

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600 DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / K. 1202

TELEFAX 711 32 3775

ZI. ZS-R/P-43.00/05 Gm/Er

Wien, 17. August 2005

An das
**Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen**
Radetzkystraße 2
1030 Wien

per e-mail

An das
Präsidium des Nationalrats
(und 25 Ausfertigungen in Papierform)

per e-mail

Betr.: Bundesgesetz über die Ausübung des zahn-
ärztlichen Berufs (Zahnärztegesetz-ZÄG)

Bezug: Ihr E-Mail vom 15. Juli 2005,
GZ: BMGF-92161/0004-I/B/6/2005

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

Allgemeines

Zum neuen Zahnärztegesetz (ZÄG) ist einleitend positiv zu bemerken, dass der Entwurf übersichtlicher gegliedert ist und auch durch einen wesentlich besseren Aufbau als die entsprechenden bisherigen Regelungen im Ärztegesetz charakterisiert ist. Wir begrüßen auch ausdrücklich die Verbesserungen für die PatientInnen im Bereich der Aufklärungspflicht für die Zahnärzte.

Auffallend ist, dass das Gesetz das Thema Ausbildung gänzlich ausspart; es muss daher angenommen werden, dass diesbezüglich eine eigene gesetzliche Regelung ergehen wird (ansonsten würde dieser Umstand zur unbefriedigenden Situation führen, dass ein kleiner Teil des zahnärztlichen Berufsrechtes weiterhin im Ärztegesetz verbleibt).

Es stellt sich aber die Frage, ob es wirklich notwendig ist, in Zeiten der Forderung nach Verwaltungsvereinfachung und Verwaltungskostenreduktion mit der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZÄK) und den Landes Zahnärztekammern (LZÄK's) zusätzliche Institutionen mit entsprechenden Apparaten zu schaffen, obwohl durch die Ärztekammern und die Österreichische Ärztekammer bereits die erforderlichen Strukturen vorhanden sind.

Hinsichtlich der Außenwirkungen des Kammerrechts ist das Schicksal der bestehenden Gesamtverträge mit den ZahnärztInnen (und DentistInnen) interessant. Die nunmehrigen Gesetzesvorlagen gehen von einem „Kontinuum“ der bisherigen Gesamtverträge mit der Sozialversicherung für die Zahnärzte aus, allerdings wird die alleinige (zukünftige) Gesamtvertragskompetenz bezüglich der Zahnärzte der Österreichischen Zahnärztekammer übertragen (vergleiche hierzu auch Art. 6 Zahnärztereform-Begleitgesetz, § 343d ASVG bzw. § 19 Abs. 1, § 35 Abs. 2 Zahnärztekammergesetz).

Dazu fehlen Übergangsbestimmungen hinsichtlich der geltenden Verträge.

Zu § 3

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, was unter Hilfeleistungen in der Familien- und Nachbarschaftshilfe im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen zu verstehen sein soll.

Zwar wird in den Erläuterungen auf andere Bundesgesetze im Gesundheitsbereich verwiesen, dennoch erscheint es fraglich, ob die Ausnahme von zahnmedizinischen Leistungen an „Nachbarn“ von dem Geltungsbereich des Zahnärztegesetzes im Interesse der Patienten sinnvoll ist. Wenn der Zahnarzt seinen Nachbarn behandelt, müssen doch wohl die Bestimmungen des ZÄG in gleicher Weise gelten wie bei der Behandlung anderer Personen.

Abs. 3 wäre daher zu streichen.

Zu § 4 Abs. 2

Der Ausdruck „komplementär- und alternativmedizinischer Heilverfahren“ findet sich nicht im geltenden Ärztegesetz; zudem ist der Ausdruck unseres Wissens auch sonst nirgendwo definiert. Es würden damit im Hinblick auf eine Klarstellung des

zahnärztlichen Berufsbildes im Verhältnis zu anderen Ärzten Abgrenzungsprobleme entstehen.

Die Einbeziehung von „**komplementär- und alternativmedizinischer Heilverfahren**“ als Bestandteil des zahnärztlichen Berufes **sollte daher gestrichen werden.**

Zu § 5 Abs. 1 und § 54

Nach diesen Bestimmungen ist es künftig verboten, die bisherigen Bezeichnungen wie etwa „*Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde*“ weiter zu führen.

Dies erscheint sowohl sachlich als auch juristisch (bereits erworbene Bezeichnung, Verkehrsgeltung) fragwürdig.

Wir schlagen daher in § 70 eine Erweiterung dahingehend vor, dass bisher erworbene Berufstitel weitergeführt werden dürfen.

Zu § 5 Abs. 4

Hier wird für das Führen des Berufstitels „*Primarius / Primaria*“ für eine von § 43 Ärztegesetz abweichende Regelung getroffen.

Voraussetzung für das Führen dieses Titels soll nicht bloß das Erfüllen der gesetzlichen Voraussetzungen, sondern die Verleihung durch die ÖZAK sein. Dieser Regelung ist insoweit zuzustimmen, als durch die Verleihung eine Rechtsunsicherheit beseitigt wird. Allerdings sollte die Verleihung durch eine **staatliche Behörde** und nicht durch die ÖZÄK erfolgen, weil Titelverleihungen dadurch letztlich vom Wohlwollen der Konkurrenten abhängig wären.

Weiters ist der letzte Satz dahingehend zu ändern, dass gegen den Bescheid kein **ordentliches** Rechtsmittel offen steht.

Bislang ist gemäß § 43 Abs. 6 Ärztegesetz für das Führen des Berufstitels „*Primarius / Primaria*“ Voraussetzung, dass dem Leiter des (Zahn)Ambulatoriums mindestens **zwei**, zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte, hauptberuflich tätige (Zahn)Ärzte unterstellt sind.

Nunmehr (§ 5 Abs. 4 Z 2) soll diese Anzahl auf **fünf** erhöht werden.

Auch wenn damit keine monetären Auswirkungen verbunden sind, so hat doch der Berufstitel „Primarius“ aus Ärztesicht einen „Marktwert“ und trägt aus Sicht der Patienten zur Attraktivität und zum positiven Image bei.

Die bisherige Rechtslage sollte daher beibehalten werden.

Zum 1. Hauptstück, 3. Abschnitt (§§ 6 bis 10)

Im 3. Abschnitt des vorliegenden Entwurfes wird die Berufsberechtigung geregelt. Die hier vorgesehenen Bestimmungen sollen jene des Ärztegesetzes 1998 ersetzen, welche den zahnärztlichen Beruf betreffen und durch die im Entwurf der 7. Novelle des Ärztegesetzes 1998 vorgesehenen Änderungen entfallen sollen.

Die im Entwurf des neuen Zahnärztegesetzes vorgesehenen Regelungen erscheinen in der vorliegenden Form nicht geeignet, die um vieles umfangreicheren und detaillierteren Bestimmungen, welche derzeit im Ärztegesetz 1998 die Berufsberechtigung der Zahnärzte regeln, zu ersetzen.

Dies gilt vor allem für die befristete Bewilligung zur selbständigen (§ 32 Ärztegesetz 1998) bzw. freiberuflichen (§ 33 Ärztegesetz 1998) Ausübung des zahnärztlichen Berufes.

Zu § 6 Abs. 2 Z 1

Die Einschränkung auf Verurteilung wegen mit Vorsatz begangener strafbarer Handlungen ist im Zusammenhang mit der weiterführenden Voraussetzung der Z 2 nicht nachzuvollziehen.

Vielmehr sind auch grob fahrlässig begangene strafbare Handlungen (z. B. ärztliche Kunstfehler) dazu geeignet, die Vertrauenswürdigkeit zu zerstören.

Zu § 6 Abs. 2 Z 2

Hierbei stellt sich die Frage, wie lange die zweite Art der mangelnden Vertrauenswürdigkeit andauern soll; ohne entsprechende Klarstellung wäre Z 2 daher in Praxis vermutlich unanwendbar.

Zu § 11

Gemäß § 14 Abs. 1 Z 7 haben Angehörige des zahnärztlichen Berufes auch die Aufnahme und Beendigung einer zahnärztlichen Nebentätigkeit an die Österreichische Zahnärztekammer zu melden.

Dazu fehlt allerdings die Ausführungsbestimmung in § 11, in der die Führung der Zahnärzteliste festgelegt ist.

Nachdem dies wesentlich zur Transparenz beitragen könnte wäre es wünschenswert, wenn diese Daten gemäß § 14 Abs. 1 Z 7 zu den Daten gehörten, die gemäß § 11 Abs. 3 öffentlich zugänglich sind.

Zu § 14 Abs. 2

Auf Grund der gegenständlichen Bestimmung hat die Österreichische Zahnärztekammer Änderungen und Ergänzungen der Zahnärzteliste unverzüglich dem örtlich zuständigen Landeshauptmann mitzuteilen.

Sinnvoll wäre es, in diesem Zusammenhang auch eine entsprechende Mitteilungspflicht an die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse zu normieren, da diese Information im Zusammenhang mit der Leistungsverpflichtung der sozialen Krankenversicherung relevant ist.

Zum 1. Hauptstück, 5. Abschnitt

Im 1. Hauptstück, 5. Abschnitt, wäre auf die Kompatibilität mit den Gesundheitsreformgesetzen, welche Bestimmungen über die ärztliche Dokumentation und über Qualität enthalten, zu achten.

Das (später erlassene) Zahnärztegesetz darf diese Bestimmungen nicht aufheben.

Wir regen die Aufnahme entsprechender Verweisnormen in § 19 (Dokumentationspflicht) und § 22 (Qualitätssicherung) an.

Zu § 16 Abs. 2

Im Ärztegesetz ist entsprechend dieser Bestimmung die Verpflichtung zur Leistung Erster Hilfe (unter Verwendung dieses Ausdruckes) enthalten.

Verständlich ist die nun offenbar geplante Ausweitung der Ausweitung für die zahnärztlichen Bedürfnisse. Allerdings wird dabei der Ausdruck „*drohende Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Gesundheitsschädigung*“ verwendet.

Dieser Ausdruck wird zu Definitionsproblemen führen: Es wäre daher klar zu stellen, was eine „*beträchtliche Gesundheitsschädigung*“ ist.

Des Weiteren sollte auch die Pflicht zur Erste-Hilfe-Leistung in dem Fall beibehalten werden, dass der Zahnarzt die Ausbildung zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde absolviert hat.

Zu § 18 Abs. 1

Diese Bestimmung, mit der endlich der Judikatur über die ärztliche Aufklärungspflicht (einschließlich der Aufklärung über die Behandlungskosten) auch gesetzlich Rechnung getragen wird, wird ausdrücklich begrüßt.

Die Aufzählung der zahnärztlichen Aufklärungspflichten sollte jedoch um die Wortfolge „*Rechte des Patienten*“ ergänzt werden.

Zu § 18 Abs. 2

Enthalten ist in § 18 Abs. 2 die Verpflichtung zur Aufklärung, welche Behandlungskosten von einem Träger der Sozialversicherung „*jedenfalls*“ übernommen werden.

Diese (offenbar bindend geplante) Information ist dem Arzt in vielen Fällen unmöglich. Das würde eine einschlägige Detailkenntnis des Leistungsrechts voraussetzen. Dem Behandler sind auch eventuelle Vorleistungen (Limitierungen), die eine neuerliche Honorierung durch den Krankenversicherungsträger ausschließen, nicht bekannt.

Besser erscheint der Ersatz des Ausdrucks „*jedenfalls*“ durch den Ausdruck „*voraussichtlich bei Erfüllung allenfalls sonstiger Voraussetzungen*“.

Zu § 18 Abs. 3 und Abs. 4

Warum die Festsetzung der wesentlichen Kosten im Sinne des Abs. 3 Z 1 einer Verordnung der Österreichischen Zahnärztekammer vorbehalten bleibt, ist nicht

nachvollziehbar. Objektiver und deshalb aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Rechtssicherheit vorzuziehen wäre eine gesetzliche Regelung.

Der unbestimmte Gesetzesbegriff „*wesentliche Kosten*“ in Abs. 3 Z 1 könnte überdies in der Praxis zu Einordnungsproblemen führen; unklar scheint zudem, wie aus dem von der Statistik Austria ermittelten durchschnittlichen Monatseinkommen diese wesentlichen Kosten im Einzelnen bestimmt werden sollen.

Der in § 18 Abs. 4 verwendete Ausdruck „*wesentliche Kosten*“ einer Behandlung (Verweis auf § 18 Abs. 3 Z 1) erscheint in dieser Form als formalgesetzliche Delegation verfassungsrechtlich bedenklich. Was für die eine Person (Ausgleichszulagenbezieher) wesentliche Kosten sind, können für andere Personen vernachlässigbare Kosten sein.

Empfohlen wird die Aufnahme von Vorgaben bzw. Kriterien für die Festlegung von „*wesentlichen Kosten*“ (z. B. Verhältnis zum Einkommen).

Zu § 19 Abs. 4

Dieser Absatz entspricht dem § 51 Abs. 4 Ärztegesetz. Es fehlt allerdings der Satz, dass der Zahnarzt die Dokumentation **nur mit Zustimmung des betroffenen Patienten** zur Erbringung zahnärztlicher Leistungen verwenden darf.

Im Zuge der Bestrebungen um Verwendung sowohl männlicher als auch weiblicher Formen wurde offenbar irrtümlich in der zweiten Zeile zweimal der Ausdruck „*Ordinationsstättennachfolger*“ nur in der männlichen Form verwendet.

Zu § 20

Auch wenn dies bei Zahnärzten wohl weniger häufig vorkommt als bei anderen Ärzten, so sollte doch auch in § 20 eine Bestimmung über die Anzeige analog zu § 54 Abs. 4 bis 6 Ärztegesetz mit entsprechenden Adaptierungen aufgenommen werden.

Zur Wahrung der Patientenrechte wäre es angezeigt, die Auskünfte gemäß § 20 Abs. 1 auf Verlangen schriftlich zu erteilen.

Des Weiteren sollte der Kreis der Auskunftsberechtigten um den Krankenversicherungsträger erweitert werden. Aus diesem Grund sollte eine entsprechend Z 4 angefügt werden.

Zu § 21

§ 21 enthält entgegen seiner Parallelbestimmung in § 54 Ärztegesetz keine Anzeige- und Meldepflichten. Laut Erläuterungen wird dies damit begründet, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung generell keine zur Anzeige oder Meldung im Sinne des § 54 Ärztegesetz 1998 führende Gesundheitsschädigung festgestellt wird.

Dieser Ansicht kann seitens des Hauptverbandes nicht gefolgt werden. Es wäre z. B. durchaus vorstellbar, dass ein im Rahmen eines Raufhandels Verletzter mit einer Kieferverletzung oder mit einem ausgeschlagenen Zahn keinen Arzt, sondern „nur“ einen Zahnarzt aufsucht.

Darum sollte unbedingt eine dem § 54 Abs. 4 bis 6 Ärztegesetz entsprechende Regelung auch in § 21 Zahnärztegesetz aufgenommen werden.

Zu § 21 Abs. 5

Angeregt wird der Ersatz des Ausdrucks *„im Rahmen der Honorarabrechnungen eine unumgänglich erforderliche Voraussetzung“* durch den Ausdruck **„für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben notwendig“**.

Das Abstellen auf die Honorarabrechnungen greift jedenfalls zu kurz: Wahlärzte rechnen beispielsweise gar nicht mit Sozialversicherungsträgern ab und bestünde nach bisherigem Wortlaut für diese damit gar keine Berechtigung zur entsprechenden Datenübermittlung an Versicherte, welche Kostenerstattung bzw. Kostenzuschüsse gegen den Sozialversicherungsträger geltend machen (bzw. zu einer Übermittlung an den Sozialversicherungsträger selbst).

Darüber hinaus werden die Daten vom Sozialversicherungsträger u. U. auch zur Erfüllung anderer gesetzlicher Aufgaben benötigt (z. B. Geltendmachung von Regressansprüchen).

Zu § 22

Dem Wortlaut dieser Bestimmung nach bleibt es vollkommen offen, wer die Evaluierung durchführen soll – prinzipiell könnte dies auch der Arzt selbst sein.

Eine Konkretisierung ist unbedingt erforderlich, wobei darauf Wert zu legen ist, dass die Evaluierung durch eine unabhängig Stelle (nicht also etwa die Ärztekammer in der ja auch Konkurrenten tätig sein können) erfolgen muss.

§ 22 scheint überdies zu unbestimmt zu sein (was bedeuten die Termini „regelmäßig“, „umfassende Evaluierung“).

In § 22 fehlt auch die entsprechende Verweisnorm auf die §§ 50 ff Zahnärztekammergesetz (Qualitätssicherungsverordnung).

Im Sinne der Transparenz wäre es zu begrüßen, wenn die Ergebnisse der Qualitätsevaluierung nicht nur der Zahnärztekammer, sondern auch dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger übermittelt werden würden.

Zu § 23

Der § 23 normiert, in welcher Form die selbständige Berufsausübung erfolgen kann.

Diese Regelung erscheint im Vergleich zu den um vieles umfangreicheren diesbezüglichen Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 als nicht ausreichend.

Zu § 24 Abs. 4

Die im Entwurf vorgesehene Vertretungsregelung ist zu weitgehend; es wird nicht einmal ein Grund für eine Vertretung normiert. Diese Regelung könnte in Richtung Anstellungsverhältnisse von Ärzten bei Ärzten ausgelegt werden, was von uns entschieden abgelehnt wird. Die gesetzliche Ermächtigung zur Installierung eines Vertreters widerspricht der im Gesetz festgelegten Verpflichtung zur persönlichen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit (siehe gerade auch § 24 Abs. 1).

Es ist unbestritten, dass sich der Zahnarzt bei Absenzen (Urlaub, Krankheit) vertreten lassen kann; dies hier festzuhalten, ist nicht notwendig (vgl. § 1010 ABGB). Die (üblichen) vertraglichen Regelungen über die Möglichkeit einer Praxisvertretung

sollen selbstverständlich beibehalten werden; der Regelungszusammenhang ist hier aber ein gänzlich anderer.

Um komplizierte Haftungsfragen und verrechnungstechnische Probleme zu minimieren, wäre es auch wünschenswert, wenn bei Vertretungen nicht erst ab einer Dauer von 2 Wochen, sondern unverzüglich eine Meldung über diese erfolgen würde.

Dem Patienten muss aber jedenfalls klar werden, wer ihn behandelt hat und wer Partner des Behandlungsvertrages (und damit auch Haftungsträger) ist. Das ist insbesondere deswegen wichtig, weil es immer mehr Fälle gibt, in denen freiberuflich tätige Ärzte gleichzeitig am selben Ort für Rechtsräger von Krankenanstalten („Institut für ...“) tätig sind und dem einzelnen Patienten die **subtile Unterscheidung, wer z. B. bei Behandlungsschäden tatsächlich der Haftungsträger ist, in der Praxis unzumutbar, wenn nicht überhaupt unmöglich ist.**

Zu § 25 Abs. 1

Nach dieser Bestimmung kann die Zusammenarbeit von freiberuflich tätigen Angehörigen des zahnärztlichen Berufes im Sinne des § 24 Abs. 1 auch als selbstständig berufsbefugte Gruppenpraxis in der Rechtsform der offenen Erwerbsgesellschaft erfolgen.

Wenn sich dieses „*kann*“ auf die Form der Zusammenarbeit (Ordinations- und Apparatgemeinschaften oder Gruppenpraxen) bezieht, besteht kein Einwand. Es soll jedoch nicht der Schluss gezogen werden dürfen, dass sich das „*kann*“ auf die Rechtsform der Gruppenpraxis bezieht.

Aus Gründen der Klarheit sollte – so wie in § 52a Abs. 3 Ärztegesetz – für zahnärztliche Gruppenpraxen **verpflichtend die Rechtsform der offenen Erwerbsgesellschaft** im Sinne des § 1 Erwerbsgesellschaftengesetz (EGG) festgeschrieben werden.

Nach Abs. 3 ist auch im Falle einer **dauernden** Untersagung der Berufsausübung die Zugehörigkeit zur Gesellschaft möglich.

Hier weicht der Entwurf von § 52a Abs. 5 Ärztegesetz ab, wonach nur die **vorübergehende** Einstellung oder Untersagung der Berufsausübung bis zur Dauer von

sechs Monaten unschädlich ist. Es ist eine dem Ärztegesetz entsprechende Regelung zu treffen.

Zu § 26 Abs. 1 letzter Satz

Die Wortfolge „... *und am Umsatz oder Gewinn beteiligt sein.*“ wäre klarer und leichter verständlich als die jetzige Fassung des Entwurfes.

Zu § 26 Abs. 3

Im vorliegenden Entwurf zum Zahnärztegesetz ist normiert, dass im Zusammenhang mit Gruppenpraxen eine Untersagung der Berufsausübung die Berufsangehörigen nicht an der Zugehörigkeit zur Gesellschaft, wohl aber an der Vertretung und der Geschäftsführung, hindert.

Im Vergleich dazu ist im Ärztegesetz 1998 normiert, dass nur eine **vorübergehende** Einstellung oder Untersagung der Berufsausübung nicht an der Zugehörigkeit zur Gesellschaft hindert.

Zwar ergibt sich aus dem Verweis auf § 46 Zahnärztegesetz (vorläufige Untersagung der Berufsausübung) bzw. auf § 47 Zahnärztegesetz (befristete Untersagung der Berufsausübung), dass auch hier nur eine vorübergehende Untersagung nicht an der Gesellschafterstellung hindert, eine diesbezügliche Klarstellung in § 26 Abs. 3 wäre jedoch sinnvoll.

Zu § 26 Abs. 8

Die Soll-Bestimmung hinsichtlich des behindertengerechten Zugangs ist „zahnlos“. Gerade der vom Inbegriff her im Unterschied zum einzelnen Zahnarzt kapitalkräftigeren Gesellschaft, die eine Gruppenpraxis führt, kann zugemutet werden, Barrierefreiheit von Anfang an zu schaffen.

Die vorgesehene Regelung konterkariert auch die Bemühungen der Sozialversicherungsträger, behindertengerechte Zugänge zu Vertragsarztpraxen festzulegen. Sie steht überdies im Spannungsverhältnis zu § 342 Abs. 1 Z 9 ASVG, der bestimmt, dass die Gesamtverträge diesbezügliche Regelungen zu enthalten haben. Letztlich wurde hiezu gerade seitens der Aufsichtsbehörde mitgeteilt, dass kein Gesamtvertrag über Gruppenpraxen genehmigt würde, der keine Regelungen über behindertengerechte Zugänge zu Vertrags-Gruppenpraxen enthält.

Statt des Ausdrucks „sollen“ wäre der Ausdruck „**müssen**“ einzusetzen.

Zudem wird die Bestimmung durch die Einschränkung „*soweit dies auf Grund der baulichen Lage der Ordinationsstätte möglich und zumutbar*“ wieder relativiert. Eine schlagkräftigere Regelung wäre hier wünschenswert.

Zu § 29

§ 29 sollte mehr der Bestimmung des § 47 Ärztegesetz entsprechen, die verständlicher geregelt ist.

Zu § 29 Abs. 1

Diese Bestimmung entspricht im Wesentlichen dem § 47 Ärztegesetz 1998, doch wurde auf die Regelung verzichtet, wonach, sollte ein Wohnsitz im Bundesgebiet nicht gegeben sein, der Ort der Tätigkeit unverzüglich bekannt zu geben ist.

Zu überlegen wäre es, diesen Zusatz auch in das neue Zahnärztegesetz aufzunehmen.

Zu § 30 Abs. 2 Z 2

Die gesundheitliche Eignung des Dienstleistungserbringers sollte ebenfalls nachgewiesen werden. Darum sollte in Z 2 nach der Wortfolge „... *oder sonstigen Befähigungsnachweise*“ die Wortfolge „**sowie gesundheitliche Eignung**“ eingefügt werden.

Zu § 34

Nachdem die Anwendung von komplementär- und alternativmedizinischen Heilverfahren dem Berufsbild des Zahnbehandlers abzulehnen ist, sollte auch der § 34 ersatzlos gestrichen werden.

Zu § 35 Abs. 3

Um die bisherige klare Formulierung (im Ärztegesetz) nicht zu „verwässern“ sollte der Ausdruck „*Gruppenpraxen*“ nicht gestrichen werden.

Zu § 36

Im Vergleich zum § 56 Abs. 1 Ärztegesetz fehlt die Verpflichtung des Zahnarztes, die Ordination entsprechend den fachspezifischen Qualitätsstandards zu betreiben; dies sollte ergänzt werden (Verpflichtung zur zeitgemäßen technischen Ausstattung der Ordinationsstätte).

Weiters fehlt die Verpflichtung zur behindertengerechten Ausstattung und Erreichbarkeit.

Zu § 37

Hinsichtlich der Vorrathaltung von Arzneimitteln, welche inhaltlich an den § 57 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 angelehnt ist, sollte wie eben dort eine Einschränkung auf Notfälle erfolgen.

Während in § 57 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 normiert ist, dass die Ärzte verpflichtet sind, die nach der Art ihrer Praxis und nach den örtlichen Verhältnissen für die erste Hilfeleistung in dringenden Fällen notwendigen Arzneimittel vorrätig zu halten, wird im § 37 Zahnärztegesetz die Verpflichtung normiert, die Arzneimittel vorrätig zu halten, die 1. zur Ausübung des Berufes sowie 2. für die erste Hilfeleistung in dringenden Fällen notwendig sind.

Zu § 38

Das Wort „*rechtzeitig*“ bedarf einer genaueren Definition.

Außerdem wäre es wünschenswert, den Paragrafen um eine Haftungsnorm für Folgeschäden zu Gunsten der Sozialversicherungsträger zu erweitern.

Zu § 40 Abs. 1

Zur hier normierten Richtlinienkompetenz der Zahnärztekammer für die Erlassung von Richtlinien für die Vergütung zahnärztlicher Leistungen (Autonome Honorar-Richtlinien) ist zu bedenken, dass durch das neue Zahnärztekammergesetz die Zahnärztekammer zwar zur Erlassung von Autonomen Honorar-Richtlinien berechtigt ist, hinsichtlich der Vergütung ärztlicher Leistungen im Ärztegesetz 1998 aber eine Richtlinienkompetenz des zuständigen Bundesministers auf Vorschlag der Ärztekammer normiert ist.

Hier wäre eine einheitliche Regelung einerseits im Ärztegesetz 1998 und andererseits im Zahnärztegesetz wünschenswert.

Zum 1. Hauptstück, 7. Abschnitt (§§ 43 bis 50)

Die in diesem Abschnitt verwendeten Begriffe „Berufseinstellung“, „Berufsunterbrechung“, „Entziehung der Berufsberechtigung“, „vorläufige Untersagung der Berufsausübung“, „befristete Untersagung der Berufsausübung“ sowie „Einschränkung der Berufsausübung“ decken sich nicht mit den Begriffen der §§ 59 bis 63 Ärztegesetz 1998 („Erlöschen und Ruhen der Berechtigung zur Berufsausübung“, „Verzicht auf die Berufsausübung“, „zeitlich beschränkte Untersagung der Berufsausübung“, sowie „vorläufige Untersagung der Berufsausübung“).

Im Interesse einer einheitlichen Begrifflichkeit im Ärztegesetz 1998 sowie im Zahnärztegesetz wäre es empfehlenswert, die bereits etablierten Begriffe des Ärztegesetzes 1998 auch in das neue Zahnärztegesetz zu übernehmen.

Als Beispiel sei hier auf den Begriff „Berufseinstellung“ für eine freiwillige Beendigung der Berufsausübung in § 43 Zahnärztegesetz verwiesen, welcher sich in dieser Form im Ärztegesetz 1998 nicht findet.

Daneben gibt es in § 44 Zahnärztegesetz eine „Berufsunterbrechung“ für jene Fälle, in denen der Beruf über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten freiwillig nicht ausgeübt werden soll.

Dem gegenüber steht der „Verzicht auf die Berufsausübung“ in § 60 des Ärztegesetzes 1998.

Zu § 44 (iVm § 43)

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb eine unfreiwillige Berufsunterbrechung (z. B. infolge Krankheit) nicht als solche im Sinne des § 44 gewertet wird, weshalb eine entsprechende Aufnahme in diesen Paragraphen angeregt wird.

Zum 2. Hauptstück, 2. Abschnitt

Im Zusammenhang mit dem 1. Hauptstück, 6. Abschnitt (Berufsausübung), wäre dezidiert sicherzustellen, dass „alte“ Berufsausübungsberechtigungen für Zahnärzte nach dem Ärztegesetz weiter gelten (vgl. die §§ 32, 33, 35 bzw. 210 Ärztegesetz

1998); ebenso wäre der Wortlaut des § 53, letzter Halbsatz dahingehend zu prüfen, ob dieser nicht bereits erteilte Berufsberechtigungen „aufhebt“.

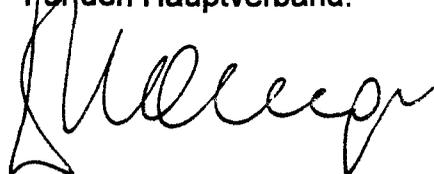
Zu § 58

Aufgrund des Verweises auf die in § 4 Abs. 3 und 4 angeführten Tätigkeiten würde der Tätigkeitsbereich der Dentisten auch die in § 4 Abs. 3 Z 5 vorgesehene Berechtigung zur Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und zahnmedizinisch diagnostischen Hilfsmitteln mit umfassen.

Diese Berechtigung geht jedoch über die bisher gemäß § 2 lit. c DentG normierte Befugnis hinaus, Arzneimittel, die an die ärztliche Verschreibung gebunden sind, soweit sie zur Ausführung der den Dentisten vorbehaltenen Tätigkeiten notwendig sind, anzuwenden und solche Arzneien auf Grund eigener Verschreibung aus einer öffentlichen Apotheke zu beziehen.

Der Hauptverband wendet sich daher gegen eine Ausdehnung dieser Befugnisse und verweist in diesem Zusammenhang auch auf das Zahnärztereform-Begleitgesetz (Art. 6 Z 13 bis 16), in dem richtigerweise nur die (Vertrags-)Zahnärzte, nicht jedoch die Dentisten als Verordnungsberechtigte im sozialversicherungsrechtlichen Sinne mit den Nichtzahnärzten gleichgestellt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:



Dr. Josef KANDLHOFER

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / KI. 1202

TELEFAX 711 32 3775

ZI. ZS-R/P-43.00/05 Gm/Er

Wien, 17. August 2005

An das
**Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen**
Radetzkystraße 2
10301 Wien

per e-mail

An das
Präsidium des Nationalrats
(und 25 Ausfertigungen in Papierform)

per e-mail

Betr.: Bundesgesetz über die Landesvertretung
der Angehörigen des zahnärztlichen
Berufs und des Dentistenberufs
(Zahnärztekammergesetz – ZÄKG)

Bezug: Ihr e-mail vom 15. Juli 2005,
GZ: BMGF-92161/0004-I/B/6/2005

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

Allgemeines

Es stellt sich die Frage, ob es wirklich notwendig ist, in Zeiten der Forderung nach Verwaltungsvereinfachung und Verwaltungskostenreduktion mit der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZÄK) und den Landes Zahnärztekammern (LZÄK's) zusätzliche Institutionen mit entsprechenden Apparaten zu schaffen, obwohl durch die Ärztekammern und die Österreichische Ärztekammer bereits die erforderlichen Strukturen vorhanden sind.

Zu § 13

In § 13 Abs. 2 Z 1 ist normiert, dass außerordentliche Kammermitglieder berechtigt sind, weiterhin ihren Zahnärztausweis zu führen.

Hier erscheint es für die Rechtssicherheit sinnvoll, dass im Falle einer nur mehr außerordentlichen Kammermitgliedschaft in den Zahnärztausweis ein entsprechender Hinweis aufgenommen wird.

Zu § 19

Zum eigenen Wirkungsbereich der ÖZÄK zählt offenbar – wie sich auch aus § 343d ASVG in der Fassung des Entwurfes des Zahnärztereform-Begleitgesetzes ergibt – der Abschluss von Verträgen mit den Trägern der Sozialversicherung, während die Auflösung von derartigen Verträgen den Landes Zahnärztekammern obliegt (§ 35 Abs. 2 Z 2 des Entwurfes).

Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte die Vertragsabschlusskompetenz als eine der zentralen Aufgaben ausdrücklich erwähnt werden und nicht bloß erschlossen werden müssen.

Zu § 19 Abs. 1

Die Abgrenzung des eigenen Wirkungsbereiches gemäß Abs. 1 sollte in abschließender taxativer Form erfolgen.

Darum wäre das Wort „*insbesondere*“ im ersten Satz des § 19 Abs. 1 zu streichen.

Zu § 19 Abs. 1 Z 2 und 3

Eigenartig erscheint uns überdies die Z 2 und 3 des Abs. 1. Danach soll die ÖZÄK gesetzliche Interessenvertretung sowohl auf Arbeitgeberseite als auch auf Arbeitnehmerseite sein können, eine Doppelfunktion, die bedenklich ist.

Überdies erweckt der letzte Halbsatz der Z 3 den Eindruck, die Verfasser des Entwurfes gingen von einem möglichen Anstellungsverhältnis von Zahnärzten bei Zahnärzten aus, ansonsten wäre die Einschränkung nicht sinnvoll und erforderlich. Im

Übrigen enthält die das ÄG keine der Z 3 korrespondierende Bestimmung, weshalb sie **ersatzlos zu streichen** ist.

Zu § 19 Abs. 1 Z 4

Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten nicht dem ausschließlich eigenen Wirkungsbereich der Zahnärztekammer überlassen werden.

Eine Mitbestimmung der Sozialversicherungsträger im Wege einer relevanten Beteiligung an der Gesellschaft für zahnärztliche Qualitätssicherung muss gegeben sein.

Zu den §§ 19 Abs. 2 und 20 Abs. 4

Im vorliegenden Entwurf wird in § 19 Abs. 2 die Erlassung von Vorschriften im eigenen Wirkungsbereich geregelt, in § 20 Abs. 4 die Erlassung von Vorschriften im übertragenen Wirkungsbereich.

Die gemäß § 54 Abs. 5 dieses Entwurfes von der Österreichischen Zahnärztekammer zu erlassende kollegiale Schlichtungsordnung, mit welcher nähere Bestimmungen über das kollegiale Schlichtungsverfahren festzulegen sind, können anhand des vorliegenden Gesetzesentwurfs weder dem eigenen noch dem übertragenen Wirkungsbereich zugeordnet werden.

Zu § 19 Abs. 3 Z 4

Die „*Mitwirkung an den amtlichen Gesundheitsstatistiken*“ ist zu unbestimmt und bedarf einer genaueren Definition.

Zu § 34

Die Rechtsform der LZÄK's scheint uns nicht ganz eindeutig zu sein. Einerseits haben sie insofern Rechtspersönlichkeit als sie berechtigt sind, die ihnen übertragenen Aufgaben im eigenen Namen wahrzunehmen, andererseits sind sie nach den Erläuterungen keine Körperschaften.

Zu § 35 Abs. 2

Aus Gründen der Rechtssicherheit wäre eine taxative Aufzählung der Aufgaben der Landes Zahnärztekammern wünschenswert, weshalb das Wort „*insbesondere*“ im ersten Satz des zweiten Absatzes zu **streichen** ist.

Es ist weiters nicht nachvollziehbar, dass den Landes Zahnärztekammern die Auflösung von Verträgen mit den Trägern der Sozialversicherung obliegt, da die Kompetenz zum Abschluss von Gesamtverträgen der Österreichischen Zahnärztekammer zugewiesen ist.

Dem gemäß sollte im Hinblick auf eine möglichst einheitliche Honorarordnung sowohl die Kündigung als auch der Abschluss eines Vertrages der Österreichischen Zahnärztekammer vorbehalten bleiben.

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls problematisch, dass für bundesweiten Versicherungsträger immer die Österreichische Zahnärztekammer zuständig wäre, wohingegen die Kündigung gegenüber den Gebietskrankenkassen durch die Landesärztekammern erfolgt.

Aus diesem Grund ist § 35 Abs. 2 Z 2 ersatzlos zu streichen und die Bezifferung entsprechend anzupassen.

Zu den §§ 50 bis 52

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass eine verstärkte Qualitätssicherung jedenfalls begrüßenswert ist.

Die §§ 50 bis 52 wurden analog der Bestimmungen der §§ 118a bis 118c Ärztegesetz gestaltet.

Der Hauptverband hat sowohl zu den einschlägigen Bestimmungen im Ärztegesetz als auch zur von der Österreichischen Ärztekammer bereits dem Ministerium zur Genehmigung vorgelegten Qualitätssicherungs-Verordnung Stellung genommen.

Wie verweisen ausdrücklich auf unsere Stellungnahme vom 7. März 2005, ZI. ZS-R/P-43.00/05 Ba/Er, zur Qualitätssicherungs-Verordnung 2005 (die wir als Beilage nochmals übermitteln) – sämtliche unserer Anmerkungen zur Qualitätssicherung bleiben vollinhaltlich aufrecht.

Zu § 50 Abs. 2

Hinsichtlich der in § 50 Abs. 2 normierten Aufgaben der Gesellschaft für zahnärztliche Qualitätssicherung wurde in der Z 1 lediglich die Ausarbeitung von zahnmedizinischen Qualitätskriterien, einschließlich der Kriterien für die Struktur- und Prozessqualität normiert. Wichtig wäre es hier jedoch, auch die **Ergebnisqualität** zu berücksichtigen.

Nachdem für das Berufsbild des Zahnbehandlers die technische Ausstattung der Ordination einen wesentlich höheren Stellenwert hat als für z. B. Allgemeinmediziner wäre es auch wünschenswert, dass entweder in § 50 Abs. 2 Z 1 oder in den Erläuterungen zu § 50 die zeitgemäße Ausstattung der jeweiligen Ordination als Qualitätskriterium aufgenommen wird.

Zu § 50 Abs. 5

Das den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern eingeräumte Recht, einen Angehörigen/eine Angehörige des zahnärztlichen Berufes zur Teilnahme an der Kontrolle einer zahnärztlichen Ordination zu bestimmen, ist zu einschränkend.

Es sollte den Kassen freistehen, auch eine Person aus dem Kreis der Verwaltungsangestellten für die Teilnahme an der Kontrolle auszuwählen.

Zu § 51

Hinsichtlich des in § 51 normierten wissenschaftlichen Beirates für Qualitätssicherung, welcher von der Gesellschaft für Qualitätssicherung einzurichten ist, ist normiert, dass dieser paritätisch durch den/die Bundesminister/Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und die Österreichische Zahnärztekammer mit Fachleuten zu besetzen ist.

Hier wäre auch eine **Einbeziehung der gesetzlichen Sozialversicherung** vorzusehen, um die Interessen der Versicherten bereits frühzeitig wahren zu können.

Zu § 52

Während die Österreichische Ärztekammer gemäß § 118c Abs. 1 Ärztegesetz 1998 in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes 2005 die Verpflichtung hat, die Qualitätssicherungs-Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur

Genehmigung vorzulegen, enthält § 52 Abs. 2 für die künftige BZÄK keine entsprechende Genehmigungspflicht.

Schon aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz heraus ist auch für die Verordnung nach diesem Bundesgesetz eine solche Genehmigungspflicht vorzusehen.

Zu § 53

Aus gegebenem Anlass weisen wir darauf hin, dass nach dem vorliegenden Wortlaut in einer Streitigkeit zwischen einem Patienten und einem mittlerweile pensionierten Zahnarzt das in § 53 normierte Patientenschlichtungsverfahren keine Anwendung mehr finden würde.

Aus diesem Grund sollte das Patientenschlichtungsverfahren auch auf Fälle anzuwenden sein, die während des Bestehens einer Kammermitgliedschaft eingetreten sind.

Zu § 57

Der § 57 entspricht dem § 138 Ärztegesetz 1998, in welchem ebenfalls einstweilige Maßnahmen geregelt sind.

Unklar ist, weshalb die Bestimmung des § 138 Abs. 5 Ärztegesetz 1998, wonach die einstweilige Maßnahme bei der Verhängung von Disziplinarstrafen angemessen zu berücksichtigen ist, nicht in die korrespondierende Norm des Zahnärztekammergesetzes übernommen wurde.

Zu den §§ 59 und 60

Bei beiden Bestimmungen handelt es sich um Disziplinarstrafen, welche gegen ein Kammermitglied verhängt werden können.

Für die gesetzliche Sozialversicherung wäre es in diesem Zusammenhang wichtig, von der Verhängung einer solchen Disziplinarstrafe verständigt zu werden, da sowohl eine Streichung aus der Zahnärzteliste als auch eine befristete Untersagung der Berufsausübung Auswirkungen auf die Honorierung zahnärztlicher Leistungen durch die soziale Krankenversicherung haben kann.

In diesem Zusammenhang ist auf den § 95 des vorliegenden Entwurfes zu verweisen, wonach von einer Disziplinarstrafe einer befristeten Untersagung die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde sowie das zuständige Amt der Landesregierung zu verständigen ist.

In § 95 sollte auch eine entsprechende Mitteilungspflicht gegenüber der Sozialversicherung aufgenommen werden.

Zu § 66 Abs. 1 Z 3

Hier wäre neben dem Bundesausschuss der Österreichischen Zahnärztekammer auch der provisorische Bundesausschuss nach § 116 zu erwähnen, da ansonsten in der Übergangszeit keine Disziplinarverfahren neu eröffnet werden könnten.

Zu § 114

In § 114 Abs. 2 ist die Rechtsnachfolge hinsichtlich der mit Ablauf des 31. Dezember 2005 geltenden Verträge (Gesamtverträge), die von der Österreichischen Ärztekammer bzw. von den Ärztekammern in den Bundesländern für den Bereich der zahnärztlichen Tätigkeiten und von der Österreichischen Dentistenkammer mit den Trägern der Sozialversicherung (Verbänden) abgeschlossen wurden, geregelt. Diese gehen ab 1. Jänner 2006 auf die Österreichische Zahnärztekammer bzw. die jeweilige Landeszahnärztekammer über.

Diese Regelung korrespondiert jedoch nicht mit der im Entwurf zum Zahnärztereform-Begleitgesetz vorgesehenen neuen Bestimmung des § 343d Abs. 1 ASVG, wonach auf die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Angehörigen des zahnärztlichen Berufs nach dem Zahnärztegesetz die Bestimmungen des II. Abschnittes des ASVG mit der Maßgabe Anwendung finden, dass an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass in den einzelnen Bundesländern im Sinne des § 41 des Gesamtvertrages Sonderregelung über die Durchführung der vertragsärztlichen Zahnbehandlung und des Zahnersatzes sowie der kieferorthopädischen Behandlung vereinbart wurden.

In diesem Zusammenhang ist es unklar, wie ein Vertrag auf die Landes Zahnärztekammer übergehen kann, wenn diese für solche Verträge gemäß dem neuen § 343d ASVG nicht abschlussberechtigt ist.

Zu § 124

In § 124 Abs. 4 ist normiert, dass in mit Ablauf des 31. 12. 2005 anhängigen Verfahren vor ordentlichen Gerichten oder Schiedsgerichten, in denen die Österreichische Dentistenkammer oder die Österreichische Ärztekammer bzw. die Ärztekammer eines Bundeslandes Partei oder Beteiligte ist (und die überwiegend zahnärztliche Belange betreffen), die Österreichische Zahnärztekammer bzw. die jeweilige Landes Zahnärztekammer mit 1. 1. 2006 in das Verfahren als Verfahrensbeteiligte eintritt.

Dies widerspricht jedoch dem in dem Entwurf eines Zahnärztereform-Begleitgesetzes vorgesehenen neuen § 625 Abs. 2 ASVG, wonach zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens jenes Bundesgesetzes anhängige Verfahren nach §§ 344 bis 346 ASVG, die Angehörige des zahnärztlichen Berufes und des Dentistenberufes (§ 351 ASVG) betreffen, nach der vor diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage abzuschließen sind.

Beilage



QS-VO.pdf

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Dr. Josef KANDLHOFER

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 DVR 0024279
VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1 TEL. 711 32 / KI. 1211 TELEFAX 711 32 3780

ZI. ZS-R/P-43.00 /05 Ba/Er

Wien, 7. März 2005

An das
Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen

per E-Mail

Radetzkystraße 2
1031 Wien

Betr.: Qualitätssicherungs-Verordnung 2005
– QS-VO 2005

Bezug: Ihr E-Mail vom 19. Jänner 2005
GZ: BMGF-92149/0001-I/B/7/2005

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt zum vorliegenden Verordnungsentwurf wie folgt Stellung:

Grundsätzliches

Vorab begrüßt der Hauptverband das Vorhaben, die Qualität der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung gesetzlich zu regeln. Die Prinzipien der Patientenorientierung, Patientensicherheit und Transparenz durch eine umfassende und moderne medizinische Qualitätssicherung zu gewährleisten wird von uns ausdrücklich unterstützt.

Die Verpflichtung der Ärzte zur bestmöglichen Patientenversorgung nach § 49 Ärztegesetz 1998 durch eine Qualitätssicherungs-Verordnung näher zu definieren, ist durchaus eine Möglichkeit die Servicequalität der Behandlung der Kranken und die Betreuung der Gesunden zu verbessern.

Im Sinne der Verantwortung den Patienten gegenüber müssen wir aber auf Folgendes hinweisen:

Die Verordnung weist in ihrer Struktur die selben Mängel auf, auf die von uns bereits im Stellungnahmeverfahren zu den Vorschlägen der Bundeskurien gemäß § 343 Abs. 5 ASVG mehrfach hingewiesen wurden.

Da sich die Mängel – die im Sinne des Zieles, die Qualität der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung nachhaltig zu gewährleisten, teilweise gravierend sind – dem Grunde nach durch die gesamte Verordnung ziehen, wird vorerst nur auf die wesentlichsten Punkte eingegangen, die in der Verordnung nicht oder nur unzureichend geregelt sind.

Aufgrund der Verordnung kann eine moderne und dem neusten Stand der Literatur entsprechende Qualitätssicherung nicht durchgeführt und gewährleistet werden. Die Verordnung ist daher grundsätzlich zu überarbeiten. Alles andere ist unzulänglich und gegenüber den Patienten nicht zu verantworten.

Die Verordnung beschränkt sich ausschließlich auf die Struktur- und Prozessqualität (vgl. § 5 Abs. 2).

Damit wird zwar § 118a Abs. 2 Z 1 - „Ausarbeitung von fachspezifischen Qualitätskriterien einschließlich Kriterien für die Struktur- und Prozessqualität ...“ - genüge getan, aber übersehen, dass die Formulierung „**einschließlich**“ ein Mindestanfordernis, aber keine Begrenzung vorgibt.

Auch hat nach § 49 Abs. 2a und nach § 118 Abs. 2 Z 19 Ärztegesetz eine **umfassende** Qualitätssicherung zu erfolgen; dies leitet sich auch aus § 49 Abs. 2a Ärztegesetz ab. Diesem Auftrag wird die Verordnung nicht gerecht.

Anspruch an die Verordnung wäre es, Qualität **umfassend** und modern zu beschreiben.

Moderne Qualitätssysteme stellen den „Kunden“ und die „Prozesse“ als die wesentlichen treibenden Kräfte von systematischen und erfolgreichen Qualitätsbemühungen ganz explizit in den Vordergrund. Ein kundenorientiertes Qualitätsdenken ist seit den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts das wesentliche Charakteristikum von Qualitätsmanagementsystemen.

Eine umfassende medizinische Qualitätssicherung hat daher grundsätzlich folgende Bereiche zu umfassen, die bereits im Gesundheitsqualitätsgesetz - GQG - (Begriffsbestimmungen in § 2) genannt sind:

- **Strukturqualität**
- **Prozessqualität**
- **Ergebnisqualität**

Darüber hinaus definiert moderne Qualitätssicherung noch

- **Servicequalität** (umfasst alle Maßnahmen im organisatorischen Umfeld, wie z. B. Wartezeit auf einen Termin beim Arzt, Wartezeit in der Ordination, telefonische Erreichbarkeit).

Der Bereich der **Ergebnisqualität** wird in der Verordnung, wie bereits ausgeführt wurde, **überhaupt nicht behandelt**. Die Servicequalität wird teilweise als Strukturqualität verstanden (siehe z. B. Erreichbarkeit in der Ordination, Regelung in § 6 Z 1).

Es werden keine Qualitätskriterien bzw. keine Messgrößen festgelegt

Gemäß § 118a Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit § 118c Abs. 1 Ärztegesetz wären in der Verordnung **fachspezifische Qualitätskriterien festzulegen, die zu evaluieren sind.**

Qualitätsstandards müssten sich jedenfalls aus den rechtlichen Rahmenbedingungen (Gesetze, Verordnungen sowie Beschlüssen, Vorschriften, Maßnahmen der ÖÄK, etc.) ableiten lassen.

Für Vertragsärzte sind darüber hinaus jedenfalls auch einschlägige Regelungen in den Gesamtverträgen maßgeblich.

Um eine Weiterentwicklung der Qualität zu gewährleisten, sollten sich die Qualitätskriterien nicht nur nach bestehenden Maßstäben richten, sondern auch zukunftsweisende Entwicklungen und Visionen berücksichtigen.

Im gegenständlichen Zusammenhang ist es auch wesentlich, die Qualitätsstandards als Messgrößen festzulegen. Die Formulierung der Fragen wäre so zu wählen, dass eine Evaluierung möglich ist

Die obigen Ausführungen sind zwar teilweise in § 2 der Verordnung genannt, werden allerdings in der Folge in der Verordnung nicht umgesetzt. In § 5 Abs. 2 wird

angeführt, dass die in der Verordnung angeführten Kriterien als Qualitätsindikatoren geeignet sind. Entsprechend der Begriffsbestimmungen in § 4 Z 6 sind Qualitätsindikatoren Messgrößen für die Feststellung, ob einem vorgegebenen Standard entsprochen wird. Auch § 4 Z 7 spricht von definierten Qualitätsstandards. Im gegenständlichen Zusammenhang ist es wesentlich, die Qualitätsstandards als Messgrößen in der Verordnung selbst festzulegen.

Der Arzt müsste angeben, ob er die Qualitätsindikatoren (den Qualitätsstandard) erfüllt. Sind diese als Wert definiert, ist auch jener Wert, der vom Arzt erfüllt wird, genau anzugeben (Über- bzw. Unterfüllung).

Die Erfüllung der Messgröße ist nachzuweisen (durch entsprechende Dokumentation).

Die Verordnung erfüllt die genannten Anforderungen keinesfalls!

Beispielsweise finden sich folgende Punkte, hinsichtlich derer eine Evaluierung unmöglich ist.

- § 6 Z 1 - *„Die Patientenversorgung wird gewährleistet, da die Ordination grundsätzlich während der deklarierten Zeit geöffnet ist.“*
- § 6 Z 1 - *„Bei Notwendigkeit führt der Arzt Hausbesuche durch. Kriterien, ob und wann der Arzt Hausbesuche durchführt, sind der Telefonvermittlung der Ordination bekannt.“*
- § 6 Z 3 - *„Die Ordination verfügt über Räumlichkeiten, die in Größe und Anzahl der Einzelräume sowie in der Ausstattung (vgl. § 7 Ausstattungsliste) den medizinischen und administrativen Anforderungen entsprechend dem angebotenen Leistungsspektrum gerecht werden.“*
- § 6 Z 10 - *„Der Arzt ist über Veränderungen und Fortschritte in Diagnostik und Therapie seines Fachgebietes nach dem modernen Stand der Medizin informiert. Er bildet sich entsprechendem dem Ärztegesetz fort.“*
- § 6 Z 10 - *„Alle Mitarbeiter, bei denen es medizinisch/fachlich geboten ist, verfügen über eine entsprechende spezifische Ausbildung.“*
- § 10 Z 5 - *„Die apparative Ausstattung der Ordination entspricht innerhalb des angebotenen Leistungsspektrums dem Grundstandard der Kurie.“*

Es werden keine fachspezifischen Qualitätsstandards festgelegt.

Entgegen dem Gesetzesauftrag (vgl. §§ 49 Abs. 1, 56 Abs. 1 sowie 118a Abs. 2 Z 1, Z 2 und 118c Abs. 1 Ärztegesetz) wurden keine **fachspezifischen** Qualitätsstandards festgelegt.

Unserer Ansicht nach ist – neben dem Gesetzesauftrag – schon aus sachlichen Gründen auf die durch die verschiedenen Fachgruppen notwendiger Weise bestehenden Unterschiede bei der Festlegung von Qualitätsstandards Bedacht zu nehmen, wie z. B. bei

- Ordinationsausstattung
- Geräteausstattung
- Arzt und Mitarbeiter Aus- Fort- und Weiterbildung

Zum Teil sind in der Verordnung Punkte enthalten, die nicht einmal gesetzlich vorgesehenen Mindestbestimmungen genügen würden.

Gemäß §§ 49 Abs. 2a und 118 Abs. 2 Z 19 Ärztegesetz hat eine **umfassende** Qualitätssicherung zu erfolgen. Diesem Auftrag wird die Verordnung nicht gerecht.

Als Beispiele seien Vorschriften des Ärztegesetzes über zu führende ärztliche Aufzeichnungen bzw. Bestimmungen des Datenschutzgesetzes erwähnt. Auch gibt es weit genauere und strengere Vorschriften über Handhabung/Umgang mit gefährlichen Stoffen und Abfallverbleibsaufzeichnungen im Abfallwirtschaftsgesetz.

Weiters würde es der Einhaltung der bestehenden Vorschriften entsprechen, wenn auch die Bestimmungen der Heilmittelbewilligungs- und Kontrollverordnung, insbesondere die Regelungen über die Kommunikation zwischen den Verordnern und den chef- und kontrollärztlichen Diensten in die Verordnung aufgenommen würden.

Gemäß § 195 Abs. 6f Ärztegesetz ist die aufsichtsbehördliche Genehmigung der Verordnung zu erteilen, wenn die Verordnung dem Ärztegesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes bzw. Zahnarztes entspricht. Unter der Einhaltung der bestehenden Vorschriften im Sinne des § 49 Abs. 1 sind alle einschlägigen Vorschriften des Bundes und der Länder zu verstehen. Aus diesem Gesichtspunkt könnte die Verordnung in der vorliegenden Textierung nicht aufsichtsbehördlich genehmigt werden.

Die ärztliche Fortbildung ist marginal berücksichtigte und hinsichtlich eines Qualitätsindikators völlig unzureichend definiert.

Die Formulierung in § 6 Z 10 „Der Arzt ist über Veränderungen und Fortschritte in Diagnostik und Therapie seines Fachgebietes nach dem modernen Stand der Medizin informiert. Er bildet sich entsprechendem dem Ärztegesetz fort“ enthält keine Qualitätsindikatoren und lässt keine Evaluierung zu.

§§ 49 Abs. 1 sowie 118 Abs. 2 Z 3 und Z 17 Ärztegesetz wären daher in brauchbare Qualitätsindikatoren (jedenfalls müsste die Beschlüsse, Vorschriften, Maßnahmen etc. der ÖÄK gemäß § 118 Ärztegesetz gelten) zu kleiden.

Gemäß § 195 Abs. 6f Ärztegesetz ist die aufsichtsbehördliche Genehmigung der Verordnung zu erteilen, wenn die Verordnung dem Ärztegesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes bzw. Zahnarztes entspricht. In § 49 Abs. 1 sind die Fortbildungsverpflichtungen näher determiniert. Aus diesem Gesichtspunkt könnte die Verordnung in der vorliegenden Textierung nicht aufsichtsbehördlich genehmigt werden.

Daneben sollten auch moderne Qualitätssicherungsinstrumente, die auch der Fortbildung dienen (Teilnahme an Peer Groups, Qualitätszirkel etc.), berücksichtigt werden.

Eine seriöse Begutachtung ist schon deshalb nicht möglich, da die mehrfach im Verordnungsentwurf angeführten Anhänge (vgl. z. B. § 5 Abs. 3, § 6 Z 5, § 7 etc....) nicht vorliegen.

Wenn, wie ausgeführt, die in § 7 genannten Ausstattungslisten einen integrierten, verbindlichen Bestandteil der Verordnung bilden (vgl. § 5 Abs. 3 – verweist unrichtig auf § 8), sind diese auch dem Stellungnahmeverfahren zuzuführen.

Wie in den §§ 5 Abs. 2 und 9 Abs. 2 ausgeführt, beinhaltet die Verordnung lediglich Kriterien, die die Grundlage für die Erstellung von fachspezifischen Evaluierungsbögen bilden. **Auch diese Bögen liegen nicht vor.**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass auf Grundlage der vorliegenden Qualitätssicherungsverordnung eine sinnvolle Evaluierung der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Servicequalität nicht vorgenommen werden kann. Zur Ergebnisqualität fehlen jegliche Kriterien.

Anmerkungen im Einzelnen

Zu § 2 - Ziel und Gegenstand der Verordnung

In § 2 Abs. 1 (gleiches gilt für § 3 Abs. 1) werden die Gruppenpraxen explizit genannt, obwohl dies auf Grund der Formulierung von § 1 Abs. 2 und 3 nicht mehr nötig wäre.

Abs. 2 Z 2 sieht vor, dass neben der Festlegung der zu evaluierenden Kriterien auch die Messgrößen genau zu definieren sind. Festlegung von „*Kriterien*“ allein ist zu wenig (vor allem in der Form, wie es durch die Verordnung geschieht). Siehe auch weiter oben.

Zu § 3 Anwendungsbereich

Die in Abs. 2 Z 2 vorgesehene Bekanntgabe der Ergebnisse der Evaluierung sowie die Information über Kontrollen nach Mängelbehebungsaufträgen (vgl. § 24 - Disziplinaranzeige) an die gesetzlichen Krankenversicherungsträger **aufgrund deren Anfrage** ist zumindest für den Vertragsarztbereich unzureichend. Hier sollte eine dahingehende Ergänzung vorgesehen werden, dass die Versicherungsträger **zumindest über das Vorliegen von Mängel unverzüglich informiert werden.**

Überhaupt fällt auf, dass die Verordnung nur Gesetzespassagen aus den §§ 118a ff. Ärztegesetz übernommen hat und weiterreichendere gesetzliche Konsequenzen (auch im vertragspartnerschaftlichen Sinn) außer Acht lässt: In § 49 Abs. 2b Ärztegesetz ist klar geregelt: *„Ergibt die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit oder unterbleibt aus Gründen, die der Arzt oder die Gruppenpraxis zu vertreten hat, die Evaluierung gemäß Abs. 2a, so stellt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung einen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG dar. Gleiches gilt auch im Falle des Unterbleibens einer ersten Evaluierung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2008.“* **In diesen Zusammenhängen hätte die Verordnung jedenfalls die Regelung zu treffen, dass der Krankenversicherungsträger unverzüglich zu informieren ist.**

Im Zusammenhang mit § 49 Abs. 2b Ärztegesetz sind auch Mindeststandards zu definieren, deren Nichterfüllung jedenfalls zur Kündigung führen. In diesem Zusammenhang sind für die medizinische Qualität und den Schutz des Patienten unerlässliche Qualitätserfordernisse angesprochen. Als Beispiele können die Nichterfüllung

der Fortbildungsverpflichtung, gravierende Verletzungen der Verpflichtung zum vertraulichen Umgang mit sensiblen personenbezogenen Daten sowie die Verletzung der gesetzlichen Bestimmungen, dass für bestimmte Leistungsbereiche nur Mitarbeiter mit entsprechender Ausbildung eingesetzt werden dürfen, angeführt werden.

Als konkretes Beispiel sei § 8 Z 1 genannt: Ohne dass die behandlungsrelevanten Patientendaten mit Gefahren- und Komplikationspotential den mit der Behandlungsdurchführung befassten Mitarbeitern bekannt sind, ist ein vertretbarer Behandlungsablauf wohl schlicht unmöglich und stellt eine Gefährdung dar, die gemäß § 49 Abs. 2b Ärztegesetz einen Kündigungsgrund darstellt.

Zu § 4 - Begriffsbestimmungen

Grundsätzlich anzumerken ist, dass die Definition des Begriffes Qualität im Hinblick darauf, dass es sich bei dieser Verordnung um eine Ausführungsbestimmung handelt, unbestimmt erscheint. Aus der Verordnung geht nicht hervor, welche die festgelegten und vorausgesagten Erfordernisse zur Erfüllung der Qualität sind. Die Begriffsbestimmung enthält somit selbst undefinierte Begriffe. Allgemein fehlen hier auch Erläuterungen zur Ergebnis- und Servicequalität, sowie zur Mängelbehebung bzw. zum Mängelbehebungsauftrag. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf das Gesundheitsqualitätsgesetz - GQG, in dem die Definitionen wesentlich konkreter und greifbarer erscheinen. Es macht auch wenig Sinn, bereits gesetzlich geregelte Definitionen in einer Verordnung abweichend zu formulieren.

Z 9 - Selbstevaluierung

„Erhebung vorgeschriebener Kriterien für Struktur- und Prozessqualität anhand standardisierte Fragebogen durch Ärzte bzw. Zahnärzte“. Die Formulierung ist anzupassen: *„....durch den Arzt bzw. Zahnarzt **selbst bzw. in dessen Auftrag in seiner Verantwortung.**“*

Z 12 - Qualitätssicherungsbeauftragter

Der *„Qualitätssicherungsbeauftragte“* (*„Verifikator“*) wird als Arzt oder Zahnarzt mit einer Ausbildung definiert, die von der Österreichischen Ärztekammer anerkannt ist, der von der Ärztekammer des jeweiligen Bundeslandes normiert und von der ÖQMed bestätigt wird. Kritisch anzumerken ist, dass durch diese Kriterien keine Unabhängigkeit

des Gutachters zur Ärztekammer (als Interessenvertretung der zu überprüfenden Ärzte) besteht bzw. gegeben ist.

Zu § 5 - Allgemeines

Siehe dazu unsere Ausführungen unter „Grundsätzliches“. Anzumerken ist auch, dass in Abs. 3 fälschlicherweise auf § 8 anstatt auf § 7 (Ausstattungslisten) verwiesen wird.

Zu § 6 - Kriterien für Strukturqualität

Z 1 – Patientenversorgung – Erreichbarkeit

Die Formulierung der Qualitätskriterien zur Patientenversorgung bzw. Erreichbarkeit sind äußerst schwammig und unpräzise formuliert. Die Passage zur Vertretung im Falle von Urlaub/anderweitiger Verhinderung ist eine Verpflichtung aus dem Kaservertrag. Entsprechend sind die dortigen Regelungen als Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen. Gleiches gilt natürlich bei Vertragsärzten hinsichtlich der Ordinationsöffnungszeiten, die im Einzelvertrag festgelegt sind. Zur Gewährleistung eines Mindestmaßes an Strukturqualität sollten aber auch die Wahlärzte ihre Öffnungszeiten verpflichtend angeben. Die Fügung „*während der deklarierten Zeiten*“ ist unpräzise. Wie erlangt der Patient Kenntnis über die Öffnungszeiten, wenn keine Zeiten „deklariert“ sind?

Im zweiten Absatz wird normiert, dass während der Öffnungszeiten neben dem Arzt mindestens ein Mitarbeiter anwesend und für die Patienten erreichbar sein muss. Hier sollte vor dem Wort Mitarbeiter jedenfalls noch das Wort „**qualifiziert**“ eingefügt werden, da sonst auch beispielsweise Reinigungspersonal von der Formulierung umfasst sein könnte.

Die Formulierung „*Patienten mit akuten Beschwerden erhalten kurzfristig einen Termin in der Ordination oder werden an eine Vertretung oder einen Ärztenotdienst verwiesen*“ erscheint aus unserer Sicht für eine Evaluierung von Qualitätsindikatoren völlig ungeeignet. Darüber hinaus sollte auch eine Verweisung an eine geeignete Krankenanstalt berücksichtigt werden. Es fehlt auch eine Regelung, die zwischen Zeiten innerhalb bzw. außerhalb der Ordinationszeiten unterscheidet. Ebenso verhält es sich mit der Formulierung „*Bei Notwendigkeit führt der Arzt Hausbesuche durch. Kriterien, ob und wann der Arzt Hausbesuche durchführt, sind der Telefonvermittlung*“.

in der Ordination bekannt.“ (wann dann, wenn nicht bei Notwendigkeit?). Solche Formulierungen stellen in keinsten Weise eine taugliche Grundlage für eine seriöse Evaluierung dar.

Völlig ungeeignet für eine Qualitätsevaluierung ist aus unserer Sicht auch der Passus *„Über eventuelle Barrieren kann sich der Patient schon vor dem Besuch der Ordination von zu Hause aus informieren“*. Ziel der Qualitätssicherungsverordnung soll ja sein, dass eine Behandlung ohne Unterschied der Person möglich ist. **Ziel und ein Kriterium dafür muss sein, dass die Ordination barrierefrei zu erreichen ist** (Qualitätsindikatoren sind aus den einschlägigen ÖNORMEN abzuleiten) und nicht, dass sich der Patient über eventuelle Barrieren informieren kann. Fraglich dazu ist auch, wie diese Information möglich ist.

Z 2 – Patientenversorgung - Notfallvorsorge

Welche Vorkehrungen für Notfälle muss es geben? In welcher Form muss es Dokumentationen über die regelmäßigen Besprechungen mit den Mitarbeitern geben? Offen bleibt auch die Art bzw. Definition der Notfälle und der Inhalt der Besprechungen.

Z 3 - Ordinationsräumlichkeiten

Jene Räumlichkeiten, *„die in Größe und Anzahl der Einzelräume sowie in den medizinischen und administrativen Anforderungen entsprechend [was ist dabei mit entsprechend gemeint?] dem angebotenen Leistungsspektrum gerecht werden“* [Welche Räumlichkeiten werden welchem Leistungsspektrum gerecht?] sind nicht definiert.

Die Ausstattungsliste gemäß § 7 liegt nicht vor. Eine ausreichende Beurteilung ist daher nicht möglich.

Es wird zwar die vertrauliche Kommunikation genannt; der Schutz der Privatsphäre (z. B. Entkleiden vor Untersuchung) wird aber ausgespart. Darüber hinaus fehlt die konkrete Messgröße, an der die vertrauliche Kommunikation gemessen wird und ein Verweis, der die Einhaltung des Datenschutzgesetzes vorsieht.

Z 4 - Hygiene

Hier fehlt der Verweis auf die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, die als Messgrößen dienen. Abgesehen von der prinzipiellen Zweckmäßigkeit, wäre es

hier v. a. im Hinblick auf das Legalitätsprinzip dringend geboten, Grundanforderungen für Hygiene und Sauberkeit im Wege einer Konkretisierung von § 56 Abs. 1 Z 1 Ärztegesetz festzulegen. Auch der Inhalt der Durchführungsanweisungen ist näher zu definieren.

Z 5 – Medizinisch-Technische Ausstattung – allgemein

Da wie bereits eingangs erwähnt die Anhänge nicht zur Begutachtung vorliegen, können keine Aussagen über die ausreichende Regelung der Verordnung getroffen werden.

Z 6 - Notfallausstattung

Es fehlen hier die Definition der erforderlichen Notfallausstattung (ev. fachspezifisch) und Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter zur Anwendung dieser Ausstattung.

Z 7 – Arzneimittelverfügbarkeit und -qualität

Hier fehlen (Terminus „*vorschriftsmäßig*“) die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen als Qualitätsindikatoren. Die Verantwortlichkeit (Bestehen von Durchführungsvereinbarungen, Protokolle, Arzneibuch usw.) ist nicht geregelt. Die Bestellungen sind ausreichend zu dokumentieren. Besondere Bestimmungen zum Suchtgiftgesetz sind zu beachten und zu berücksichtigen.

Z 8 - Ordinationsbedarf

Wie ist die Bestellung intern geregelt? Durch wen wird der Ablauf kontrolliert? Genauere Regelungen zum beauftragten Mitarbeiter, Durchführungsvereinbarungen, Bestellbuch usw. sind zu definieren.

Z 9 – Apparative Ausstattung

Nicht evaluierungstauglich ist die Formulierung „*die Verlässlichkeit der Ergebnisse von eigenen Laboruntersuchungen wird im Rahmen von Ringversuchen **oder durch andere Vergleiche** überprüft*“. Der Zusatz „*oder durch andere Vergleiche*“ ist zu wenig bestimmt. Zu Ringversuchen gibt es in der Praxis keine brauchbaren Vergleiche. Es wird daher vorgeschlagen folgende Formulierung zu berücksichtigen: „*Die Verlässlichkeit der Ergebnisse von eigenen Laboruntersuchungen wird im Rahmen von internen und externen Qualitätskontrollen (Ringversuche) nachweislich überprüft.*“

Aus unserer Sicht müsste auch der nächste Satz dieser Ziffer lauten „Geräte für physikalische Messgrößen sind geeicht“ und nicht „nach Möglichkeit“. Eine entsprechende Eichung der Geräte für physikalische Messgrößen ist unabdingbar, um eine entsprechende Strukturqualität sicherzustellen.

Z 10 – Standard für die fachliche Qualifikation

Die Formulierung in § 6 Z 10 „Der Arzt ist über Veränderungen und Fortschritte in Diagnostik und Therapie seines Fachgebietes nach dem modernen Stand der Medizin informiert. Er bildet sich entsprechendem dem Ärztegesetz [Anmerkung: Dieses enthält keine Messgrößen] fort.“ enthält keine Qualitätsindikatoren und lässt keine Evaluierung zu. Information über den modernen Stand der Medizin ist zu wenig. Der Arzt hat danach zu handeln.

§§ 49 Abs. 1 sowie 118 Abs. 2 Z 3 und Z 17 Ärztegesetz wären daher in brauchbare Qualitätsindikatoren (jedenfalls müsste Gesetze, Verordnungen sowie die Beschlüsse, Vorschriften, Maßnahmen etc. der ÖÄK gemäß § 118 Ärztegesetz gelten) zu kleiden.

Gemäß § 195 Abs. 6f Ärztegesetz ist die aufsichtsbehördliche Genehmigung der Verordnung zu erteilen, wenn die Verordnung dem Ärztegesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes bzw. Zahnarztes entspricht. Im § 49 Abs. 1 sind die Fortbildungsverpflichtungen näher determiniert. Aus diesem Gesichtspunkt könnte die Verordnung in der vorliegenden Textierung nicht aufsichtsbehördlich genehmigt werden.

Daneben sollten auch moderne Qualitätssicherungsinstrumente, die auch der Fortbildung dienen (Teilnahme an Peer Groups, Qualitätszirkel etc.), berücksichtigt werden.

„Alle Mitarbeiter, bei denen es medizinisch/fachlich geboten ist, verfügen über eine entsprechende Ausbildung“. Dieses Kriterium ist inhaltsleer, wenn nicht für die einzelne Fachgruppe eine **verpflichtende** spezifische Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Mitarbeiter von vornherein als Qualitätsstandard festgelegt wird.

Die Information über die Verschwiegenheitspflicht ist zu wenig. Die Mitarbeiter sind zur **Verschwiegenheit verpflichtet**.

Zu § 7 - Ausstattungslisten

Da, wie bereits erwähnt, die Ausstattungslisten nicht vorliegen, kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob ausreichende Qualitätsstandards berücksichtigt sind. Gemäß § 5 Abs. 3 (verweist unrichtig auf § 8) ist die Ausstattungsliste integrierender Bestandteil der Verordnung und somit dem Genehmigungsverfahren zu unterziehen.

Wenn die Ausstattungslisten nicht der Verordnung angeschlossen sind, so ist in der Verordnung zumindest das Veröffentlichungsorgan dezidiert anzuführen.

In Abs. 2 wird normiert, dass bei der Evaluierung die Funktion der Ordination bekannt zu geben ist. Unklar bleibt hier, was unter „Funktion“ einer Ordination zu verstehen ist.

§ 8 - Kriterien für Prozessqualität für niedergelassene Ärzte

Wie bereits im Zusammenhang mit der Strukturqualität (§ 6) ausgeführt, stellt sich die Frage, wie die Standards überprüft werden, wenn nicht dezidierte Messgrößen genannt werden. Grundsätzlich sollte auch eine ausreichende Dokumentation der Prozesse (z. B. Z 3 - Patientenkommunikation und -aufklärung) vorgeschrieben werden.

Z 1 – Patientenhistorie und Dokumentation

Es sollte klar gestellt werden, dass die systematische und nachvollziehbare Dokumentation auch die Rechnungslegung gegenüber dem Patienten bzw. gegenüber dem Versicherungsträger umfasst, weil die Abgeltung der erbrachten Leistung wesentliches Element des Behandlungsvertrages bzw. des Vertragsverhältnisse mit dem Versicherungsträger ist, und somit ein wichtiges Qualitätsmerkmal im Sinne des Prinzips der Patientenorientierung gemäß § 2 der Verordnung darstellt. Für den Arzt ist eine klare Aufschlüsselung der erbrachten Leistungen einerseits als Unternehmer und moderner Dienstleister und andererseits als treuhändischer Verwalter notwendig.

Wie werden die Daten vor dem Zugriff durch Fremde geschützt? Wie werden Verantwortlichkeit und Sicherung gewährleistet?

Ohne dass die behandlungsrelevanten Patientendaten mit Gefahren- und Komplikationspotential den mit der Behandlungsdurchführung befassten Mitarbeitern

bekannt sind, ist ein vertretbarer Behandlungsablauf wohl schlicht unmöglich und stellt eine Gefährdung dar, die gemäß § 49 Abs. 2b Ärztegesetz einen Kündigungsgrund darstellt.

Z 2 – Befundverwaltung und Befundweiterleitung

Hier wird normiert, dass Befunde schnell und sicher unter Wahrung der Schweigepflicht weitergeleitet werden. Notwendig erscheint eine Präzisierung, dass hier die **ärztliche** Schweigepflicht gemeint ist, bzw. ist zumindest ein Hinweis auf das Datenschutzgesetz aufzunehmen. Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Mindestanforderungen an eine systematische Befundverwaltung gestellt werden und was konkret unter schneller und sicherer Weiterleitung verstanden wird.

Z 3 – Patientenkommunikation und Patientenaufklärung

Der Patient sollte nicht nur über die (potentiellen) Risiken sondern jedenfalls auch über die Behandlung an sich aufgeklärt werden.

Im zweiten Satz sollte festgelegt werden, dass der Arzt über in Frage kommende Behandlungsalternativen „*in verständlicher Art und Weise*“ zu informieren hat. Darüber hinaus erscheint hier die Verpflichtung notwendig, dass er „*nachweislich*“ zu informieren hat, sowie die Konkretisierung, dass auch auf Behandlungsalternativen, welche von anderen Ärzten angeboten werden, hinzuweisen ist. Damit im Zusammenhang stehend, ist der Patient **nachweislich** über den genauen Umfang der Kassenleistung und die Kosten einer Privatleistung (anstelle einer Kassenleistung) zu informieren.

Z 4 – Ärztliche Behandlung

Die Verwendung von zeitgemäßen wissenschaftlichen Kenntnissen in der täglichen Praxis ist durch Referenzierung auf die Verwendung von Leitlinien und „*state of the art*“ - Vorschlägen unter Berücksichtigung von Messgrößen (was gilt als Leitlinie, was ist „*state of the art*“) in der Verordnung deutlich zu berücksichtigen, um damit die Verbindlichkeit stärker zum Ausdruck zu bringen.

Die geforderte Zusammenarbeit mit (anderen) Ärzten und anderen Gesundheitseinrichtungen wäre näher zu definieren.

Die Strukturqualität der Ordinationsausstattung kann nicht dadurch erhoben werden, dass der Arzt „**bemüht**“ ist, unter den gegebenen baulichen Verhältnissen auch in der Bewegung eingeschränkten Personen den Zugang zur Ordination zu ermöglichen. Aus unserer Sicht wäre hier nur folgende Formulierung denkbar: „*Unter den gegebenen baulichen Verhältnissen wird auch bewegungseingeschränkten Personen der Zugang zur Ordination ermöglicht*“.

Ziel der Qualitätssicherungsverordnung sollte jedenfalls sein, dass eine Behandlung ohne Unterschied der Person möglich ist. **Ein Kriterium dafür muss sein, dass die Ordination barrierefrei zu erreichen ist** (Qualitätsindikatoren sind aus den einschlägigen ÖNORMEN abzuleiten).

Z 5 – Interne Kommunikation

Gerade der wesentlichste Punkt der „*internen Kommunikation*“, nämlich die Unterweisung bzw. Schulung **neuer** Mitarbeiter, fehlt hier ebenso zur Gänze wie eine generell für (Ein)Schulungen zu erstellende Arbeitsanleitung („SOP´s“).

Z 6 – Internes Fehlermanagement/ Patientensicherheit

Was ist ein „*Beinahefehler*“? (Fehler ohne Konsequenz für den Patienten?). Die Ursachenfindung sollte nicht nur angestrebt werden sondern **verpflichtend** sein.

Z 7 – Beschwerdemanagement

Mit der Verordnung wird normiert, dass eine Vorgehensweise für den Umgang mit Beschwerden von Patienten, Ärztekollegen oder externen Schnittstellen „*etabliert*“ ist. Unklar ist, was mit „*etabliert*“ genau gemeint ist. Das Anstreben von Ursachenfindung ist zu wenig. Vielmehr sollte die Ursachenfindung verpflichtend sein. Die Information zur Patientenschiedsstelle und Patientenanwaltschaft sollte im Vorgang nicht gegebenfalls sondern **jedenfalls** beinhaltet sein.

Zu § 10 - Kriterien für die Strukturqualität für Zahnärzte

Die **Mindeststandards** für niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte - soweit nicht auf Grund der Art der Tätigkeit eine Unterscheidung gerechtfertigt ist - sollten **in gleicher Weise gelten** und daher **gleichlautend formuliert** sein. **Eine Unterscheidung ist grundsätzlich nicht nachvollziehbar**. Zu den einzelnen Punkten gelten daher auch die bereits gemachten Ausführungen zu § 6.

Z 1 – Patientenversorgung - Erreichbarkeit

Grundsätzlich wird auf die Ausführungen zu § 6 Z 1 verwiesen; allerdings ist bei den Zahnärzten das Kriterium „*Patienten mit akuten Schmerzen erhalten kurzfristig einen Termin in der Ordination*“ sinnvoller, wenn auch für eine Evaluierung nicht tauglich formuliert.

Z 2 – Patientenversorgung - Notfallvorsorge

Wie bereits unter § 6 Z 2 für die niedergelassenen Ärzte ausgeführt, sollten auch hier Vorkehrungen für Notfälle verpflichtend festgelegt werden, die regelmäßig (dokumentiert) mit den Mitarbeitern besprochen werden müssen. Auch bleibt die Art der Notfälle und insbesondere die konkrete Vorbereitung darauf völlig im Dunkeln.

Z 3 - Ordinationsräumlichkeiten

Warum es bei den Zahnärzten bereits genügen soll, dass lediglich die „*Möglichkeit*“ der vertraulichen Kommunikation gewährleistet ist, ist nicht verständlich; ansonsten stellt sich wie schon bei § 6 Z 3 die Frage, **wodurch** eine vertrauliche Kommunikation gewährleistet sein soll.

Z 4 - Hygiene

Bei den niedergelassenen Ärzten ist von kontaminiertem und gefährlichem Material die Rede. Bei den Zahnärzten wird nur von Abfall gesprochen, so als käme kontaminiertes und gefährliches Material bei Zahnärzten nicht vor. Darüber hinaus wird auf die Ausführungen zu § 6 Z 4 verwiesen.

Z 5 – Medizinisch-Technische Ausstattung - allgemein

„*Die apparative Ausstattung entspricht innerhalb des angebotenen Leistungsspektrums dem Grundstandard der Kurie*“ Der Grundstandard der Kurie ist in keiner Weise definiert!

Z 6 - Notfallausstattung

„*Notfallausstattungen sind vorhanden*“. Die Definition der Notfallausstattung fehlt. Darüber hinaus sollte die Textierung von § 6 Z 6 übernommen werden.

Z 7 – Arzneimittelverfügbarkeit und -qualität

Wodurch wird die Einhaltung der Haltbarkeitsdaten sowie die vorschriftsmäßige Lagerung der Arzneimittel sichergestellt und die Verfügbarkeit durch zeitgerechte Nachbestellung gewährleistet?

Z 8 - Ordinationsbedarf

Wie wird die Bestellung von medizinischen Verbrauchsmaterial intern geregelt?

Z 10 – Apparative Ausstattung

Entsprechend § 6 Z 10 fehlt im ersten Satz die Wendung „.... nach dem modernen Stand der Medizin...“. Ansonst wird (auch für die Mitarbeiter) auf die Ausführungen zu § 6 Z 10 verwiesen.

Zu § 11 - Zahnärztliche Ordinationsausstattung

Die Ausstattungsliste ist unvollständig. Nicht einmal ein Amalgamabscheider ist berücksichtigt. Es fehlen auch Angaben zu Ausstattungen, die für die Hygiene unerlässlich sind.

Zu § 12 - Kriterien für Prozessqualität für Zahnärzte

Soweit Unterschiede zwischen Zahnärzten und niedergelassenen Ärzten fachlich nicht gerechtfertigt sind, sollten auch keine abweichenden Formulierungen der Kriterien für die Prozessqualität verwendet werden. So ist u. a. eine unterschiedliche Formulierung der Z 3, aber auch der anderen Bestimmungen nicht nachvollziehbar.

Zu § 13 - Evaluierungsverfahren

In Abs. 3 wird ausgeführt, dass die ÖQMed die Evaluierungsbögen „*binnen angemessener Frist*“ zu prüfen und auszuwerten hat. Fraglich ist hier, was unter dieser angemessener Frist zu verstehen ist. Sinnvoll wäre hier eine konkrete Fristangabe.

Zu § 14 - Stichprobenartig Ordinationsbesuche

Laut Abs. 2 entscheidet die ÖQMed über den Prozentsatz der Stichprobe. Sinnvoll wäre es aber, dass bereits im Verordnungstext ein bestimmter Prozentsatz für

die Stichproben festgelegt wird, oder zumindest eine Bandbreitenregelung, innerhalb derer der Prozentsatz festzulegen ist.

Der Satz im Abs. 3 *„Die Landesärztekammern werden darüber informiert, durch welchen Qualitätssicherungsbeauftragten welche Ordination besucht wird“* ist an dieser Stelle überflüssig, weil eine gleichartige Bestimmung auch in § 15 Abs. 3 vorgesehen ist.

Zu § 15 - Ordinationsbesuche

In Abs. 1 des Verordnungsentwurfes müsste die Zitierung des Ärztegesetzes lauten: *„... im Sinne des § 49 Abs. 2b Ärztegesetz 1998...“*

In § 15 Abs. 1 ist normiert, dass der Ordinationsbesuch sechs Wochen im vorhinein anzukündigen ist. Eine entsprechende Information ergeht darüber hinaus an die Landesärztekammer (§ 15 Abs. 3). Nicht nur, dass die sechswöchige Frist im Hinblick auf eine ernst zu nehmende Qualitätssicherung überzogen scheint, ist es jedenfalls sinnvoll, die Ordinationsbesuche unangekündigt durchzuführen, da dadurch ein objektiveres Ergebnis erzielt werden könnte. Dem Arzt würde durch diese Vorgangsweise die Möglichkeit entzogen, sich gezielt auf den Ordinationsbesuch vorzubereiten und noch rechtzeitig kurzfristige Änderungen des Ordinationsablaufes vorzunehmen bzw. seine Mitarbeiter speziell für die Überprüfung entsprechend anzuweisen.

Kommt aufgrund des Verhaltens des Arztes ein Ordinationsbesuch nicht zu Stande (Abs. 1 letzter Satz), so muss dies eine schwerwiegende Berufspflichtverletzung darstellen.

Zu § 17 – Kontrolle und Mängelbehebung

Abs. 1

Für die Mängelbehebung ist laut Verordnungsentwurf von der ÖQMed eine nach Mangel angemessene Frist festzulegen. Die Formulierung *„angemessene Frist“* ist ungenau. Es sollte zumindest ein Zeitrahmen, innerhalb dessen die Frist festgesetzt werden kann, definiert sein.

Abs. 3

Laut Verordnungsentwurf haben der Geschäftsführer der ÖQMed und der Vorsitzende des Evaluierungsbeirates im Einvernehmen festzulegen, ob eine Kontrolle der Mängelbehebung durch einen Ordinationsbesuch stattzufinden hat. Um sicherzustellen, dass festgestellte Mängel tatsächlich behoben werden, sollte jedenfalls verpflichtend ein solcher Ordinationsbesuch stattfinden, wenn die Mängelbehebung nicht auf andere Weise (z. B. Rechnungen, Fotos, etc.) belegt werden kann.

Abs. 6

Die Bekanntgabe der Ergebnisse der Evaluierung sowie die Information über Kontrollen nach Mängelhebungsaufträgen (vgl. § 24 - Disziplinaranzeige) an die gesetzlichen Krankenversicherungsträger **nach deren Anfrage** ist zumindest für den Vertragsarztbereich unzureichend und ist dahingehend abzuändern, dass bei Vorliegen eines Mangels **jedenfalls** der örtlich zuständige Krankenversicherungsträger unverzüglich zu informieren ist.

In § 49 Abs. 2b Ärztegesetz ist klar geregelt: *„Ergibt die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit oder unterbleibt aus Gründen, die der Arzt oder die Gruppenpraxis zu vertreten hat, die Evaluierung gemäß Abs. 2a, so stellt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung einen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG dar. Gleiches gilt auch im Falle des Unterbleibens einer ersten Evaluierung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2008.“* **In diesen Zusammenhängen hätte die Verordnung jedenfalls die Regelung zu treffen, dass der Krankenversicherungsträger unverzüglich zu informieren ist.**

Zu § 18 – QS - Zertifikat

Gemäß dem Verordnungsentwurf ist dem Arzt bzw. Zahnarzt nach ordnungsgemäß abgeschlossener Evaluierung ein QS-Zertifikat auszustellen und zu übermitteln. Hier erscheint es bedenklich, dass ein Zertifikat ausschließlich auf Grundlage einer Selbstevaluierung ausgestellt wird, wie dies immer dann der Fall wäre, wenn keine Überprüfung stattfindet. Ohne eine entsprechende Überprüfung ist nicht sichergestellt, ob die Angaben des Arztes, welche er im Rahmen der Selbstevaluierung macht, auch wirklich den Tatsachen entsprechen.

Zu § 19 – Weiterentwicklung der Verordnung

Die Evaluierungsergebnisse aus der Vergangenheit sollten jeweils in zukünftige Evaluierungen miteinbezogen werden. Ohne eine solche Maßnahme wäre eine Evaluierung der Ordination nur eine Momentaufnahme. Positive wie negative Entwicklungen könnten dann nicht beobachtet werden.

Zu § 21 - Datenübermittlung

Zu Abs. 2 letzter Satz: Die Datenübermittlung hat gegebenenfalls auch die Information über Kontrollen zu umfassen.

Zu § 24 - Disziplinaranzeige

Die Bestimmung, dass eine Disziplinaranzeige erst dann erstattet wird, wenn der Arzt nach dreimaliger Aufforderung Mängelbehebungsaufträge nicht erfüllt, ist im Hinblick auf den Schutz der Patienten und eine ernstzunehmende Qualitätssicherung abzulehnen. Im Hinblick auf § 17, der vorsieht, dass für die Mängelbehebung je nach Mangel eine angemessene Frist festzusetzen ist, ist es in keiner Weise abschätzbar, wie viel Zeit vergeht, bis tatsächlich eine Disziplinaranzeige erfolgt.

Vielmehr sollte hier eine Regelung entsprechend dem früheren § 343 Abs. 5 ASVG (idF der 58. ASVG-Novelle, BGBl. Nr. 99/2001)¹ gefunden werden. Wenn der Mangel nicht innerhalb einer angemessenen Zeit beseitigt wird, stellt dies eine schwerwiegende Berufspflichtverletzung dar.

Jedenfalls ist der Krankenversicherungsträger sofort zu informieren, wenn ein Vertragsarzt Mängelbehebungsaufträgen nicht entspricht.

¹ Abs. 5 idF der 58. ASVG-Novelle lautete: „(5) Die Tätigkeit der Vertragsärzte und der Vertragsgruppenpraxen ist ab dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses fünfjährlich einer Evaluierung nach fachspezifischen Qualitätsstandards zu unterziehen; die Qualitätsstandards sind durch die Österreichische Ärztekammer mit ihren Fachgruppen und der Kurie niedergelassener Ärzte bis längstens 1. Juli 2002 auszuarbeiten und nach Anhörung des Hauptverbandes dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zur Genehmigung vorzulegen. Ein Kündigungsgrund nach Abs. 4 liegt vor, wenn

1. die Evaluierung nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt wird oder
2. sich aus der Evaluierung ergibt, dass die Tätigkeit des Vertragsarztes oder der Vertragsgruppenpraxis nicht den Qualitätsstandards entspricht, sofern festgestellte Mängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt werden.

Die Ergebnisse der Evaluierung sind anonymisiert für die Qualitätsberichterstattung des Bundes zur Verfügung zu stellen.“

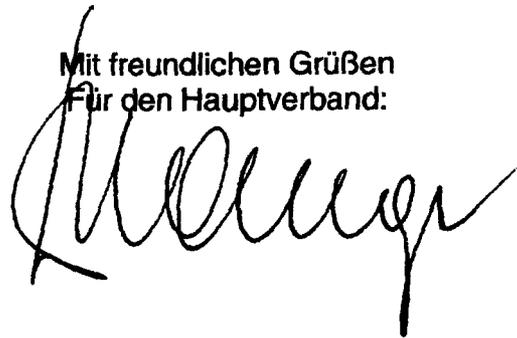
Abschließende Bemerkungen

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betont nochmals, dass es sehr begrüßt wird, dass ein modernes und umfassendes medizinisches Qualitätsmanagementsystem mittels Verordnung eingeführt werden soll.

Da der vorliegende Verordnungstext aus unserer Sicht aber gravierende Mängel aufweist, ist er, wie bereits ausgeführt, grundsätzlich zu überarbeiten.

Es ist dem Hauptverband durchaus bewusst, dass es alles andere als einfach ist, eine derartige Verordnung zu formulieren – wir stehen daher der Österreichischen Ärztekammer und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen bei der Überarbeitung der Verordnung gerne zur Verfügung. Es wird auch angeregt die ÖGAM in die Überarbeitung einzubinden.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:



**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / KI. 1202

TELEFAX 711 32 3775

Zl. ZS-R/P-43.00/05 Gm/Er

Wien, 17. August 2005

An das
**Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen**
Radetzkystraße 2
1030 Wien

per e-mail

An das
Präsidium des Nationalrats
und (25 Ausfertigungen in Papierform)

per e-mail

Betr.: Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz
1998 geändert wird (7. Ärztegesetz-Novelle)

Bezug: Ihr E-Mail vom 15. Juli 2005,
GZ: BMGF-92161/0004-I/B/6/2005

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

Zu Z 2 - § 1

Während in der alten Fassung des § 1 Z 2 die Formulierung lautete: „*Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt*“, spricht der vorliegende Entwurf lediglich von „*Turnusärzte*“ – nach unserer Auffassung wäre hier der bisherige Wortlaut eindeutiger.

Zu Z 57 - § 96a

Gemäß dem neuen § 96a hat die Satzung bzw. die Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds festzulegen, welche beitrags- und leistungsrelevanten Daten unverzüglich zu melden sind.

Dieser Norm ist jedoch nicht zu entnehmen, wer diese Daten zu melden hat bzw. an wen diese Daten zu melden sind.

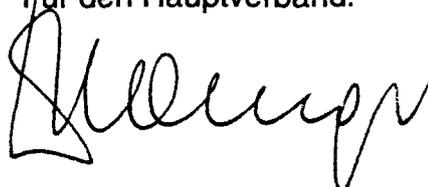
Der Kontext zu § 96 lässt zwar den Schluss zu, dass es sich dabei um Datenmeldungen von Personen gemäß § 96 Abs. 4 an die Ärztekammer handelt, eine diesbezügliche Klarstellung wäre jedoch sinnvoll.

Zu den Z 59 und 61 - §§ 98 Abs. 2 und 99 Abs. 1

In diesen beiden Punkten des Gesetzesentwurfes wird auf den „§ 108a Ärztegesetz 1998“ verwiesen.

Unklar ist, um welche Norm es sich dabei handelt, da sich der „§ 108a Ärztegesetz 1998“ weder in der derzeit im Rechtsinformationssystem (RIS) veröffentlichten Fassung des Ärztegesetzes 1998, noch in den Änderungen zum Ärztegesetz 1998 im Gesundheitsreformgesetz 2005, der 6. oder der 7. Ärztegesetz-Novelle enthalten ist.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:



Dr. Josef KANDLHOFER



**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / Ki. 1202

TELEFAX 711 32 3775

Zl. ZS-R/P-43.00/05 Gm/Er

Wien, 17. August 2005

An das
**Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen**
Radetzkystraße 2
1031 Wien

per e-mail

An das
Präsidium des Nationalrats
(und 25 Ausfertigungen in Papierform)

per e-mail

Betr.: Zahnärztereform-Begleitgesetz

Bezug: Ihr e-mail vom 15. Juli 2005,
GZ: BMGF-92161/0004-I/B/6/2005

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

Zu Art. 2 - § 3 Abs. 5 KAKuG

Da die Sozialversicherungsträger keinerlei Einflussmöglichkeit auf den eigenen Wirkungsbereichen der Ärzte- bzw. Zahnärztekammer haben, obwohl sie durch diese zum Teil in ihren Interessen betroffen sind, ist es sachlich nicht nachvollziehbar, weshalb die Bewilligung zur Errichtung eines Ambulatoriums seitens eines Krankenversicherungsträgers zunächst des Einvernehmens mit der jeweiligen Interessensvertretung der Ärzte bzw. Zahnärzte bedarf.

Aus diesem Grund wird angeregt, den entsprechenden Passus in § 3 Abs. 5 KAKuG gänzlich zu streichen.

Aus den oben angeführten Gründen wird weiters angeregt, die Novelle zum ASVG (Art. 6) zum Anlass zu nehmen, den § 339 ASVG ersatzlos zu streichen.

Zu den Art. 6 bis 9

Die Art. 6 bis 9 enthalten Änderungen, durch die die Bestimmungen im ASVG und in den Sondergesetzen entsprechend den im Zahnärztegesetz vorgegebenen Berufsbezeichnungen angepasst werden.

Dabei wurde hinsichtlich der neu eingefügten Begriffe jeweils die im Sinne des Gendergedankens korrekte Form der Nennung sowohl der männlichen als auch der weiblichen Form gewählt.

Diese Vorgangsweise führt jedoch zu einer sehr inhomogenen textlichen Gestaltung, welche auf Grund der Bestimmung über die sprachliche Gleichbehandlung im § 3a ASVG bzw. in den korrespondierenden Bestimmungen der Sonderversicherungsgesetze nicht notwendig ist.

Zu Art. 6 - § 343d ASVG

Der im Entwurf vorgesehene § 343d ASVG normiert, dass auf die Beziehung zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Angehörigen des zahnärztlichen Berufs nach dem Zahnärztegesetz die Bestimmungen des Abschnittes des ASVG über die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Ärzten mit der Maßgabe Anwendung finden, dass an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt.

Diese Regelung korrespondiert jedoch nicht mit der im Entwurf zum Zahnärztekammergesetz (ZÄKG) diesbezüglich vorgesehenen Bestimmungen.

In § 35 Abs. 1 ZÄKG wird den Landes Zahnärztekammern die Besorgung der Geschäfte der Österreichischen Zahnärztekammer von regionaler Bedeutung übertragen.

Darunter fallen eben gemäß § 35 Abs. 2 Z 2 und 3 ZÄKG u. a. der Beschluss über die Auflösung von Verträgen zu Trägern der Sozialversicherung sowie der Abschluss von Stellenplänen.

Daneben ist in § 114 Abs. 2 ZÄKG die Rechtsnachfolge hinsichtlich der mit Ablauf des 31. Dezember 2005 geltenden Verträge (Gesamtverträge), die von der Österreichischen Ärztekammer bzw. von den Ärztekammern in den Bundesländern für

den Bereich der zahnärztlichen Tätigkeiten und von der Österreichischen Dentistenkammer mit den Trägern der Sozialversicherung (Verbänden) abgeschlossen wurden, geregelt. Diese gehen ab 1. Jänner 2006 auf die Österreichische Zahnärztekammer bzw. die jeweilige Landes Zahnärztekammer über.

In diesem Zusammenhang ist nicht nachvollziehbar, dass ein Vertrag auf die Landes Zahnärztekammer übergehen soll, wenn diese für solche Verträge gemäß dem neuen § 343d ASVG nicht abschlussberechtigt ist.

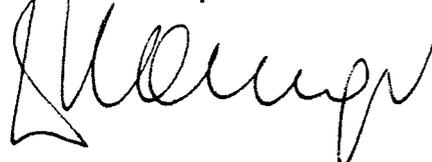
Zu Art. 6 - § 625 Abs. 2 ASVG

§ 625 Abs. 2 ASVG normiert, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes anhängige Verfahren nach den §§ 344 bis 346 ASVG, die Angehörige des zahnärztlichen Berufes und des Dentistenberufes (§ 351 ASVG) betreffen, nach der vor diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage abzuschließen sind.

Dies widerspricht jedoch dem im Entwurf eines neuen Zahnärztekammergesetzes (ZÄKG) vorgesehenen § 124 Abs. 4, wonach in mit Ablauf des 31. 12. 2005 anhängige Verfahren vor ordentlichen Gerichten oder Schiedsgerichten, in denen die Österreichische Dentistenkammer oder die Österreichische Ärztekammer bzw. die Ärztekammer eines Bundeslandes Partei oder Beteiligte ist (und die überwiegend zahnärztliche Belange betreffen), die Österreichische Zahnärztekammer bzw. die jeweilige Landes Zahnärztekammer mit 1. 1. 2006 in das Verfahren als Verfahrensbeteiligte eintritt.

Ergänzend wird angeregt, in einer Bestimmung ausdrücklich festzuhalten, dass alle bisherigen Vereinbarungen der Sozialversicherung mit den Ärztekammern (beispielsweise im Zusammenhang mit der e-card) aufrecht bleiben.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:



Dr. Josef KANDLHOFER