzulässigkeit von Staatsgrenzen überschreitenden Kooperationen zwischen Krankenanstalten.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Dem Bund, den Ländern, Städten und Gemeinden entsteht kein finanzieller Mehraufwand.

EU-Konformität:

Der Entwurf sieht nur Regelungen vor, die nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union fallen.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

ERLÄUTERUNGEN

I. Allgemeiner Teil

Novelle zum Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten

Im Lichte der zunehmenden Zusammenarbeit der europäischen Staaten auch im Bereich des Gesundheitswesens wurde seitens des Bundeslandes Oberösterreich zwecks Kooperation Braunau/Simbach an den Bund wiederholt der Wunsch herangetragen, eine entsprechende Rechtsgrundlage für Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten (Führung dislozierter Abteilungen) zu schaffen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass der Standard von Behandlung und Pflege im Rahmen dieser Kooperationen zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist, dass auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht Anwendung findet und diesbezüglich ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist und die geltenden Vorgaben hinsichtlich Planung und Finanzierung eingehalten werden.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung ist im Zusammenhang mit dem Rauchen dem geltenden Tabakgesetz Rechnung zu tragen und im Interesse der Pflöglinge aber auch der in der Krankenanstalt Beschäftigten vorzusehen, dass in der Krankenanstaltenordnung Räume festzulegen sind, in denen das Rauchen gestattet ist. Die derzeitige Regelung in der Anstaltsordnung, wonach diese bloß Rauchverbote festzulegen hat, ist zu großzügig und nicht im Einklang mit dem Tabakgesetz.

Die Infektions-Surveillance soll vom Hygieneteam initiiert und begleitet werden. Die Überwachung/Surveillance von nosokomialen Infektionen soll den Krankenanstalten einen Vergleich der eigenen Ergebnisse über die Zeit und ein nationales oder internationales Benchmarking ermöglichen. Das Setzen daraus folgender Schritte liegt in der Verantwortung der Abteilungen (bzw. sonstigen Organisationseinheiten) und der Führung der Krankenanstalt.

Hinsichtlich des in den einschlägigen Berufsgesetzen festgelegten Verhältnisses für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten ist klarzustellen, dass dieses Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist.

Geschlossene Bereiche von Krankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Aufnahme von Personen, deren Anhaltung dort gemäß § 21 StGB und § 429 StPO angeordnet wurde.

Im Zuge der Beschlussfassung der Geschäftsordnung der Bundesgesundheitskommission wurden im Zusammenhang mit der Kooptierung von Mitgliedern ohne Stimmrecht in die Bundesgesundheitskommission verschiedene Rechtsstandpunkte vertreten. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll diese Rechtsunsicherheit durch die ausdrückliche Regelung einer Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern taxativ aufgezählter Institutionen durch den/die für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister als kooptierte Mitglieder in die Bundesgesundheitskommission beseitigt werden.

Novelle zum Ärztegesetz 1998

Im Ärztegesetz 1998 soll verankert werden, dass eine Tätigkeit von ausländischen Ärzten in österreichischen Krankenanstalten im Rahmen einer Staatsgrenzen überschreitenden dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten keine Kammerangehörigkeit bei der Ärztekammer im jeweiligen Bundesland begründet.

Weiters wird aus gegebenem Anlass im Sinne der gebotenen Rechtssicherheit und -klarheit eine Adaptierung der Bestimmungen über die Kundmachung von Verordnungen der ärztlichen Standesvertretung im Internet vorgenommen.

Im Hinblick auf die in Kürze in Aussicht genommene Kundmachung einer neuen Verordnung über die Ärzte-Ausbildung gemäß § 24 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 erfolgt im Rahmen der 9. Ärztegesetz-Novelle eine Anpassung der Außer-Kraft-Tretensbestimmung der auf Gesetzesstufe stehenden Ärzte-Ausbildungsordnung 1994, BGBl. Nr. 152/1994, sowie eine entsprechende Adaptierung der Genehmigungsregelung.

Darüber hinaus werden auf besonderen Wunsch der Österreichischen Ärztekammer eine genauere Regelung hinsichtlich der Prüfung des Wegfalls der Voraussetzung der Vertrauenswürdigkeit sowie der gesundheitlichen Eignung sowie eine Bestimmung, wonach Personen, die sich in Ausbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie befinden, das Pflichtnebenfach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auch durch eine zweijährige Tätigkeit bei einem freiberuflichen Zahnarzt absolvieren können, geschaffen.

Schließlich werden einige redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Novelle zum Rezeptpflichtgesetz

Da die in § 2 Rezeptpflichtgesetz enthaltenen Vollzugsagenden eng mit den Zulassungsentscheidungen nach Arzneimittelgesetz verbunden sind, soll auch diesbezüglich die Vollziehung auf das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen übergehen.

Finanzielle Auswirkungen:

Bund, Ländern, Städten und Gemeinden entstehen keine zusätzlichen Kosten. Die Überwachung nosokomialer Infektionen gehört schon jetzt zu den Aufgaben der Krankenhaushygiene, die Teilnahme an einem anerkannten Surveillancesystem ist grundsätzlich mit keinen Kosten verbunden, in der Phase der Implementierung kann es allerdings krankenhaushausintern – abhängig vom Stand der Surveillance in den einzelnen Krankenanstalten - zu nicht quantifizierbaren Mehrbelastungen des betroffenen Personals kommen.

Zuständigkeit:

Die Zuständigkeit des Bundes zur Erlassung dieser Gesetzesnovelle ergibt sich für das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten aus Art. 12 Abs. 1 Z 1 (Grundsatzbestimmungen) sowie aus Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (unmittelbar anwendbares Bundesrecht), für das Ärztegesetz 1998 aus Art. 10 Abs. 1 Z 8 und Z 12 B-VG und für das Rezeptpflichtgesetz aus Art 10 Abs. 1 Z 12 B-VG.

Besonderer Teil

Zu Art. 1 (Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten - KAKuG):

Zu Titel 1 Z 1 (§ 2a Abs. 3):

In § 2a Abs. 3 wird der Verweis auf den neuen § 3b aufgenommen.

Zu Titel 1 Z 2 (§ 3b):

Abs. 1 ermöglicht – sofern dies von der Landesregierung genehmigt wird - die örtlich getrennte Unterbringung der vorgesehenen Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten auf dem Gebiet eines anderen Staates gemäß § 2a Abs. 3 (dislozierte Organisationseinheiten). Unter sonstigen Organisationseinheiten sind neben bettenführenden Einheiten wie Departments, Fachschwerpunkte und Tageskliniken auch nicht bettenführende Einheiten (zB Institute für Radiologiediagnostik, Labordiagnostik) zu verstehen. Dies ist allerdings nur dann möglich, wenn es sich um beidseits in grenznahem Gebiet gelegene Krankenanstalten handelt, die sich zueinander im räumlicher Nähe befinden. Es wird der Landesausführungsgesetzgebung zukommen, diesen räumlichen Bezug näher zu determinieren, für den Ausführungsgesetzgeber im Bundesland Wien ergibt sich mangels einer auch die Bundesgrenze bildenden Landesgrenze jedenfalls kein Bedarf zur Umsetzung im Landesrecht. In diesem Zusammenhang ist zur Frage der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten und damit auf den Ausführungsspielraum des Landesgesetzgebers und zur Genehmigungsfähigkeit konkreter Projekte noch auf die Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes zu verweisen, wonach das KAKuG grundsätzlich vom Bild einer im wesentlichen eine örtliche Einheit darstellenden Krankenanstalt ausgeht. Durch die nunmehrige Novelle soll an dieser Konzeption nichts geändert werden, so dass – wie auch bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten im Inland –Entfernungen, deren Distanz über Grenznähe hinausgeht, zwischen Krankenanstalt und dislozierter Organisationseinheit ausscheiden.

Die Genehmigung darf von der Landesregierung nur bei Vorliegen folgender Voraussetzungen erteilt werden: Wenn nachgewiesen ist

1. dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. das Vorhaben im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen ist,
3. dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird,
4. dass auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist,
5. dass die Behandlung und Pflege von Pflegelingen der in Österreich gelegenen Krankenanstalt ausschließlich durch Personal dieser Krankenanstalt und unter deren Leitung (der Begriff Leitung bezieht sich sowohl auf die ärztliche Leitung als auch auf die Leitung des Pflegedienstes) erfolgt.

Mit der Wendung „einzelne“ Abteilungen soll zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich maximal um einige wenige der im § 2a KAKuG vorgesehenen Organisationseinheiten handeln kann. Mit der Klarstellung „in ihrer Gesamtheit“ wird verdeutlicht, dass eine grenzüberschreitend dislozierte Führung von Teilen von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten nicht zulässig ist.

Weiters sei darauf hingewiesen, dass die grenzüberschreitende dislozierte Führung von Fachschwerpunkten nur dann zulässig ist, wenn in der in Österreich gelegenen Krankenanstalt die Führung einer Vollabteilung wirtschaftlich nicht möglich ist.

Abschließend sei festgehalten, dass davon ausgegangen wird, dass sich die Zuständigkeit der auf Landesebene eingerichteten Patientenvertretungen selbstverständlich auch auf die Patienten erstrecken wird, die in einer im Ausland gelegenen dislozierten Organisationseinheit behandelt werden und dass für diese Patienten auch das Regime der Patientenentschädigungsfonds Geltung findet, da es sich ja um Patienten der österreichischen Krankenanstalt handelt. Dies vor allem auch deshalb, da der Behandlungsvertrag mit dem Träger der österreichischen Krankenanstalt geschlossen wird und auf seine Erfüllung österreichisches Recht einschließlich der jeweiligen Ausführungsbestimmungen zu § 27a KAKuG Anwendung findet. Sollten diesbezüglich Klarstellungen als erforderlich erachtet werden, wären diese durch den zuständigen Landesgesetzgeber zu treffen.

Zu Titel 1 Z 3 (§ 6 Abs. 1 lit. e):

Im Rahmen der Gesundheitsförderung ist im Zusammenhang mit dem Rauchen dem geltenden Tabakgesetz Rechnung zu tragen und im Interesse der Pfleglinge aber auch der in der Krankenanstalt Beschäftigten vorzusehen, dass in der Krankenanstaltenordnung Räume festzulegen sind, in denen das Rauchen gestattet ist (als Ausnahme zum grundsätzlichen Rauchverbot).

Zu Titel 1 Z 4 und 5 (§ 8a Abs. 4 und 4a):

Die Überwachung nosokomialer Infektionen (NI) wurde in den letzten Jahren zu einer essentiellen Aufgabe der Krankenhaushygiene. Da besonders die schwerwiegenden NI auf Intensivstationen und in chirurgischen Bereichen auftreten, liegen in diesen Fachdisziplinen wichtige Schwerpunkte der Infektions-Surveillance.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen weist darauf hin, dass Krankenanstalten bereits nach geltender Rechtslage zur Überwachung nosokomialer Infektionen – jedenfalls krankenanstaltenintern – verpflichtet sind. Insofern ist die Einführung des Wortes „Überwachung“ bei den Aufgaben des Hygieneteams lediglich als Klarstellung zu verstehen. Erfassen und Vergleichen der eigenen Ergebnisse über die Zeit ist ein Grundelement der Surveillance und eine wichtige Basis für qualitätsbewusste Prozess-Steuerung. Zu einer effizienten Überwachung gehört allerdings – neben einer anerkannten Methodik – auch ein Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen anderer, vergleichbarer Institutionen. Aus diesen Gründen ist vorgesehen, dass die Teilnahme an einem international anerkannten, dem Stand der Wissenschaften entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen hat.

Den Krankenanstalten stehen bereits derartige Systeme zur Verfügung:

- das ANISS Projekt (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System), das auf den EU-weit akkordierten HELICS-Protokollen basiert und von der nationalen Referenzzentrale betrieben wird,
- das deutsche Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System KISS, das ab 1996 als gemeinsames Projekt vom Nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert-Koch-Institut aufgebaut wurde, sowie
- das Quality Indicator Project® -QIP der Maryland Hospital Association, innerhalb dessen ein System zur Messung klinischer Versorgungsleistung (Performance Measurement System) angeboten wird, das sowohl das Hygienemanagement als auch das Risk- und Behandlungsmanagement sowie die Organisation unterstützt.

Österreichischen Krankenanstalten soll kein bestimmtes Überwachungssystem vorgeschrieben werden. Die Wahl bleibt den Krankenanstalten oder ihren Trägern überlassen. Im Rahmen der sanitären Aufsicht soll in weiterer Folge lediglich überprüft werden, ob die Krankenanstalten an einem anerkannten Überwachungssystem teilnehmen und welche relevanten Maßnahmen zur Reduzierung der Infektionsraten sie gesetzt haben bzw. zu setzen beabsichtigen.

Die Infektions-Surveillance ist vom Hygieneteam zu initiieren und zu begleiten. Sie liegt jedoch im Verantwortungsbereich der betroffenen Abteilung oder Krankenanstalt. Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt gemeinsam mit dem Hygieneteam und den Abteilungen. Das Setzen daraus folgender Schritte liegt ebenfalls in der Verantwortung der Abteilungen und der Führung der Krankenanstalt.

Die Überwachung/Surveillance von NI soll den Krankenanstalten einen Vergleich der eigenen Ergebnisse über die Zeit und ein nationales oder internationales Benchmarking ermöglichen. Das Setzen daraus folgender Schritte liegt ebenfalls in der Verantwortung der Abteilungen und der Führung der Krankenanstalt.

Bezug zur europäischen Dimension:

Die Komplexität der Krankenhaushygiene wurde auch auf EU-Ebene erkannt. Innerhalb der letzten fünf Jahre wurden einige wichtige Netzwerke und Projekte initiiert und finanziert, die zur Reduktion der Infektionsrate in Krankenanstalten in der Europäischen Gemeinschaft wesentlich beitragen, den kritischen Umgang mit Antibiotika fördern und darüber hinaus innereuropäische Vergleiche ermöglichen sollen. Dazu gehören insbesondere die Projekte HELICS Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance) und IPSE (Improving Patient Safety in Europe) bzw. EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System).

Das HELICS-Projekt stützt sich als Initiative der Europäischen Kommission auf die Entscheidung Nr. 2119/98/EG bezüglich der Schaffung eines Netzes zur epidemiologischen Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten innerhalb der Gemeinschaft.

Grundlage des Projektes ist – analog anderen Netzwerken der EU – die Kommunikation über die Nationalen Referenzzentren (NRZ). Daher wurden die europäischen Mitgliedstaaten im Rahmen dieses Projektes zur Einrichtung von NRZ für die Überwachung von NI aufgefordert, sofern derartige nicht bereits existierten. Das HELICS- Netzwerk soll als Netzwerk aller nationalen Netzwerke fungieren (European Network on Nosocomial infections).

In verschiedenen HELICS-Arbeitsgruppen wurden von Experten aus allen Mitgliedstaaten Kriterien, Standards und Manuals für die Datenerfassung von NI entwickelt. Diese wurden allen Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt mit dem Ziel, eine Erfassung von NI sowohl auf nationaler Ebene als auch EU-weit nach einheitlichen Kriterien zu erreichen. Pilotprojekte zur Überwachung von NI auf Intensivstationen und im chirurgischen Bereich sowie ein Pilotprojekt zur Praevalenzstudie wurden durchgeführt. HELICS wurde als eigenständiges Projekt mit Ende 2004, mit der Phase HELICS IV, abgeschlossen und findet ab 2005 im Folgeprojekt IPSE (insbesondere im Work Package 4: Technical support for implementation and control of Healthcare Associated Infections- HAI and Antimicrobial Resistance- AMR), seine Fortsetzung. Das IPSE-Projekt wird von der Europäischen Kommission, zunächst für die Jahre 2005-2008, finanziert und betreut. Als österreichischer Projektpartner fungiert das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz am Klinischen Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Medizinischen Universität Wien (Schwerpunkt HELICS/IPSE) bzw. am Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin am KH der Elisabethinen Linz (Schwerpunkt EARSS).

Zu Titel 1 Z 6 (§ 10 Abs. 1 Z 7):

Hier erfolgt eine Anpassung an das Patientenverfügungsgesetz.

Zu Titel 1 Z 7 (§ 11a Abs. 3):

Mit dieser Bestimmung wird hinsichtlich des in den einschlägigen Berufsgesetzen (dzt. GuKG) festgelegten Verhältnisses für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten klargestellt, dass dieses Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist. Eine Berechnung auf die Krankenanstalt insgesamt könnte nämlich zum Ergebnis führen, dass einzelne Organisationseinheiten – im Sinne der Qualität völlig unverantwortbar – großteils oder ausschließlich mit Leiharbeitskräften betrieben werden.

Zu Titel 1 Z 8 (§ 19 Abs. 1):

Mit dem Ersatz des Wortes „Unterbringung“ durch die Wendung „stationäre und/oder ambulante Behandlung“ sind Angliederungsverträge auch hinsichtlich ambulanter Organisationseinheiten zulässig.

Zu Titel 1 Z 9 (§ 38a Abs. 3):

Im Hinblick auf in der Praxis aufgetretene Probleme soll – neben den ohnehin bestehenden Regelungen in der StPO und im StVG - auch im KAKuG klargestellt werden, dass geschlossene Bereiche von Krankenanstalten für Psychiatrie auch der Aufnahme von geistig abnormen Rechtsbrechern bzw. Tatverdächtigen nach § 429 Abs. 4 StPO dienen.

Zu Titel 2 Z 10 (§ 59g Abs. 9):

Aufgrund Art. 12 Abs. 2 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, gehören der Bundesgesundheitskommission unter anderem Vertreterinnen/Vertreter des Bundes an.

Im Einklang mit der zitierten Vereinbarung regelt diese Bestimmung künftig, dass die/der für das Gesundheitswesen zuständige/zuständigen Bundesminister in die Bundesgesundheitskommission als kooperative Mitglieder des Bundes ohne Stimmrecht je eine/einen Vertreterin/Vertreter aus folgenden Bereichen auf deren Vorschlag entsendet: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Österreichische Apothekerkammer, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt und Wirtschaftskammer Österreich.

Zu Titel 2 Z 11 (§ 60 Abs. 5):

Mit dieser Bestimmung soll sichergestellt werden, dass die Durchführung der sanitären Aufsicht im Rahmen von Staatsgrenzen überschreitenden Kooperationen von Krankenanstalten durch die im jeweiligen Staat zuständigen Organe erfolgt. Wird dem Ersuchen einer österreichischen Behörde durch die ausländische Behörde nicht nachgekommen, so wird dies zur Prüfung führen, ob die Kooperation tatsächlich dem notwendigen Standard entspricht (siehe § 3b Abs. 1 Z 1) und gegebenenfalls einen Widerruf gemäß § 3b Abs. 2 begründen.

Zu Titel 2 Z 12 (§ 65 Abs. 4c):

Enthält die Umsetzungsfrist für die Landesausführungsgesetzgeber.

Zu Art. 2 (Novelle zum Ärztegesetz 1998):**Zu Z 1 (§ 36 Abs. 1):**

Mit der Änderung des § 36 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 soll klargestellt werden, dass eine Tätigkeit von ausländischen Ärzten in österreichischen Krankenanstalten im Rahmen einer Staatsgrenzen überschreitenden dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten keine Kammerzugehörigkeit bei den Ärztekammern in den Bundesländern begründet.

Zu den Z 2 und 5 (§ 59 Abs. 3 und § 124 Abs. 3):

Auf besonderen Wunsch der Österreichischen Ärztekammer erfährt § 59 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 eine genauere Regelung hinsichtlich der Prüfung des Wegfalls der Voraussetzung der Vertrauenswürdigkeit (§ 4 Abs. 2 Z 3) sowie der gesundheitlichen Eignung (§ 4 Abs. 2 Z 4) im Rahmen von Verfahren betreffend das Erlöschen der Berechtigung zur ärztlichen Berufsausübung.

In ihrer Begründung für diese Ergänzung verwies die Österreichische Ärztekammer insbesondere auf Folgendes: Zu den allgemeinen Erfordernissen für die Ausübung des ärztlichen Berufes zählen die österreichische Staatsbürgerschaft oder die Staatsangehörigkeit einer der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die Eigenberechtigung, die Vertrauenswürdigkeit, die gesundheitliche Eignung sowie ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist bei der Anmeldung zur Eintragung in die Ärzteliste nachzuweisen. Diese müssen auch während der Ausübung der ärztlichen Berufstätigkeit erfüllt sein. Ergibt sich der Verdacht, dass eine der genannten Voraussetzungen nicht mehr besteht, so hat die Österreichische Ärztekammer dies im Rahmen eines Verfahrens über das Erlöschen der Berufsberechtigung bzw. Streichung aus der Ärzteliste nach § 59 Ärztegesetz 1998 zu prüfen. Der Wegfall des allgemeinen Erfordernisses der Vertrauenswürdigkeit im Sinne des § 4 Abs. 2 Z 3 Ärztegesetz 1998 ist einer der häufigsten Anwendungsfälle in Verfahren gemäß § 59 leg.cit. Der Begriff der Vertrauenswürdigkeit wird durch das Ärztegesetz 1998 nicht definiert. Ebenso werden keine Tatbestände normiert (vgl. § 343 Abs. 2 ASVG), wann die Vertrauenswürdigkeit erlischt. Die Entscheidung, ob die Berechtigung zur Berufsausübung erloschen ist, hat der Vorstand der Österreichischen Ärztekammer zu treffen. Mit der vorgesehenen Bestimmung eines § 124 Abs. 3, wonach zur Prüfung des Erlöschens der Voraussetzungen nach § 4 Abs. 2 Z 3 iVm § 59 Abs. 1 Z 1 Ärztegesetz 1998 ein vom Vorstand eingerichteter Ausschuss zur Beratung herangezogen werden kann, wird dem Vorstand ein beratendes Gremium beigegeben, das den maßgebenden Sachverhalt zur Entscheidungsfindung im Vorstand vorbereitet, indem es den Sachverhalt ermittelt, die Beteiligten und allenfalls andere Auskunftspersonen hört und abschließend eine Empfehlung an den Vorstand abgibt. In Verfahren zur Prüfung der gesundheitlichen Eignung gemäß § 4 Abs. 2 Z 4 iVm § 59 Abs. 1 Z 1 Ärztegesetz 1998 kann von der Österreichischen Ärztekammer ein ärztlicher Sachverständiger beigezogen werden.

Auch seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen kann die Notwendigkeit, dass eine bestmögliche Überprüfung der gesundheitlichen Eignung zu erfolgen hat, bekräftigt werden. In diesem Zusammenhang ist auch auf die verfahrensrechtliche Mitwirkungspflicht des betreffenden Arztes, dessen gesundheitliche Eignung überprüft wird, hinzuweisen. Zudem handelt es sich bei der gesundheitlichen Eignung um eine Voraussetzung, die der Arzt bei Eintragung in die Liste von sich aus nachweisen muss, sodass davon auszugehen ist, dass grundsätzlich die hauptsächliche Beweislast für das Vorliegen der gesundheitlichen Eignung auch nach Erlangung der Berufsberechtigung beim Arzt selbst liegt. Durch diesen Umstand ist von einer besonders ausgeprägten Mitwirkungspflicht des Arztes auszugehen. Dies bedeutet auch, dass für Ärzte/Ärztinnen, die sich der Begutachtung entziehen, die gesetzliche Vermutung statuiert wird, dass bis zur Befolgung der Aufforderung zur ärztlichen Untersuchung das Nichtvorliegen der gesundheitlichen Eignung besteht.

Im Übrigen ist bereits aufgrund der geltenden Rechtslage davon auszugehen, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht auch ein disziplinarrechtlich zu würdigendes Verhalten darstellt.

Im Übrigen könnte die beharrliche Entziehung von der Begutachtung der gesundheitlichen Eignung auch unter dem Gesichtspunkt der Vertrauenswürdigkeit, die eine weitere Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der ärztlichen Berufsberechtigung darstellt, zu prüfen sein, da ein solches unzuverlässiges Verhalten jedenfalls auch Fragen im Hinblick auf die Verlässlichkeit bei der Ausübung des ärztlichen Berufes aufwirft.

Zu den Z 3, 9 und 11 (Überschrift vor § 81, §§ 195 Abs. 6c, 214 Abs. 12a):

Es werden die erforderlichen redaktionellen Anpassungen vorgenommen.

Zu Z 4 (§ 112 Abs. 2):

In Anknüpfung an die 7. Ärztegesetz-Novelle soll mit der nunmehrigen Änderung des § 112 Abs. 2 Ärztegesetz 1998 sichergestellt werden, dass eine Befreiung von der Beitragspflicht nach § 109 leg.cit. auch rückwirkend, längstens jedoch bis zum 1. Jänner 2005, zulässig ist. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass die Anordnung eines rückwirkenden In-Kraft-Tretens des § 112 Abs. 2 leg.cit. ausscheiden muss, da diese Bestimmung bereits seit 1. Jänner 2006 in Kraft steht.

Zu den Z 6 und 7 (§ 195 Abs. 2, 6, 6a, 6d, 6e und 6f):

Die Kundmachungspraxis der ärztlichen Standesvertretung hat gezeigt, dass eine Ergänzung des § 195 Abs. 2, 6, 6a, 6d, 6e und 6f Ärztegesetz 1998 insofern notwendig scheint, als im Sinne der gebotenen Rechtssicherheit und -klarheit ausdrücklich gesetzlich festzuschreiben ist, dass im Rahmen der Kundmachung einerseits auch der Kundmachungszeitpunkt der Verordnungen zu berücksichtigen ist und andererseits die Kundmachung auf der Homepage der betreffenden Ärztekammer (der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Ärztekammern in den Bundesländern) zu erfolgen hat.

Zu den Z 8 und 10 (§§ 195 Abs. 6b und 214 Abs. 4):

§ 214 Abs. 4 Ärztegesetz 1998 erster Satz sieht derzeit vor, dass die Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 152/1994, in der Fassung des BGBl. II Nr. 228/1998, sofern sie nicht dem Ärztegesetz 1998 widerspricht, als Bundesgesetz bis zur Erlassung einer neuen Ärzte-Ausbildungsordnung weiter gilt.

Allerdings ist im Hinblick auf die Regelung des § 195 Abs. 6d und 6e Ärztegesetz 1998, wonach die Verordnungen der Österreichischen Ärztekammer im Bereich der Ärzte-Ausbildung erst nach Kundmachung der neuen Verordnung über die Ärzte-Ausbildung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen gemäß § 24 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 kundgemacht werden dürfen und zugleich mit dieser in Kraft zu treten haben, Vorsorge dafür zu treffen, dass die bestehende Ärzte-Ausbildungsordnung erst zum In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt der neuen Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 außer Kraft tritt. Zu diesem Zweck wird in § 214 Abs. 4 die Wortfolge „zur Erlassung“ durch die Wortfolge „zum In-Kraft-Treten“ ersetzt.

Diese Adaptierung erfordert auch eine Anpassung des § 195 Abs. 6b Ärztegesetz 1998, mit der klargestellt werden soll, dass als Maßstab für die Genehmigung der Verordnungen der Österreichischen Ärztekammer im Bereich der Ärzte-Ausbildung nicht die noch in Kraft stehende Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 152/1994, sondern die zum Zeitpunkt des Genehmigungsverfahrens bereits kundgemachte Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006) heranzuziehen ist.

Zu Z 12 (§ 224):

§ 224 sieht auf ausdrücklichen Wunsch der Österreichischen Ärztekammer, eine Regelung vor, wonach Personen, die sich in Ausbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie befinden, das Pflichtnebenfach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auch durch eine zweijährige Tätigkeit bei einem freiberuflichen Zahnarzt absolvieren können.

Es handelt sich dabei um jene Personengruppe, die zum In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt der 9. Ärztegesetz-Novelle in Ausbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie steht, und die mangels Ausbildungsstätten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde das in der Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 152/1994, in der Fassung des BGBl. II Nr. 228/1998, vorgesehene Pflichtnebenfach „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ im Ausmaß von zwei Jahren nicht absolvieren können und somit am Abschluss ihrer Ausbildung gehindert sind.

Hinweis auf im Zahnärzterecht noch folgende Bestimmung über Zahnärztlehrpraxen und Zahnärztlehrambulatorien.

Im Hinblick auf den bestehenden Berufs- und Tätigkeitsvorbehalt der Zahnärzte enthält § 225 letzter Satz auch die Klarstellung, dass die in Ausbildung stehenden Personen, wie im Übrigen auch die Studierenden

der Zahnmedizin gemäß § 33 ZÄG, lediglich zur unselbständigen Ausübung zahnärztlicher Tätigkeiten und nur unter Anleitung und Aufsicht des Zahnarztes berechtigt sind.

Zu Art. 3 (Änderung des Rezeptpflichtgesetzes):

Da die in § 2 Rezeptpflichtgesetz enthaltenen Vollzugsagenden eng mit den Zulassungsentscheidungen nach Arzneimittelgesetz verbunden sind, soll auch diesbezüglich die Vollziehung auf das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen übergehen.

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Artikel 1 (KAKuG)

§ 2a. (1) und (2)

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(4)

Vorgeschlagene Fassung

Artikel 1 (KAKuG)

§ 2a. (1) und (2)

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 2b geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(4)

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

§ 3b. (1) Eine örtlich getrennte Unterbringung gemäß § 2a Abs. 3 im grenznahen Gebiet eines Nachbarstaates ist nur für einzelne vorgesehene Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten in ihrer Gesamtheit zulässig und bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur räumlich beschränkt für beidseits in Staatsgrenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn nachgewiesen ist,

1. dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. das Vorhaben im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen ist,
3. dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird und
4. dass auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und

§ 6. (1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt wird durch die Anstaltsordnung geregelt. Die Landesgesetzgebung hat nähere Vorschriften über den Inhalt der Anstaltsordnung zu erlassen, die insbesondere zu enthalten hat:

- a) bis d)
 - e) die Festlegung von Rauchverboten.
- (2) bis (6)

§ 8a. (1) bis (3)

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten.

ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist,

5. dass die Behandlung und Pflege von Pflinglingen ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgt.

(2) Eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn eine der Voraussetzungen des Abs. 1 nicht oder nicht mehr vorliegt.

(3) Bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt in einer österreichischen Krankenanstalt hat ausschließlich die Behandlung und Pflege von Pflinglingen der im Ausland gelegenen Krankenanstalt und ausschließlich durch Personal dieser Krankenanstalt sowie unter der Leitung der im Ausland gelegenen Krankenanstalt zu erfolgen.

§ 6. (1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt wird durch die Anstaltsordnung geregelt. Die Landesgesetzgebung hat nähere Vorschriften über den Inhalt der Anstaltsordnung zu erlassen, die insbesondere zu enthalten hat:

- a) bis d)
- e) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist.

(2) bis (6)

§ 8a. (1) bis (3)

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten.

§ 8a. (1) bis (4)

(4a) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer

Infektionen berechtigt, Daten der Pfleger indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

§ 10 Abs. 1 Z 7

7. bei der Führung der Krankengeschichte Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 Patientenverfügungsgesetz, BGBl. I Nr. xx/2006) des Pfleglings zu dokumentieren;

Pflegedienst

§ 11a. (1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters muss dieser von einem geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.

(2) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben

Angliederungsverträge.

§ 19. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die Unterbringung von Pfléglingen der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Zur Rechtsgültigkeit solcher Verträge bedarf es der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) und (3)

§ 38a (1) und (2):

(3) Geschlossene Bereiche dienen ausschließlich der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz BGBl. Nr. 155/1990 Anwendung findet.

Pflegedienst

§ 11a. (1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters muss dieser von einem geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.

(2) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben

(3) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes - AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 104/2005, so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und in § 90 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2005, festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

Angliederungsverträge.

§ 19. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Pfléglingen der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Zur Rechtsgültigkeit solcher Verträge bedarf es der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) und (3)

§ 38a (1) und (2):

(3) Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 12/1997, Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB, nach § 167a StVG oder

§ 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde.

§ 59g. (1) bis (8)

(9) Von der/Vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister werden in die Bundesgesundheitskommission überdies als kooptierte Mitglieder ohne Stimmrecht je eine/ein Vertreterin/Vertreter

1. des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur,
2. der Österreichischen Apothekerkammer,
3. der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und
4. der für die in § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung

jeweils auf deren Vorschlag entsendet.

Hauptstück E. Sanitäre Aufsicht.

§ 60. (1) bis (4)

(5) Bei grenzüberschreitenden Kooperationen (§§ 3b und 19a) prüfen die Organe der sanitären Aufsicht auch auf Ersuchen der jeweiligen ausländischen Behörde, ob Maßnahmen der sanitären Aufsicht zu setzen sind. Sofern dies aufgrund konkreter Umstände geboten ist, haben ebenso bei grenzüberschreitenden Kooperationen die zur sanitären Aufsicht verpflichteten Behörden an die zuständigen ausländischen Behörden Ersuchen zu richten, Maßnahmen zu setzen, die der sanitären Aufsicht entsprechen, sowie von deren Ergebnis informiert zu werden.

§ 65 (1) bis (4b):

(4c) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 2a Abs. 3, § 3b, § 6 Abs. 1 lit. e, § 8 Abs. 4 und 4a, § 10 Abs. 1 Z 7, § 11a Abs. 3, § 19 Abs. 1 und § 38a Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2006 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

§ 59g. (1) bis (8)

Hauptstück E. Sanitäre Aufsicht.

§ 60. (1) bis (4)

§ 65 (1) bis (4b)

Artikel 2 (Ärztegesetz 1998)

Ärzte mit ausländischem Berufssitz oder Dienstort

§ 36. (1) Ärzte für Allgemeinmedizin, approbierte Ärzte und Fachärzte, deren Berufssitz oder Dienstort im Ausland gelegen ist, dürfen, sofern nicht § 37 anzuwenden ist, ungeachtet des Mangels der in den §§ 4, 5 oder 5a angegebenen Erfordernisse, den ärztlichen Beruf im Inland nur ausüben

1. im Einzelfall zu ärztlichen Konsilien oder zu einer mit einem solchen im Zusammenhang stehenden Behandlung einzelner Krankheitsfälle, jedoch nur in Zusammenarbeit mit einem im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt,
2. nach Maßgabe zwischenstaatlicher Übereinkommen,
3. vorübergehend zu Zwecken der fachlichen Fortbildung in Österreich tätiger Ärzte oder der medizinischen Lehre und Forschung.

(2) und (3) ...

§ 59. (1) bis (2) ...

(3) In den Fällen des Abs. 1 Z 1, 2 und 5 sowie im Fall der Z 4, wenn die Berufsausübung für eine Frist von mehr als drei Monaten untersagt worden ist, hat die Österreichische Ärztekammer die Streichung aus der Ärzteliste durchzuführen und mit Bescheid festzustellen, daß eine Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht besteht. In Fällen des Abs. 1 Z 3 und 6 hat die Österreichische Ärztekammer die Streichung aus der Ärzteliste durchzuführen und den Arzt von der Streichung zu verständigen. Wird der ursprünglich bestandene Mangel einer für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Voraussetzung nachträglich offenbar, ist mit Bescheid festzustellen, daß eine Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht bestanden hat. Gegen den Bescheid der Österreichischen Ärztekammer steht die Berufung an den Landeshauptmann offen, in dessen Bereich die ärztliche Tätigkeit ausgeübt worden ist.

Artikel 2 (Ärztegesetz 1998)

Ärzte mit ausländischem Berufssitz oder Dienstort

§ 36. (1) Ärzte für Allgemeinmedizin, approbierte Ärzte und Fachärzte, deren Berufssitz oder Dienstort im Ausland gelegen ist, dürfen, sofern nicht § 37 anzuwenden ist, ungeachtet des Mangels der in den §§ 4, 5 oder 5a angegebenen Erfordernisse, den ärztlichen Beruf im Inland nur ausüben

1. im Einzelfall zu ärztlichen Konsilien oder zu einer mit einem solchen im Zusammenhang stehenden Behandlung einzelner Krankheitsfälle, jedoch nur in Zusammenarbeit mit einem im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt,
2. nach Maßgabe zwischenstaatlicher Übereinkommen,
3. vorübergehend zu Zwecken der fachlichen Fortbildung in Österreich tätiger Ärzte oder der medizinischen Lehre und Forschung,
4. in österreichischen Krankenanstalten im Rahmen einer Staatsgrenzen überschreitenden dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheit.

(2) und (3) ...

§ 59. (1) bis (2) ...

(3) In den Fällen des Abs. 1 Z 1, 2 und 5 sowie im Fall der Z 4, wenn die Berufsausübung für eine Frist von mehr als drei Monaten untersagt worden ist, hat die Österreichische Ärztekammer die Streichung aus der Ärzteliste durchzuführen und mit Bescheid festzustellen, daß eine Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht besteht. „Sofern der Wegfall der Voraussetzung der Vertrauenswürdigkeit (§ 4 Abs. 2 Z 3) geprüft wird, kann ein beratender Ausschuss des Vorstands der Österreichischen Ärztekammer beigezogen werden. Sofern der Wegfall der Voraussetzung der Vertrauenswürdigkeit (§ 4 Abs. 2 Z 3) geprüft wird, kann ein beratender Ausschuss des Vorstands der Österreichischen Ärztekammer beigezogen werden. Sofern der Wegfall der Voraussetzung der gesundheitlichen Eignung (§ 4 Abs. 2 Z 4) geprüft wird, kann insbesondere ein ärztliches Gutachten eingeholt werden. Leistet der Arzt, dessen gesundheitliche Eignung geprüft wird, der Aufforderung zur Untersuchung oder Einholung der erforderlichen Befunde für die Gutachtenserstattung innerhalb einer angemessen festgesetzten Frist ungerechtfertigt nicht Folge, so wird bis zur Befolgung der Aufforderung

vermutet, dass die gesundheitliche Eignung nicht vorliegt.. Stellt sich in einem Verfahren zur Prüfung der gesundheitlichen Eignung heraus, dass zur ordnungsgemäßen ärztlichen Berufsausübung Auflagen erforderlich sind, so hat die Österreichische Ärztekammer diese durch Bescheid vorzuschreiben. In Fällen des Abs. 1 Z 3 und 6 hat die Österreichische Ärztekammer die Streichung aus der Ärzteliste durchzuführen und den Arzt von der Streichung zu verständigen. Wird der ursprünglich bestandene Mangel einer für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Voraussetzung nachträglich offenbar, ist mit Bescheid festzustellen, daß eine Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht bestanden hat. Gegen den Bescheid der Österreichischen Ärztekammer steht die Berufung an den Landeshauptmann offen, in dessen Bereich die ärztliche Tätigkeit ausgeübt worden ist.

Kammervorstand

§ 81. ...

§ 112. (1) ...

(2) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)Genuss aufgrund der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer des Bundesgebietes oder ein zumindest annähernd gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)Genuss aufgrund der Zugehörigkeit zu einem berufsständischen Versorgungswerk im Gebiet einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 109 befreit.

§ 124. (1) und (2) ...

Aufsichtsrecht

§ 195. (1) ...

§ 81. ...

§ 112. (1) ...

(2) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)Genuss aufgrund der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer des Bundesgebietes oder ein zumindest annähernd gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)Genuss aufgrund der Zugehörigkeit zu einem berufsständischen Versorgungswerk im Gebiet einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 109 befreit. Eine diesbezügliche, längstens bis zum 1. Jänner 2005, rückwirkende Befreiung ist zulässig.

§ 124. (1) und (2) ...

(3) Ein Ausschuss gemäß Abs. 1 kann insbesondere zur Unterstützung des Vorstands im Rahmen von Prüfungen des Wegfalls der Voraussetzung der Vertrauenswürdigkeit gemäß § 59 Abs. 3 eingerichtet werden. Dieser besteht zumindest aus einem im Amt oder im Ruhestand befindlichen Richter sowie aus zwei – ordentlichen oder außerordentlichen – Kammerangehörigen der Ärztekammern in den Bundesländern. Die Mitglieder und deren Stellvertreter werden vom Vorstand nominiert. Nähere Vorschriften über die Aufgaben des beratenden Ausschusses sind durch die Satzung festzulegen.

Aufsichtsrecht

§ 195. (1) ...

(2) Die von den Ärztekammern in den Bundesländern beschlossenen Kammersatzungen, Satzungen des Wohlfahrtsfonds, Geschäftsordnungen, Jahresvoranschläge, Rechnungsabschlüsse sowie die Umlagen- und Beitragsordnungen bedürfen für ihre Wirksamkeit der Genehmigung der örtlich zuständigen Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigenden Akte diesem Bundesgesetz nicht widersprechen. Die Genehmigung hinsichtlich der Satzungen des Wohlfahrtsfonds, Jahresvoranschläge, Rechnungsabschlüsse sowie die Umlagen- und Beitragsordnungen gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Einlangen des Beschlusses hierüber entscheidet; die Genehmigung hinsichtlich der Kammersatzungen und Geschäftsordnungen gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Beschlusses hierüber entscheidet. Die Hinweise auf die Beschlussfassung der Dienst-, Bezugs- und Pensionsordnungen, Kammersatzungen, Satzungen des Wohlfahrtsfonds, Geschäftsordnungen, Jahresvoranschläge, Rechnungsabschlüsse sowie die Umlagen- und Beitragsordnungen sind in den Mitteilungen der Ärztekammern kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in den Mitteilungen der Ärztekammern sind die Verordnungen durch die jeweilige Ärztekammer im Volltext im Internet allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnungen keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsehen und Abs. 4 oder 5 nicht zur Anwendung kommt, treten die Verordnungen nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(2a) bis (5) ...

(6) Die Beschlüsse gemäß § 118 Abs. 2 Z 14 und 15 sind dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen innerhalb von vierzehn Tagen nach Beschlussfassung schriftlich zur Kenntnis zu bringen. Die Hinweise auf die Beschlüsse sind frühestens acht Wochen nach Einlangen des Beschlusses in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Die Beschlüsse treten mit der Kundmachung in Kraft. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung sind die Beschlüsse durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext im Internet allgemein zugänglich zu verlautbaren.

(6a) Die Erlassung der Verordnung über die Einhebung einer Bearbeitungsgebühr gemäß § 13b (§ 118 Abs. 2 Z 14a) bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Österreichische Ärztekammer zusätzlich eine detaillierte Kalkulation aller mit den Verfahren gemäß § 13b verbundenen Kosten zur Ermittlung einer kostendecken-

(2) Die von den Ärztekammern in den Bundesländern beschlossenen Kammersatzungen, Satzungen des Wohlfahrtsfonds, Geschäftsordnungen, Jahresvoranschläge, Rechnungsabschlüsse sowie die Umlagen- und Beitragsordnungen bedürfen für ihre Wirksamkeit der Genehmigung der örtlich zuständigen Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigenden Akte diesem Bundesgesetz nicht widersprechen. Die Genehmigung hinsichtlich der Satzungen des Wohlfahrtsfonds, Jahresvoranschläge, Rechnungsabschlüsse sowie die Umlagen- und Beitragsordnungen gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Einlangen des Beschlusses hierüber entscheidet; die Genehmigung hinsichtlich der Kammersatzungen und Geschäftsordnungen gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Beschlusses hierüber entscheidet. Die Hinweise auf die Beschlussfassung der Dienst-, Bezugs- und Pensionsordnungen, Kammersatzungen, Satzungen des Wohlfahrtsfonds, Geschäftsordnungen, Jahresvoranschläge, Rechnungsabschlüsse sowie die Umlagen- und Beitragsordnungen sind in den Mitteilungen der Ärztekammern kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in den Mitteilungen der Ärztekammern sind die Verordnungen durch die jeweilige Ärztekammer im Volltext einschließlich des Kundmachungszeitpunkts im Internet auf der Homepage der jeweiligen Ärztekammer allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnungen keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsehen und Abs. 4 oder 5 nicht zur Anwendung kommt, treten die Verordnungen nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(2a) bis (5) ...

(6) Die Beschlüsse gemäß § 118 Abs. 2 Z 14 und 15 sind dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen innerhalb von vierzehn Tagen nach Beschlussfassung schriftlich zur Kenntnis zu bringen. Die Hinweise auf die Beschlüsse sind frühestens acht Wochen nach Einlangen des Beschlusses in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Die Beschlüsse treten mit der Kundmachung in Kraft. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung sind die Beschlüsse durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext einschließlich des Kundmachungszeitpunkts im Internet auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer allgemein zugänglich zu verlautbaren.

(6a) Die Erlassung der Verordnung über die Einhebung einer Bearbeitungsgebühr gemäß § 13b (§ 118 Abs. 2 Z 14a) bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Österreichische Ärztekammer zusätzlich eine detaillierte Kalkulation aller mit den Verfahren gemäß § 13b verbundenen Kosten zur Ermittlung einer kostendecken-

den Gebühr vorlegt und die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz nicht widerspricht. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Einlangen hierüber entscheidet. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 13b ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext im Internet allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(6b) Die Erlassung der Verordnungen gemäß § 24 Abs. 2 (§ 118 Abs. 2 Z 13b) und gemäß § 26 Abs. 3 (§ 118 Abs. 2 Z 13b) bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz und der Verordnung über die Ärzte-Ausbildung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen (§ 24 Abs. 1) nicht widerspricht und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von vier Monaten nach Einlangen hierüber entscheidet.

(6c) Die Verordnungen gemäß § 24 Abs. 2 und § 26 Abs. 3 sind von der Österreichischen Ärztekammer nach Kundmachung der Erlassung der Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 des Bundesministers für Gesundheit und Frauen gemäß Abs. 6d kundzumachen.

(6d) Die Hinweise auf die Beschlussfassungen der Verordnungen gemäß § 24 Abs. 2 und § 26 Abs. 3 sind in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung sind die Verordnungen durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext im Internet allgemein zugänglich kundzumachen. Die Verordnungen gemäß § 24 Abs. 2 und § 26 Abs. 3 treten zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 in Kraft. Änderungen dieser Verordnungen treten, sofern kein späteres In-Kraft-Treten vorgesehen wird, nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(6e) Die Erlassung der Ärzteliste-Verordnung gemäß § 29 Abs. 3 (§ 118 Abs. 2 Z 13a) bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und

den Gebühr vorlegt und die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz nicht widerspricht. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Einlangen hierüber entscheidet. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 13b ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext einschließlich des Kundmachungszeitpunkts im Internet auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(6b) Die Erlassung der Verordnungen gemäß § 24 Abs. 2 (§ 118 Abs. 2 Z 13b) und gemäß § 26 Abs. 3 (§ 118 Abs. 2 Z 13b) bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz und der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006) gemäß § 24 Abs. 1) nicht widerspricht und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von vier Monaten nach Einlangen hierüber entscheidet.

(6c) Die Verordnungen gemäß § 24 Abs. 2 und § 26 Abs. 3 sind von der Österreichischen Ärztekammer nach Kundmachung der Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 des Bundesministers für Gesundheit und Frauen gemäß Abs. 6d kundzumachen.

(6d) Die Hinweise auf die Beschlussfassungen der Verordnungen gemäß § 24 Abs. 2 und § 26 Abs. 3 sind in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung sind die Verordnungen durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext einschließlich des Kundmachungszeitpunkts im Internet auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer allgemein zugänglich kundzumachen. Die Verordnungen gemäß § 24 Abs. 2 und § 26 Abs. 3 treten zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 in Kraft. Änderungen dieser Verordnungen treten, sofern kein späteres In-Kraft-Treten vorgesehen wird, nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(6e) Die Erlassung der Ärzteliste-Verordnung gemäß § 29 Abs. 3 (§ 118 Abs. 2 Z 13a) bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und

Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz nicht widerspricht. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Einlangen hierüber entscheidet. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 29 Abs. 3 ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext im Internet allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(6f) Die Erlassung einer Verordnung gemäß § 118c bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes, entspricht. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 118c ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext im Internet allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(7) bis (10) ...

§ 214. (1) bis (3) ...

(4) Die Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt (Ärzte-Ausbildungsordnung), BGBl. Nr. 152/1994, in der Fassung BGBl. II Nr. 228/1998, gilt, sofern sie nicht diesem Bundesgesetz widerspricht, als Bundesgesetz bis zur Erlassung einer Verordnung gemäß § 24 dieses Bundesgesetzes weiter. § 4 Abs. 3 Z 2 sowie alle übrigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, soweit sie sich auf Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie oder auf Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie beziehen, treten mit Inkrafttreten dieser Verordnung in Kraft.

(5) bis (11) ...

(12) ...

(12) ...

Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz nicht widerspricht. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Einlangen hierüber entscheidet. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 29 Abs. 3 ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext einschließlich des Kundmachungszeitpunkts im Internet auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(6f) Die Erlassung einer Verordnung gemäß § 118c bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes, entspricht. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 118c ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext einschließlich des Kundmachungszeitpunkts im Internet auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(7) bis (10) ...

§ 214. (1) bis (3) ...

(4) Die Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt (Ärzte-Ausbildungsordnung), BGBl. Nr. 152/1994, in der Fassung BGBl. II Nr. 228/1998, gilt, sofern sie nicht diesem Bundesgesetz widerspricht, als Bundesgesetz bis zum In-Kraft-Treten einer Verordnung gemäß § 24 dieses Bundesgesetzes weiter. § 4 Abs. 3 Z 2 sowie alle übrigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, soweit sie sich auf Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie oder auf Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie beziehen, treten mit Inkrafttreten dieser Verordnung in Kraft.

(5) bis (11) ...

(12) ...

(12a) ...

(13) bis (14) ...

Artikel 3 (Änderung des Rezeptpflichtgesetzes)

§ 2. (1) Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat ferner bei der Zulassung einer Arzneispezialität eine Abgabebeschränkung im Sinne einer Verschreibungspflicht festzusetzen, wenn dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft auf Grund der besonderen Zusammensetzung oder einer bestimmten Indikation der Arzneispezialität notwendig ist. Eine solche Festsetzung tritt sechs Monate nachdem in der Verordnung gemäß § 1 Abs. 1 eine Einstufung getroffen worden ist, aus der sich die Rezeptfreiheit dieser Arzneispezialität ergibt, außer Kraft, es sei denn, der Bundesminister für Gesundheit und Frauen setzt wegen des besonderen Gefährdungspotentials einer Anwendung ohne ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Überwachung mit Bescheid neuerlich eine Abgabebeschränkung fest.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat ungeachtet der Bestimmung des § 1 Abs. 1 bei der Zulassung einer Arzneispezialität festzustellen, dass diese nicht einer Abgabebeschränkung im Sinne einer Verschreibungspflicht unterliegt, wenn nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft auf Grund der besonderen Zusammensetzung oder einer bestimmten Indikation der Arzneispezialität diese das Leben oder die Gesundheit von Menschen oder Tieren bei bestimmungsmäßigem Gebrauch nicht gefährden kann.

(13) bis (14) ...

Artikel 3 (Änderung des Rezeptpflichtgesetzes)

§ 224. Personen, die zum In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt dieses Bundesgesetzes, BGBl. I Nr. **/2006, in Ausbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie nach den Bestimmungen der Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 152/1994, in der Fassung des BGBl. II Nr. 228/1998, stehen, sind berechtigt, das im Rahmen dieser Ausbildung vorgesehene Pflichtnebenfach „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ durch eine Vollzeitätigkeit im Umfang von zumindest zwei Jahren oder durch eine entsprechend verlängerte Teilzeitätigkeit bei einem freiberuflich tätigen Zahnarzt, der zumindest seit fünf Jahren zur selbständigen Ausübung des zahnärztlichen Berufs berechtigt ist, zu absolvieren. Die in Ausbildung stehenden Personen sind lediglich zur unselbständigen Ausübung zahnärztlicher Tätigkeiten und nur unter Anleitung und Aufsicht des Zahnarztes berechtigt.

§ 2. (1) Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen hat ferner bei der Zulassung einer Arzneispezialität eine Abgabebeschränkung im Sinne einer Verschreibungspflicht festzusetzen, wenn dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft auf Grund der besonderen Zusammensetzung oder einer bestimmten Indikation der Arzneispezialität notwendig ist. Eine solche Festsetzung tritt sechs Monate nachdem in der Verordnung gemäß § 1 Abs. 1 eine Einstufung getroffen worden ist, aus der sich die Rezeptfreiheit dieser Arzneispezialität ergibt, außer Kraft, es sei denn, das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen setzt wegen des besonderen Gefährdungspotentials einer Anwendung ohne ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Überwachung mit Bescheid neuerlich eine Abgabebeschränkung fest.

(2) Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen hat ungeachtet der Bestimmung des § 1 Abs. 1 bei der Zulassung einer Arzneispezialität festzustellen, dass diese nicht einer Abgabebeschränkung im Sinne einer Verschreibungspflicht unterliegt, wenn nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft auf Grund der besonderen Zusammensetzung oder einer bestimmten Indikation der Arzneispezialität diese das Leben oder die Gesundheit von Menschen oder Tieren bei bestimmungsmäßigem Gebrauch nicht gefährden kann.