

Vorblatt

Problem:

Wie im Regierungsprogramm für die XXIV. GP festgehalten ist es das Ziel, durch integrierte Versorgungsangebote die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit des österreichischen Gesundheitssystems zu erhöhen. Dabei ist insbesondere der Zugang der PatientInnen zu den Leistungen vor allem im ambulanten Bereich zu verbessern (Erreichbarkeit von Leistungen in sog. „Randzeiten“ in der Nacht und am Wochenende; Hausbesuche). Im ambulanten Bereich sind dafür unter Bedachtnahme auf qualitative und ökonomische Gesichtspunkte bedarfsorientierte, neue Versorgungsangebote zu schaffen (siehe Regierungsprogramm für die XXIV. GP, S 183).

Dieses Ziel entspricht auch einer seit längerer Zeit seitens der Österreichischen Ärztekammer vertretenen Ansicht, dass im Bereich der ambulanten Versorgung auch im Hinblick auf eine Entlastung der Spitalsambulanzen niedergelassenen und angestellten ÄrztInnen neue Organisationsformen zu ermöglichen sind, um sowohl fachgleich als auch fächerübergreifend gemeinsam Leistungen erbringen zu können. Aus Patientensicht sollte es dadurch möglich sein, ambulante Leistungen wohnortnäher als bisher unter gleichzeitiger Erweiterung der Ordinationszeiten und Erweiterung des Leistungsangebots zur Verfügung zu stellen (vgl bereits den Wahrnehmungsbericht der Österreichischen Ärztekammer zum Gesundheitswesen und zur Gesundheitspolitik für die Jahre 2007 und 2008, S 32).

Das bestehende System der Bedarfsprüfung von selbständigen Ambulatorien wurde im Jahr 2009 vom EuGH (Urteil des EuGH vom 10. März 2009 in der Rechtssache C-169/07, Fall „Hartlauer HandelsgesmbH“) als europarechtswidrig erkannt, da bei gleichem oder ähnlichem Leistungsangebot zahnärztliche Gruppenpraxen ohne weitere Schwelle ihre Tätigkeit aufnehmen können und damit den Status einer Wahlarztpraxis erreichen, hingegen selbständige Ambulatorien (für Zahnheilkunde) einer strengen Bedarfsprüfung unterliegen (EuGH 10.3.2009, C-169/07, RdM 2009/85). Wenngleich diese Entscheidung den Bereich der Zahnheilkunde betraf, so kommt der Aussagen des EuGH auch für den Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung gleiches Gewicht zu.

Schließlich besteht Anpassungsbedarf in verschiedenen Bereichen in den Sozialversicherungsgesetzen.

Ziel:

Schaffung der dringlich gebotenen Ersatzregelung für die Bedarfsprüfung für selbständige Ambulatorien, da andernfalls auf Grund des Anwendungsvorrangs des EU-Rechts Antragsteller für selbständige Ambulatorien aus dem EU-Ausland ohne Bedarfsprüfung ungehindert selbständige Ambulatorien in Österreich verwirklichen könnten und damit bei angebotsinduzierter Nachfrage die Ausgaben im Rahmen der Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung steigern. Überdies stellt diese Situation eine Diskriminierung von Inländern dar. Gleichzeitig sollen die Regelungen für die Bedarfsprüfung von bettenführenden Krankenanstalten modernisiert und besser mit den Planungsarbeiten von Bund und Ländern (Österreichischer Strukturplan Gesundheit und regionale Strukturpläne Gesundheit) harmonisiert werden.

Zugleich ist es aber auch gesundheitspolitisch unstrittig und ebenso im Regierungsprogramm vorgesehen, dass zur Entlastung des Spitalssektors (Ambulanzfrequenzen) eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs erfolgt. An dieser Stelle trifft sich der legislative Handlungsbedarf nach der Entscheidung des EuGH in der Causa „Hartlauer“ mit dem Wunsch der Österreichischen Ärztekammer nach Schaffung von „Ärzte-GmbHs“ und dem Ziel des Regierungsprogramms. Dabei sind die verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten.

Im Bereich der Sozialversicherungsrechts machen die vorgeschlagenen Änderungen Anpassungen im Vertragspartnerbereich an die Regelungen über das Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen/Ambulatorien im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung erforderlich.

Weiters sind bestehende sozialversicherungsrechtliche Regelungen im Hinblick auf die praktische Anwendung und die Rechtsentwicklung zu aktualisieren.

Inhalt/Problemlösung:

Für Ärzte und Angehörige des zahnärztlichen Berufs wird im Rahmen der Neupositionierung im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung die Möglichkeit der Gründung einer Gruppenpraxis auch in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) eröffnet. Für Gruppenpraxen wird ein - mit den Regelungen für selbständige Ambulatorien im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten harmonisiertes - Zulassungsverfahren etabliert, um der Forderung des EuGH nach Gleichbehandlung dieser beiden Bereiche nachzukommen.

Im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten werden die Regelungen für die Bedarfsprüfung von bettenführenden Krankenanstalten modernisiert und besser mit den Planungsarbeiten von Bund und Ländern (Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit) harmonisiert. Weiters sollen - wo sachgerecht - Erleichterungen für selbständige Ambulatorien gegenüber bettenführenden Krankenanstalten geschaffen werden.

Das im ÄrzteG 1998 bestehende Regelungsgebilde im Bereich der ärztlichen Qualitätssicherung soll Änderungen mit dem Ziel der Installierung eines partnerschaftlichen Modells zwischen Ärzteschaft und Sozialversicherung erfahren.

Im Sinne des Regierungsprogramms für die XXIV. Gesetzgebungsperiode (vgl. Seite 182), den Ergebnissen der Klausur der Bundesregierung in Sillian im Jänner 2009 und im Besonderen entsprechend der einschlägigen umfassenden Verhandlungen mit der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sollen die Evaluierung und Kontrolle der Qualitätskriterien in enger Abstimmung und Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern und dem Bundesminister für Gesundheit erfolgen. In diesem Zusammenhang soll auch der Wissenschaftliche Beirat der ÖQMed neu zusammengesetzt und zusätzlich ein eigener Evaluierungsbeirat mit regionalen Ausschüssen etabliert werden.

Die vorgesehenen Änderungen des Sozialversicherungsrechtes sollen die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen für die Zusammenarbeit der (Zahn)ärztinnen und -ärzte in Form von Gruppenpraxen als Gesellschaft (mit beschränkter Haftung) mit den Träger der Krankenversicherung im Vertragspartnerbereich schaffen bzw. bei bereits bestehenden Regelungen Anpassungen und Ergänzungen an die neuen Gesellschaftskonstruktionen vornehmen.

Nach der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Einführung der halbtägig kostenlosen und verpflichtenden frühen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen haben die Länder bis längstens 1. September 2010 eine gesetzliche Pflicht zum halbtägigen Besuch von geeigneten institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen im letzten Jahr vor der Schulpflicht vorzusehen. In Anlehnung an Schüler/Schülerinnen und Studenten/Studentinnen, die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i ASVG in der Unfallversicherung teilversichert sind, sollen nunmehr auch Kinder, die im letzten Jahr vor Schulpflicht eine institutionelle Kinderbetreuungseinrichtung verpflichtend besuchen, der Teilversicherung in der Unfallversicherung unterliegen. Weiters soll in verschiedenen Bereichen der Rechtsentwicklung bzw. den Erfordernissen der Praxis Rechnung getragen werden.

Alternativen:

Soweit es die europarechtlich gebotene Gleichstellung von Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien betrifft, keine.

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

–Finanzielle Auswirkungen:

Auf die finanziellen Erläuterungen wird hingewiesen.

–Wirtschaftspolitische Auswirkungen:

– – Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Durch die neue Gesellschaftsform für Gruppenpraxen können Wirtschaftlichkeitspotentiale (Synergien) lukriert werden, die sowohl den Spitalsträgern durch Entlastung der Ambulanzen als auch der sozialen Krankenversicherung zu Gute kommen werden. Die Absicherung der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung führt zu positiven Effekten für die Beschäftigungslage im Gesundheitssektor und den Wirtschaftsstandort Österreich; es werden rund 10 % des Bruttoinlandproduktes im Bereich der Gesundheitsversorgung erwirtschaftet (Anteil am BIP im Jahr 2008: 10,5 %).

– – Auswirkungen auf die Verwaltungskosten für Bürger/innen und für Unternehmen:

Es sind keine neuen Informationsverpflichtungen für Bürgerinnen und Bürger enthalten. Die im Ärzte- und Zahnärztegesetz vorgesehene Möglichkeit des Zusammenschlusses von Ärzten bzw. Angehörigen des zahnärztlichen Berufes in Form von „Ärzte-GesmbHs“ bzw. das im Wahlarztbereich dafür vorgesehene Zulassungsverfahren beinhaltet neue Informationsverpflichtungen für Unternehmen, die allerdings nicht quantifizierbar sind, da nicht bekannt ist, wie viele Ärzte bzw. Angehörige des zahnärztlichen Berufes diese Möglichkeit nutzen werden. Im Bereich des Bundesgesetzes über Kranken- und Kuranstalten tritt hinsichtlich des Zulassungsverfahrens für selbständige Ambulatorien im Zusammenhang mit den für Unternehmen vorgesehenen Informationsverpflichtungen keine Änderung ein. Eine Erleichterung besteht darin, dass selbständige Ambulatorien von der Verpflichtung entbunden werden, jährlich einen Bericht zur Personalplanung der Landesregierung vorzulegen.

–Auswirkungen in umweltpolitischer Hinsicht, insbesondere Klimaverträglichkeit:

Das Regelungsvorhaben ist nicht klimarelevant.

–Auswirkungen in konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht:

1. Die angestrebte Angebotsoptimierung der (zahn)ärztlichen Versorgung, etwa hinsichtlich Öffnungszeiten und Leistungsspektrum, kommt den Bedürfnissen der Bevölkerung, insbesondere jenen der Berufstätigen, zu Gute.
2. Die Änderung im Bereich des Krankengeldes für freie Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer soll im Krankheitsfälle zu mehr Ausgewogenheit führen und soziale Härtefälle vermeiden.
3. Die Einführung der Unfallversicherung während des verpflichtenden Kindergartenjahres ist eine konsequente Fortsetzung der hiezu abgeschlossenen Art. 15a B-VG-Vereinbarung und des Systems der Unfallversicherung für Schülerinnen, Schüler, Studentinnen und Studenten.

–Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Das Regelungsvorhaben hat keine direkten geschlechtsspezifischen Auswirkungen.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen dienen partiell dazu, den Anforderungen im „Hartlauer GesmbH“-Erkenntnis des EuGH nachzukommen (Gleichbehandlung von Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien im Bereich des Marktzugangs). Im Übrigen fallen sie nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Wie im Regierungsprogramm für die XXIV. GP festgehalten ist es das Ziel, durch integrierte Versorgungsangebote die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit des österreichischen Gesundheitssystems zu erhöhen. Dabei ist insbesondere der Zugang der PatientInnen zu den Leistungen vor allem im ambulanten Bereich zu verbessern (Erreichbarkeit von Leistungen in sog. „Randzeiten“ in der Nacht und am Wochenende; Hausbesuche). Im ambulanten Bereich sind dafür unter Bedachtnahme auf qualitative und ökonomische Gesichtspunkte bedarfsorientierte, neue Versorgungsangebote zu schaffen (siehe Regierungsprogramm für die XXIV. GP, S 183).

Dieses Ziel entspricht auch einer seit längerer Zeit seitens der Österreichischen Ärztekammer vertretenen Ansicht, dass im Bereich der ambulanten Versorgung auch im Hinblick auf eine Entlastung der Spitalsambulanzen niedergelassenen und angestellten ÄrztInnen neue Organisationsformen zu ermöglichen sind, um sowohl fachgleich als auch fächerübergreifend gemeinsam Leistungen erbringen zu können. Aus Patientensicht sollte es dadurch möglich sein, ambulante Leistungen wohnortnäher als bisher unter gleichzeitiger Erweiterung der Ordinationszeiten und Erweiterung des Leistungsangebots zur Verfügung zu stellen (vgl bereits den Wahrnehmungsbericht der Österreichischen Ärztekammer zum Gesundheitswesen und zur Gesundheitspolitik für die Jahre 2007 und 2008, S 32).

Diese gesundheits(struktur)politischen und standespolitischen Zielsetzungen stehen freilich vor dem Hintergrund nicht unbeträchtlicher europarechtlicher und innerstaatlich-verfassungsrechtlicher Problemfelder, wie zB die zu beachtenden Aspekte der Niederlassungsfreiheit, Erwerbsfreiheit, Dienstleistungsfreiheit, aber auch die nach dem B-VG im Gesundheitswesen zwischen dem Bund und den Ländern aufgeteilten Zuständigkeiten. Nicht zuletzt ist auch die Sicherstellung der weiterhin zu gewährleistenden finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung im Auge zu behalten.

In der Folge soll dieser Hintergrund näher dargestellt werden:

Innerstaatlich:

Mit dem B-VG wurde 1920 als Teilbereich des Gesundheitswesens u.a. der Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ als Materie des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG geschaffen, wonach dem Bund lediglich die Gesetzgebung über die Grundsätze zusteht, während die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung (des jeweiligen Landesausführungsgesetzes) Sache der Länder ist.

Dem Begriff „Heil- und Pflegeanstalt“ kommt nach der Rechtsprechung des VfGH ein wesentlich weiterer Inhalt zu, als dies nach dem üblichen Sprachgebrauch bei den Begriffen „Krankenanstalt“ oder „Spital“ der Fall wäre. So wurden bestimmte selbständige ambulante Einrichtungen bereits in der Monarchie als Krankenanstalten gewertet. Selbständige Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) sind daher vom Kompetenztatbestand der „Heil- und Pflegeanstalten“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) umfasst (siehe zB Stöger, Krankenanstaltenrecht, S 384f; VfSlg 13023). Hinzu kommt, dass Einrichtungen, nach deren Organisation medizinisch-ärztliche Leistungen durch angestellte Ärzte erbracht werden, bereits typisch für das Vorliegen einer Anstalt zu werten sind (zB Stöger, aaO, mit mwN auf Literatur und Rechtsprechung). Betten und stationäre Aufnahme der Patienten sind damit nicht entscheidende Abgrenzungskriterien zwischen Krankenanstalten und ärztlichen (zahnärztlichen) Ordinationsstätten. Auch der VwGH (86/09/0036, 10.9.1986) nahm bei einer Einrichtung (der Salzburger Gebietskrankenkasse), in der ein einziger angestellter Zahnarzt dreimal in der Woche halbtags mit einem Behandlerstuhl tätig ist, bereits das Vorliegen eines selbständigen Zahnambulatoriums an und verneinte die Qualifikation als Ordinationsstätte gemäß Ärztegesetz 1998 im Rahmen des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG.

Bei der Umsetzung des Anliegens, eine Rechtsgrundlage für die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes im Wege einer Gruppenpraxis auch in der Form einer GmbH zu schaffen, ist daher aus verfassungsrechtlichen Gründen die exakte Unterscheidung zwischen Ordinationsstätten nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen) im Rahmen des Ärztegesetzes 1998 und Einrichtungen, die bereits den Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalt“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) erfüllen, zu achten. Eine Anstellung von Ärzten durch Ärzte ist dementsprechend (ungeachtet der Größe der Einrichtung) nur im Rahmen einer Regelung nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG im Rahmen der Kompetenz „Heil- und Pflegeanstalt“ möglich. Gleiches gilt für die Ausübung des zahnärztlichen Berufes.

Europarecht:

Während das Krankenanstaltenrecht für die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums eine positive Bedarfsprüfung voraussetzt, ist dies im niedergelassenen Bereich der Ärzte bzw. im Bereich der zahnärztlichen Versorgung nicht der Fall. Ärzte (Angehörige des zahnärztlichen Berufes) können sich nicht nur als einzeln Berufsausübende, sondern auch in der Form einer Gruppenpraxis ohne eine Bedarfsprüfung niederlassen und damit die Form einer kassenrechtlichen Erstattung ihrer Leistungen im System des Wahlarztes erreichen (Patient übernimmt zunächst die Honorarzählung, der gesetzliche Krankenversicherungsträger ersetzt sodann grundsätzlich 80% des Betrages, den dieser für die erbrachte Leistung bei einem Vertragsarzt [Vertragszahnarzt bzw. -dentist] hätte zahlen müssen).

Dieses System der Bedarfsprüfung von selbständigen Ambulatorien wurde im Jahr 2009 vom EuGH (Urteil des EuGH vom 10. März 2009 in der Rechtssache C-169/07, Fall „Hartlauer HandelsgesmbH“) als europarechtswidrig erkannt, da bei gleichem oder ähnlichem Leistungsangebot zahnärztliche Gruppenpraxen ohne weitere Schwelle ihre Tätigkeit aufnehmen können und damit den Status einer Wahlarzteinrichtung erreichen, hingegen selbständige Ambulatorien (für Zahnheilkunde) einer strengen Bedarfsprüfung unterliegen (EuGH 10.3.2009, C-169/07, RdM 2009/85). Wenngleich diese Entscheidung den Bereich der Zahnheilkunde betraf, so kommt den Aussagen des EuGH auch für den Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung gleiches Gewicht zu.

Der EuGH brachte zwar zum Ausdruck, dass es in einem System öffentlicher Daseinsvorsorge (durch die öffentliche Hand gewährleistet System medizinischer Versorgung für jeden) zum Schutz dieses Systems in angemessener Weise Marktregulierung auf Anbieterseite geben dürfe, doch müsse dies in gleicher Weise für alle gelten, die gleiche Leistungen anbieten (wollen). Daraus folgt, dass eine Planung des Marktzugangs europarechtskonform insgesamt für die Infrastrukturen ambulanter Versorgung (sowohl Ordinationsstätten von Ärzten bzw. Angehörigen des zahnärztlichen Berufs als auch selbständige Ambulatorien) zu gelten hat. Dies ist mit der österreichischen Bedarfsprüfung nur für selbständige Ambulatorien gegenüber Gruppenpraxen allerdings nicht der Fall.

Legislativer Handlungsbedarf:

Eine Ersatzregelung ist dringend geboten, da andernfalls auf Grund des Anwendungsvorrangs des EU-Rechts Antragsteller für selbständige Ambulatorien aus dem EU-Ausland ohne Bedarfsprüfung ungehindert selbständige Ambulatorien in Österreich verwirklichen könnten und damit bei angebotsinduzierter Nachfrage die Ausgaben im Rahmen der Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung steigern. Überdies stellt diese Situation eine Diskriminierung von Inländern dar.

Zugleich ist es aber auch gesundheitspolitisch unstrittig und ebenso im Regierungsprogramm vorgesehen, dass zur Entlastung des Spitalssektors (Ambulanzfrequenzen) eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs erfolgt. An dieser Stelle trifft sich der legislative Handlungsbedarf nach der Entscheidung des EuGH in der Causa „Hartlauer“ mit dem Wunsch der Österreichischen Ärztekammer nach Schaffung von „Ärzte-GmbHs“ und dem Ziel des Regierungsprogramms. Verfassungsrechtliche und europarechtliche Rahmenbedingungen sind allerdings zu beachten.

In diesem Sinn kann der zunächst seitens der Österreichischen Ärztekammer vertretenen Ansicht, nach ihrem Verständnis schließe die Ausübung des Arztberufs als „freier Beruf“ für die freiberufliche Ausübung des Arztberufs in der Form einer Gruppenpraxis als GmbH eine Marktzugangsregelung aus, auch dann nicht gefolgt werden, wenn die Gesellschafter ausschließlich Ärzte sind und keine Anstellung von Ärzten durch Ärzte erfolgt. Im Sinn der Rechtsprechung des EuGH müsste dies auch selbständigen Ambulatorien eingeräumt werden, wenn das von einer ärztlichen Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH und das von einem selbständigen Ambulatorium angebotene Leistungsvolumen und -spektrum vergleichbar ist. Dieser Schritt kann aber aus Gründen der finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung (angebotsinduzierte Nachfrage) und der daraus erfließenden Notwendigkeit einer Planung der Angebotsseite nicht gesetzt werden.

Selbstredend sind von diesem zu schaffenden Mechanismus einer Regelung des Marktzugangs jene Bereiche auszuschließen, in denen ärztliche und zahnärztliche Leistungen außerhalb des Erstattungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen (zB IVF und plastische Schönheitschirurgie).

Erleichterungen im Regime eines geordneten Marktzugangs sind allerdings dann möglich, wenn die zur Zusammenarbeit entschlossenen Ärzte (Angehörige des zahnärztlichen Berufs) ohnehin bereits Vertragsärzte mit entsprechenden Planstellen sind (dabei wird davon ausgegangen, dass die zwischen jeweiliger Landesärztekammer und Gebietskrankenkasse ausverhandelten Stellenpläne ohnehin ein Instrument eines geordneten Marktzugangs sind). Von maßgeblicher Bedeutung wird auch die regionale Versorgungsplanung durch den jeweiligen regionalen Gesundheitsstrukturplan (RSG) sein. Im Sinn der

Rechtsprechung des EuGH hat dies freilich sowohl für eine ärztliche (zahnärztliche) Zusammenarbeit im Rahmen einer Gruppenpraxis als GmbH auf der Grundlage des Ärztegesetzes 1998 bzw. auch Zahnärztegesetzes als auch für entsprechende selbständige Ambulatorien zu gelten.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die rechtlich verbindliche Vorgabe von Leistungsspektrum und Versorgungsangebot. Dies deshalb, da Sinn der Schaffung neuer Formen ambulanter Versorgung die Entlastung des Spitalsambulanzsektors ist, der vor allem an Wochenenden, an Feiertagen und in den sog. Randzeiten (Abendstunden, Nachmittage vor Wochenenden oder Feiertagen) eine wesentliche Versorgungsfunktion trägt (siehe eben auch Regierungsprogramm). Es bedarf daher einer der Rechtswirksamkeit zugänglichen Festlegung von Leistungsangebot, Öffnungszeiten und Versorgungsvolumen, um dieses Ziel zu erreichen. Dies ist in der österreichischen Rechtsordnung im System des Verwaltungsrechts mit dem Rechtsinstrument der Bescheiderlassung der Fall, im Vertragspartnerrecht der gesetzlichen Krankenversicherung tritt die vertragliche Verpflichtung des Leistungserbringers hinzu.

Im Hinblick auf die Vollzugskompetenz der Länder auf dem Gebiet der Heil- und Pflegeanstalten (Bescheiderlassung für selbständige Ambulatorien durch die Landesregierung) bietet sich für Gruppenpraxen in der Rechtsform einer GmbH im Rahmen des Ärztegesetzes 1998 bzw. des Zahnärztegesetzes auf der Grundlage des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG der Landeshauptmann an. Dieser ist nicht nur das verfassungsmäßig vorgesehene Vollzugsorgan auf der Landesebene im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung, durch die Kompetenz der Länder auf dem Gebiet der Heil- und Pflegeanstalten sowie durch die Mitwirkung der Länder bei der regionalen Versorgungsplanung (siehe oben RSG sowie überdies auch die Gesundheitsplattform des jeweiligen Bundeslandes nach Art. 19 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl I 2008/105) würde durch den sowohl der Landesregierung als auch dem Landeshauptmann zur Verfügung stehenden Behördenapparat (Amt der Landesregierung) eine Abstimmung der Sektoren spitalsambulanter Versorgung und selbständiger Ambulatorien (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) einerseits versus Gruppenpraxen in der Rechtsform einer GmbH (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) andererseits, möglich sein.

Die Interessenlage der Betroffenen (jeweiliger Antragsteller, aber auch Krankenversicherung und berufliche Interessenvertretungen) kann durch Parteistellung und Legitimation zur Erhebung von Beschwerden an die Gerichtshöfe des öffentlichen Rechts voll gewahrt bleiben.

Festzuhalten ist somit, dass

- ein unregulierter Zugang von Anbietern ärztlicher (zahnärztlicher) Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung im Kostenerstattungsbereich zu nicht abschätzbaren Mehrausgaben führen würde, und
- die Rechtsprechung von EuGH und VfGH es gebietet, vergleichbare Anbieter einem gleichen Regime des Marktzugangs zu unterwerfen.

Im Übrigen sollen im Ärztegesetz 1998 die Bestimmungen über die ärztliche Qualitätssicherung einer umfassenden Erneuerung unterzogen werden, wobei im Sinne des Regierungsprogramms für die XXIV. Gesetzgebungsperiode (vgl. Seite 182), den Ergebnissen der Klausur der Bundesregierung in Sillian im Jänner 2009 und im Besonderen entsprechend der einschlägigen umfassenden Verhandlungen mit der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Evaluierung und Kontrolle der Qualitätskriterien in enger Abstimmung und Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern und dem Bundesminister für Gesundheit erfolgen soll. In diesem Zusammenhang sollen auch der Wissenschaftliche Beirat der ÖQMed neu zusammengesetzt und zusätzlich ein eigener Evaluierungsbeirat mit regionalen Ausschüssen etabliert werden.

Darüber hinaus sollen einzelne dringliche Anliegen im Hinblick auf die ärztliche Ausbildung (Klarstellung hinsichtlich der vorübergehenden Verwendung von Turnusärzten ohne Aufsicht, insbesondere im Rahmen von Nacht- und Wochenenddiensten, weiters die Schaffung eines Zugangs zur Additivfachausbildung für Ärzte für Allgemeinmedizin) sowie im Hinblick auf die ärztliche Berufsausübung (Einrichtung eines Ehrenrates für die Fragen der Vertrauenswürdigkeit und Eröffnung der Möglichkeit der Erteilung von Bedingungen, Auflagen und Befristungen bei Einschränkungen der gesundheitlichen Eignung und Vertrauenswürdigkeit) einer gesetzlichen Regelung zugeführt werden.

Mit dem 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz, BGBl. I Nr. 147/2009, wurden als erster Umsetzungsschritt des Sanierungskonzeptes „Gesundheit: Finanzierung sichern – Langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“ gesetzliche Grundlagen zur Umsetzung dieses Sanierungskonzeptes durch umfassende Novellierungen im Vertragspartnerrecht geschaffen. Nunmehr sollen mit dem gegenständlichen Entwurf zur weiteren Verbesserung des Sachleistungsangebotes der sozialen Krankenversicherung an die Versicherten die sozialversicherungsrechtlichen

Komplementärbestimmungen zur Einführung der in diesem Konzept enthaltenen neuen ambulanten Versorgungsformen („Ärzte-GmbH“) geschaffen werden.

Weiters sollen Aktualisierungen bestehender sozialversicherungsrechtlicher Regelungen im Hinblick auf die praktische Anwendung und die Rechtsentwicklung vorgenommen werden.

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- Anpassung der Kostenerstattungsregelung bei Fehlen vertraglicher Regelungen.
- Schaffung von ergänzenden Sonderregelungen im Vertragsregime der (zahn)ärztlichen Gruppenpraxen.
- Flexibilisierung des Einzelvertrages gegenüber dem Gesamtvertrag.
- Neuregelung (Flexibilisierung) des einzelvertraglichen Kündigungsrechts.
- Gesetzliche Verankerung der Vertragspartneranalyse der Gebietskrankenkassen.
- Anpassungen an den Wegfall des Anwendungsbereiches des Karenzgeldgesetzes.
- Neuregelung der Kostentragung durch den Krankenversicherungsträger bei Leistungen an Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers.
- Ausdehnung der Bemessungsgrundlage für das Krankengeld für freie Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer.
- Einbeziehung von Kindern, die im letzten Jahr vor der Schulpflicht verpflichtend eine institutionelle Kinderbetreuungseinrichtung besuchen, in die Teilversicherung in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. 1 ASVG;
- Neue Gliederung des Abschnittes II des Sechsten Teiles (Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Ärzten) in der Weise, dass die Regelungen für Zahnärzte und Zahnärztinnen in einem eigenen Unterabschnitt geregelt werden.
- Redaktionelle Anpassungen.

Finanzielle Auswirkungen:

Durch das feinabgestimmte Instrumentarium eines geordneten Marktzugangs auf Seite der Leistungsanbieter wird sichergestellt, dass für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung kein nennenswerter Anstieg im System der Kostenerstattung sowie der Sachleistungsversorgung entsteht.

Im Bereich der Vollziehung auf Ebene der Länder (Landeshauptmann in mittelbarer Bundesverwaltung und Landesregierung in Vollziehung des Krankenanstaltenrechts) ist aus diesem Grund ebenso mit keinem nennenswerten Anstieg von Verwaltungsverfahren zu rechnen. Im Gegensatz zu dieser Erwartung würde vielmehr ein Beibehalten der bisherigen Rechtslage durch die Bevorzugung nicht österreichischer Antragsteller aus der EU zu zahlreichen weiteren krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungsverfahren für selbständige Ambulatorien führen, zuzüglich der damit verbundenen negativen Auswirkungen in der Balance der Versorgung im ambulanten Leistungsbereich. Ein völliger Verzicht auf Marktzugangsregelungen würde zu nicht abschätzbaren Konsequenzen in der öffentlichen Daseinsvorsorge auf dem Gebiet der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen führen.

Im Bereich des Umsatzsteuerrechts werden sich mit diesem Gesetzesvorhaben keine Veränderungen ergeben, da bereits bisher Umsätze aus ärztlicher Tätigkeit gemäß § 6 Abs. 1 Z 19 UStG 1994 steuerfrei sind, ohne dabei zwischen der Erbringung der ärztlichen Leistungen in der Form als einzeln freiberuflich tätiger Arzt oder in der Form einer Gruppenpraxis nach den §§ 52a ff Ärztegesetz 1998 zu unterscheiden. Durch die Eröffnung der Möglichkeit, Gruppenpraxen im Rahmen der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit auch in der Form einer GmbH zu führen, tritt diesbezüglich kein Unterschied ein. Im Übrigen ist hinsichtlich Heil- und Pflegeanstalten auf § 6 Abs. 1 Z 18 UStG 1994 zu verweisen.

Mangels einer Möglichkeit zu schätzen, in welcher Größenordnung in den nächsten Jahren tatsächlich Ärzte bzw. Angehörige des zahnärztlichen Berufs ihre Berufsausübung in der Form einer Gruppenpraxen-GmbH anstreben, kann keine Aussage über allenfalls erwähnenswerte Auswirkungen im Bereich der Einkommensteuer getroffen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass ärztliche und zahnärztliche Leistungserbringer bereits bisher in einem Höchstmaß im Rahmen ihrer Eigenverantwortung Haftpflichtversicherungen angeschlossen haben.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“), Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“) und Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“).

Besonderer Teil**Zu Art. 1 (14. Ärztegesetz-Novelle)****Zu Z 1 (Entfall des § 3 Abs. 1 zweiter Satz):**

Durch die umfassende Gruppenpraxen-Regelung der §§ 52a bis 52c unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsform GmbH wird die bisherige Erlaubnisnorm für Gruppenpraxen in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft obsolet.

Zu Z 2 (§ 3 Abs. 3 zweiter Satz):

Durch die ausdrückliche Festschreibung von ausbildungsrechtlichen Grundsätzen soll auf gesetzlicher Ebene die gebotene Klarstellung erfolgen, dass Turnusärzte ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes, insbesondere im Rahmen von Nacht- und Wochenenddiensten, nur entsprechend ihrem Ausbildungsstand eingesetzt werden dürfen. Im Regelfall wird für eine solche vorübergehende Tätigkeit ohne Tätigkeit wohl die Absolvierung der Hälfte der vorgeschriebenen Ausbildungszeit zu verlangen sein.

Zu Z 3 bis 5 (Überschrift des § 8, § 8 Abs. 1, § 43 Abs. 4 Z 2):

Die Ausbildung in Additivfächern, die einen besonderen Bezug zur Allgemeinmedizin aufweisen, soll auch Ärzten für Allgemeinmedizin eröffnet werden. Damit soll die Berechtigung verbunden werden, dass Ärzte für Allgemeinmedizin die Additivfachbezeichnung als Zusatzbezeichnung zur Berufsbezeichnung führen dürfen.

Diese innovative ausbildungsrechtliche Neuorientierung ist insbesondere vor dem Hintergrund der in Aussicht genommenen Einführung des Additivfaches „Geriatric“ und der diesbezüglich hohen und systemerhaltenden Versorgungswirksamkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin zu sehen. Es ist zu erwarten, dass durch eine solche Erweiterung des Ausbildungsangebots ein wesentlicher Beitrag zur weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität, speziell im ambulanten Sektor, geleistet werden kann.

Zu Z 6 (§ 49 Abs. 2a):

Die Vollzugspraxis, wonach die von den Ärzten im Rahmen der Qualitätssicherung auszufüllenden Selbstevaluierungsbögen an die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) übermittelt werden, soll gesetzlich nachvollzogen werden.

Zu Z 7 (§ 49 Abs. 2b):

Die auf den ersten Evaluierungsvorgang der ÖQMed bezogene Sanktionsbestimmung, wonach das Unterbleiben der Evaluierung einen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG darstellt, ist obsolet geworden.

Weiters soll klargestellt werden, dass die bereits bestehende Regelung, wonach Mängel, die mit einer unmittelbaren Gefährdung der Gesundheit verbunden sind, auch einen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG darstellen, nicht auf Mängel die die fachspezifische Qualitätsstandards hinsichtlich der Ergebnisqualität betreffen, ausgedehnt werden soll.

Zu Z 8 (§ 49 Abs. 4 erster Satz):

Die Erweiterung der „Famulantenregelung“ soll den universitätsrechtlichen Entwicklungen im Bereich des Medizinstudiums Rechnung tragen, wonach nach Umwandlung des Rigorosenstudiums in ein Diplomstudium auch neue Doktoratsstudien der Medizin, insbesondere PhD-Programme, geschaffen worden sind. Es ist daher notwendig, Medizin-Absolventen, die im Rahmen ihres Doktoratsstudiums, insbesondere im Rahmen von wissenschaftlichen Studien, einfache ärztliche Tätigkeiten verrichten, eine ärztliche Absicherung zu gewähren.

Darüber hinaus soll auf Anregung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch Studenten im Sinne des Patientenwohls an das Bestehen von gesundheitlicher Eignung und Vertrauenswürdigkeit geknüpft werden. Die im Einzelfall gebotene diesbezügliche Prüfung der Voraussetzungen obliegt den Medizinischen Universitäten. Allfällige universitäts- und studienrechtliche Implikationen wären in den diesbezüglichen Materiengesetzen zu berücksichtigen.

Zu Z 9, 10 und 18 (§§ 52a bis 52d und § 230 Abs. 1 bis 4):

Die durch BGBl. I Nr. 110/2001 geschaffene Regelung der ärztlichen Gruppenpraxis in den §§ 52a und 52b Ärztegesetz 1998 erfährt eine grundlegende Neupositionierung im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Durch § 52a Abs. 1 Z 2 wird die Möglichkeit der Gründung einer Gruppenpraxis auch in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) eröffnet.

Der Kriterienkatalog des § 52a Abs. 3 soll, auch unter Bedachtnahme auf das Urteil des EuGH vom 10. März 2009 in der Rechtssache C-169/07 (Fall „Hartlauer HandelsgesmbH“), der kompetenzrechtlichen Abgrenzung zwischen Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatoriums gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG dienen. Durch die Einbindung der Landeshauptmänner in das Zulassungsregime soll die Wahrung dieser formalen verfassungsrechtlichen Vorgaben wesentlich erleichtert werden, da diese gegebenenfalls den Landesregierungen die Einleitung von Verfahren zur Errichtung und den Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums empfehlen können.

In diesem Zusammenhang seien folgende, in den §§ 52a und 52b Ärztegesetz 1998 noch nicht verankerte, abgrenzungswirksame Kriterien des § 52 Abs. 3 Z 1 bis 11 hervorgehoben:

Verpflichtung zur maßgeblichen persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft (Z 6): Mit diesem Kriterium soll festgelegt werden, dass der Gesellschafter den Schwerpunkt seiner ärztlichen Berufsausübung in der Gruppenpraxis zu entfalten hat.

Verbot der Anstellung von Gesellschaftern und anderen Ärzten oder Angehörigen des zahnärztlichen Berufs und des Eingehens sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der Gesellschafter zu anderen Ärzten oder Angehörigen des zahnärztlichen Berufs oder Gesellschaften, insbesondere durch den Abschluss von freien Dienstverträgen, Werkverträgen und Leiharbeitsverhältnissen, zum Zweck der Erbringung ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis, die über das Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung hinausgeht (Z 7): Das Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung bestimmt sich insbesondere nach der langjährig bewährten Vorgangsweise für die üblichen Vertretungsfälle Unfall, Krankheit und Urlaub.

Schranken bei der Anstellung von Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (Z 8): Die Grenze der Zulässigkeit soll dort liegen, wo die Regelung in einer Anstaltsordnung erforderlich wird. In diesem Zusammenhang kann auch eine Betrachtungsweise unter anerkannten Gesichtspunkten der Organisationslehre, wie insbesondere des Kriteriums der Leitungsspanne, hilfreich sein.

In diesem Sinn wird bei einem Zusammenschluss von Ärzten oder Angehörigen des zahnärztlichen Berufs in einem Ausmaß ab acht bis zehn Gesellschaftern im Zweifelsfall das Vorliegen einer Anstalt vermutet werden können.

§ 52a Abs. 4 soll hinsichtlich der Regelung der Berufssitze für Vertragsgruppenpraxen unter bestimmten Voraussetzungen auch mehrere Standorte im Bundesgebiet erlauben, sodass der einzelne Arzt als Gesellschafter an allen Standorten seinen ärztlichen Beruf ausüben darf. Diesfalls darf jedoch kein zweiter Berufssitz außerhalb der Gesellschaft begründet werden.

§ 52b enthält das Gründungsregime für Gruppenpraxen. Neben der Errichtung der Gesellschaft, die in die Eintragung in das Firmenbuch mündet, ist die Gründung einer Gruppenpraxis und die Aufnahme der ärztlichen Berufsausübung in der Gruppenpraxis an die Erfüllung spezifischer Zulassungsvoraussetzungen – erforderlichenfalls auch im Rahmen eines Zulassungsverfahrens gemäß § 52c – sowie an die Eintragung in die Ärzteliste gebunden.

Das komplexe Zulassungsregime berücksichtigt einerseits Schlussfolgerungen aus dem oben genannten EuGH-Urteil, wonach eine Gleichbehandlung zwischen Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien hinsichtlich des Marktzugangs erreicht werden soll, und andererseits die gewünschte Verschränkung mit der integrierten Gesundheitsplanung im Rahmen des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (vgl. hierzu die diesbezüglichen umfassenden Ausführungen in den allgemeinen Erläuterungen).

Von diesem Zulassungsregime ausgenommen sollen gemäß § 52b Abs. 1 lit. b lediglich Gruppenpraxen bleiben, die ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen, wie etwa im Bereich der Schönheitschirurgie, erbringen.

Nachfolgende Stufen des Zulassungsregimes können skizziert werden:

1. Ärzte, die bereits einen Einzelvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse haben oder die zu gründende Gruppenpraxis bereits im Stellenplan vorgesehen ist (§ 52b Abs. 1 lit. a in Verbindung mit § 52b Abs. 2) benötigen eine schriftliche (wechselseitige) Zusage von der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse über den Abschluss eines Gruppenpraxis-Einzelvertrages. Diese Zusage ist als

Vorvertrag zu qualifizieren. Die Gebietskrankenkasse hat entsprechend § 342a ASVG in Verbindung mit § 342 ASVG auf den jeweiligen RSG Bedacht zu nehmen. Von der Österreichischen Ärztekammer ist diese Zusage dem örtlich zuständigen Landeshauptmann anzuzeigen, wobei davon ausgegangen wird, dass der in § 52b Abs. 2 letzter Satz vorgesehene Ausschuss aus Vertretern des Landes, der Sozialversicherung und der ärztlichen Interessenvertretung besteht.

2. Für Ärzte, die die Gründung einer Gruppenpraxis beabsichtigen und nicht die Voraussetzungen für die bloße Anzeige erfüllen, sieht § 52c ein umfassendes Zulassungsverfahren vor.

Demnach soll die Zulassung davon abhängig gemacht werden, ob unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

1. der örtlichen Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte) und der für die ambulante öffentliche Gesundheitsversorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
2. des Inanspruchnahmeverhaltens und der Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patienten,
3. der durchschnittlichen Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 2 sowie
4. der Entwicklungstendenzen in der Medizin und Zahnmedizin

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann.

Im Übrigen sind bei den Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, auch die Spitalsambulanzen zu berücksichtigen, was für die Zielsetzung der Entlastung der Spitalsambulanzen durch Gruppenpraxen von besonderer Bedeutung ist.

Der Landeshauptmann hat im Rahmen des Zulassungsverfahrens sowohl ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts einzuholen als auch eine begründete Stellungnahme der jeweiligen Landesgesundheitsplattform über das Vorliegen der zuvor genannten Kriterien seiner Entscheidung zu Grunde zu legen.

Eine Berufungsmöglichkeit ist im Verfahren gemäß §§ 52c nicht vorgesehen. Das Recht der Beschwerde an die Gerichtshöfe des öffentlichen Rechts steht gemäß § 52c Abs. 4 auch den betroffenen Sozialversicherungsträgern, der örtlich zuständigen Landesärztekammer, der Österreichischen Zahnärztekammer, sofern auch Angehörige des zahnärztlichen Berufs Gesellschafter sind, sowie der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten zu.

Abs. 6 regelt die Abänderung von Bescheiden aufgrund eines Antrags wegen Änderung des Leistungsangebots. Abs. 7 regelt die Abänderung und Zurücknahme von Bescheiden von Amts wegen.

Anzumerken ist, dass der Bundesminister für Gesundheit erforderlichenfalls durch Erlässe im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung auf eine bundeseinheitliche Vollziehung der Zulassungsverfahren hinwirken kann.

Entsprechend der Übergangsbestimmung (§ 230 Abs. 1) soll die Zulassung von Gruppenpraxen gemäß § 52c grundsätzlich erst bei Vorliegen eines auf Basis von § 343a ASVG abgeschlossenen Gesamtvertrags für Gruppenpraxen mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse ermöglicht werden. Sofern jedoch eine wechselseitige schriftliche Zusage über den Abschluss eines Gruppenpraxis-Einzelvertrags gemäß § 342a Abs. 5 ASVG mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse besteht, darf das entsprechende Zulassungsverfahren ausnahmsweise auch ohne Vorliegen eines entsprechenden Gesamtvertrags durchgeführt werden (§ 230 Abs. 2).

Für bestehende Gruppenpraxis soll durch § 230 Abs. 3 im Hinblick auf den grundrechtlich relevanten Vertrauensschutz sichergestellt werden, dass diese vom neuen Zulassungsregime – auch bei einer allfälligen Umwandlung in eine GmbH – nicht berührt werden.

Weiters ist auf die besondere Sanktionsvorschrift des § 52b Abs. 4 hinzuweisen, mit der sichergestellt werden soll, dass die tatsächliche Leistungserbringung in den Gruppenpraxen mit dem durch die Zulassung erlaubten Leistungsangebot bzw. mit den von der Zulassung ausgenommenen Leistungen auch tatsächlich übereinstimmt. In diesem Sinn sollen Behandlungsverträge hinsichtlich des Honorars nichtig sein, wenn entweder eine Gruppenpraxis ohne Zulassung (§ 52b Abs. 1 Z 2 lit. b) sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt oder sonstige Gruppenpraxen (vgl. § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a und § 52c) über das zugelassene Leistungsangebot hinaus sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen. Über diese (relative) Nichtigkeit ist der Patient vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären.

Gemäß § 52d soll der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung als Berufspflicht für freiberuflich tätige Ärzte, unabhängig ob in einer Einzelordination oder in einer Gruppenpraxis, normiert werden. Die Regelung orientiert sich in seiner Gestaltung an der Regelung für Musiktherapeuten (§ 34

Musiktherapiegesetz – MuthG, BGBl. I Nr. 93/2008, weiters für Rechtsanwälte (§ 21a Rechtsanwaltsordnung – RAO, RGBl. Nr. 96/1868) und für allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige und Dolmetscher (§ 2a Sachverständigen- und Dolmetschergesetz – SDG, BGBl. Nr. 137/1975).

Als angemessene Höhe der Mindestversicherungssumme werden 2.000.000 Euro festgelegt. Dies entspricht den derzeit üblichen freiwilligen Berufshaftpflichtversicherungen. Für Gruppenpraxen in der Rechtsform der GmbH soll gemäß § 52d Abs. 3 insbesondere ein Haftungsdurchgriff auf die Gesellschafter vorgesehen werden, wenn die abgeschlossene Versicherung nicht den gesetzlichen Bedingungen entspricht.

Ein weiterer wesentlicher Eckpunkt der Regelung ist, dass der Abschluss der Berufshaftpflichtversicherung Voraussetzung für die Aufnahme der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit sein soll und dieser auch der Österreichischen Ärztekammer als listenführende Behörde nachzuweisen ist. Im Übrigen soll der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers unzulässig sein.

Gemäß § 230 Abs. 4 haben Ärzte und Gruppenpraxen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des hier vorgeschlagenen Bundesgesetzes bereits in die Ärzteliste eingetragen sind, den Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung für die freiberufliche ärztliche Tätigkeit gemäß § 52e längstens binnen sechs Monaten ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens zu erbringen.

Zu Z 11 (§ 59 Abs. 2):

Die Vollzugspraxis der Österreichischen Ärztekammer in Verfahren zur Austragung aus der Ärzteliste hat gezeigt, dass ein Bedarf besteht, zum Zweck der Sicherstellung der Erfüllung der Berufspflichten mit Bescheid Auflagen, Bedingungen oder Befristungen vorschreiben zu dürfen. Mit diesem verwaltungsverfahrenrechtlichen Instrument, das in anderen Rechtsbereichen regelmäßig gesetzlich vorgesehen ist, können sowohl die Interessen der Allgemeinheit als auch die Interessen des einzelnen Arztes, dessen Berufsberechtigung vom Erlöschen bedroht ist, angemessen berücksichtigt werden.

Zu Z 12 bis 15 und 18 (§ 118a bis 118e und § 230 Abs. 5):

Das im Ärztegesetz 1998 bestehende Regelungsgebilde im Bereich der ärztlichen Qualitätssicherung soll neuerlich weitreichende Änderungen mit dem Ziel der Installierung eines partnerschaftlichen Modells zwischen Ärzteschaft und Sozialversicherung erfahren.

Im Sinne des Regierungsprogramms für die 24. Gesetzgebungsperiode (vgl. Seite 182), den Ergebnissen der Klausur der Bundesregierung in Sillian im Jänner 2009 und im Besonderen entsprechend der einschlägigen umfassenden Verhandlungen mit der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sollen die Evaluierung und Kontrolle der Qualitätskriterien in enger Abstimmung und Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern und dem Bundesminister für Gesundheit erfolgen. In diesem Zusammenhang soll auch der Wissenschaftliche Beirat der ÖQMed neu zusammengesetzt und zusätzlich ein eigener Evaluierungsbeirat mit regionalen Ausschüssen etabliert werden.

§ 118a stellt die Grundlagenbestimmung für die von der Österreichischen Ärztekammer errichtete Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) dar.

Durch die Formulierung des Abs. 1 soll die Verpflichtung der Österreichischen Ärztekammer zur Betreuung dieser Gesellschaft in Erfüllung von Qualitätssicherungsaufgaben im eigenen und übertragenen Wirkungsbereich festgeschrieben werden: Vgl:

- im eigenen Wirkungsbereich: § 117b Abs. 1 Z 22: Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung durch Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, soweit diese im überwiegenden Interesse der Ärzte gelegen sind (Evaluierung gemäß § 49 Abs. 2a) sowie
- im übertragenen Wirkungsbereich: § 117c Abs. 1 Z 5: Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit, ausgenommen im Bereich der Fortbildung, insbesondere durch Errichtung der ÖQMed zur Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen sowie § 117c Abs. 2 Z 8: Verordnung über die ärztliche Qualitätssicherung (§ 118c).

Im Rahmen der demonstrativen Aufzählung des § 118a Abs. 1 Z 1 bis 5 werden diese zuvor genannten Aufgaben näher ausgeführt, wobei im Vergleich zur geltenden Rechtslage bei der Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen auch die Ergebnisqualität genannt wird (Z1).

Da der ÖQMed eigene, jedenfalls teilweise der Hoheitsverwaltung zuzurechnende Zuständigkeiten übertragen werden sollen, handelt sich um eine Beleihung, auf die die vom Verfassungsgerichtshof entwickelten Kriterien, insbesondere die Notwendigkeit der Bindung an die Weisungen eines obersten Organs sowie von Sanktionen für den Fall der Nichtbefolgung allfälliger Weisungen, anzuwenden sind. Durch die letzten beiden Sätze des vorgeschlagenen § 118a Abs. 2 soll die Erfüllung dieser verfassungsrechtlichen Vorgaben sichergestellt werden.

Weiters sollen im § 118 Abs. 2 die gesellschaftsrechtlichen Strukturen der ÖQMed einer Reglementierung unterzogen werden.

Mit den vorgeschlagenen Änderungen des § 118b soll die nach geltender Rechtslage bestehende paritätische Besetzung des Wissenschaftlichen Beirats seitens des Bundesministers für Gesundheit und der Österreichischen Ärztekammer durch eine gesetzliche Benennung der Mitglieder bzw. der entsendungsberechtigten Institutionen ersetzt werden, um eine möglichst breite Beratungsbasis für die ÖQMed und die Österreichische Ärztekammer sowie die gebotene Vernetzung der maßgeblichen Akteure im Bereich der Qualitätssicherung für das Gesundheitswesen sicher zu stellen.

In Ausformung des Weisungsrechts des Bundesministers für Gesundheit soll die Geschäftsordnung an dessen Zustimmung gebunden werden (§ 118b Abs. 1 letzter Satz).

Beabsichtigt ist, dass ein Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH die Vorsitzführung im Wissenschaftlichen Beirat übernehmen soll.

Im Abs. 8 erfolgt im Vergleich zur geltenden Rechtslage eine Ausgestaltung der Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats. Demnach soll dieser eine ausdrückliche Zuständigkeit für die Erstattung von Empfehlungen im Zusammenhang mit der Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c einschließlich der inhaltlichen Gestaltung der Qualitätskriterien sowie der strategischen Planung der Grundlagen des Prozesses der Qualitätsevaluierung für alle niedergelassenen Ärzte einschließlich Gruppenpraxen sowie Ambulatorien der sozialen Krankenversicherung und private Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien, erhalten. Mit dieser Kompetenz soll dem Ziel einer einheitlichen Qualitätssicherung für den gesamten ambulanten Sektor näher getreten werden.

Durch die Übergangsbestimmung des § 230 Abs. 5, wonach die Funktionsdauer des derzeitigen Wissenschaftlichen Beirats mit dem ersten Zusammentreten des neuen Wissenschaftlichen Beirats in der vorgeschlagenen Fassung endet, soll ein optimaler Übergang gewährleistet werden.

Im Hinblick auf die bisherigen Erfahrungen im Umgang mit dem Wissenschaftlichen Beirat soll dessen Rolle auch im Rahmen der Erlassung der Verordnung gemäß § 118c gestärkt werden. In diesem Sinne wird im § 118c Abs. 2 eine unverzügliche schriftliche Mitteilungs- und Begründungspflicht gegenüber dem Wissenschaftlichen Beirat und dem Bundesminister für Gesundheit für den Fall vorgeschlagen, dass die Österreichische Ärztekammer bei der Ausgestaltung der Verordnung von der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats abzuweichen beabsichtigt. Damit soll der Bundesminister für Gesundheit unmittelbar in die Lage versetzt werden, erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen gemäß § 195g Abs. 2 Ärztegesetz 1998, insbesondere eine nochmalige Befassung und Einholung einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats, treffen zu können.

Diese in besonderer Weise zu reglementierende Vorgangsweise steht, wie die entsprechende Bezugnahme zeigt, in direktem Zusammenhang mit § 195g Abs. 2 leg.cit. Diese durch die 13. Ärztegesetz-Novelle eingeführte Bestimmung sieht in Ausformung des Weisungsrechts des Bundesministers für Gesundheit hinsichtlich der Erlassung von Verordnungen im übertragenen Wirkungsbereich ein umfassendes Instrumentarium zur Sicherstellung der Interessen des Bundes, insbesondere die verpflichtende Durchführung eines Begutachtungsverfahrens einschließlich der Bestimmung von Begutachtungsstellen, die verpflichtende umfassende Auswertung der Begutachtungsstellungen sowie die Möglichkeit der Zurückstellung des Verordnungsentwurfs zur Verbesserung, vor. Anzumerken ist, dass die Kooperation der Österreichischen Ärztekammer, insbesondere des Kammeramtes, mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Bereich der gemeinsamen Bewältigung der Aufgaben des übertragenen Wirkungsbereichs, insbesondere auch bei der Vorbereitung von Verordnungen, in einer äußerst zufriedenstellenden Weise angelaufen ist.

Im Übrigen werden die Regelungsinhalte und die fünfjährige Geltungsdauer der Verordnung zur Qualitätssicherung beibehalten. Im Hinblick darauf, dass die aktuelle Verordnung im ersten Quartal 2011 auslaufen wird, ist von einer Beschlussfassung einer neuen Verordnung in der Winter-Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer auszugehen, sodass der Beginn der entsprechenden Vorbereitungsarbeiten ehestmöglich in Aussicht zu nehmen sein wird.

Im § 118d soll der bereits bestehende Evaluierungsbeirat als Organ der ÖQMed auch gesetzlich verankert werden, dem auf der Grundlage der Verordnung gemäß § 118c die Unterstützung der Organe der ÖQMed bei der Planung, Durchführung und praxisgerechten Umsetzung der Evaluierung und Kontrolle, gegebenenfalls auch bei der Beurteilung individueller Evaluierungsergebnisse, obliegen soll (§ 118d Abs. 1).

Gemäß § 118d Abs. 2 soll der Evaluierungsbeirat seine umfassenden Aufgaben nicht nur im Rahmen eines Plenum sondern auch im Rahmen von Evaluierungsausschüssen, die in den Bundesländern nach regionalen Erfordernissen einzurichten sind, bewältigen. Dabei soll das Plenum für die Erfüllung jener Aufgaben zuständig sein, die von bundesländerübergreifender Relevanz sind (Abs. 3), während sich die Evaluierungsausschüsse in den Bundesländern um individuelle Evaluierungen bemühen sollen (Abs. 4).

Sowohl das Plenum als auch die Ausschüsse werden nach dem Vorbild des Wissenschaftlichen Beirats auf breiter Interessensbasis gebildet, wobei insbesondere auf die maßgebliche Einbindung der Sozialversicherungsträger hinzuweisen ist (vgl. Abs. 5 und 7).

§ 118e soll die Grundsätze des neben dem bereits nach geltender Rechtslage bestehenden „allgemeinen Evaluierungsverfahren“, dem die Selbstevaluierung im Intervall von fünf Jahren und Besuche von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen aufgrund von Stichproben und im Rahmen der Mängelkontrolle zu Grunde liegen, auch ein „spezifisches Evaluierungsverfahren“ erfassen.

In diesem neuen Rahmen sollen gemäß § 118e Abs. 1 „Vor-Ort-Besuche“ aufgrund begründeter Anregungen der ärztlichen Standesvertretung, der Sozialversicherung, der Vertreter von Patienteninteressen sowie der Behörden ermöglicht werden, um Mängel aufzuzeigen und zu beheben. In diesem Kontext sind besonders die Kontrollbesuche gemäß § 118e Abs. 3 hervorzuheben, die im Zusammenhang mit allfälligen Vertragskündigungsverfahren aufgrund von Mängeln in der Prozess- und/oder Strukturqualität in Verbindung stehen. Je nach Sachlage (vgl. § 118e Abs. 2 und 3) sollen bei diesen „Vor-Ort-Besuchen“ auch Vertreter von Patienteninteressen und der Sozialversicherungsträger eingebunden werden. Die damit einhergehende Miteinbeziehung des Evaluierungsbeirats und –ausschusses sowie das nähere Verfahren ist in der Verordnung gemäß § 118c auszuführen.

In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass sich die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger darauf verständigt haben, dass Indikatoren für das Qualitätskriterium „Ergebnisqualität“ zur Optimierung der Diagnostik und Behandlung zukünftig in eine eigene Evaluierung einfließen sollen und weiters Konsens darüber besteht, dass die Ergebnisqualität, insbesondere im Hinblick auf die Maßgeblichkeit der Patientencompliance und Individualität der Patienten, nicht oder nur sehr eingeschränkt dem einzelnen Arzt zugerechnet werden könne. Im Rahmen dieses Entwurfs findet diese Sichtweise insofern Berücksichtigung, als klargestellt wird, dass Mängel hinsichtlich der Ergebnisqualität keinen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG darstellen und folglich auch kein Vertragskündigungsverfahren in Aussicht zu nehmen ist (vgl. § 49 Abs. 2b und § 118e Abs. 2 und 3).

Abschließend ist festzuhalten, dass Mängel, die hygienische Anforderungen gemäß § 56 Abs. 1 Z 1 betreffen, eine unverzügliche Verständigungspflicht der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde durch die ÖQMed begründen sollen (§ 118e Abs. 2 letzter Satz). Nach geltender Rechtslage ist eine solche Verpflichtung nicht vorgesehen.

Zu Z 16 (§ 122 Z 6):

Es handelt sich um die Beseitigung eines Redaktionsversehens aus der 13. Ärztegesetz-Novelle.

Zu Z 17 (§ 124 Abs. 3):

Die Vollzugspraxis der Österreichischen Ärztekammer hat gezeigt, dass sich die Prüfung der Vertrauenswürdigkeit im Rahmen von Verfahren zur Austragung aus der Ärzteliste sowohl in fachlicher, als auch juristischer Hinsicht, regelmäßig sehr aufwändig gestaltet. In diesem Zusammenhang hat sich die Einsetzung eines Ehrenrates im Rahmen der Entscheidungsvorbereitung bewährt, der nunmehr als beratender Ausschuss auch seine verdiente gesetzliche Anerkennung finden soll.

Zu Art. 2 (Zahnärztegesetz)

Auch für Angehörige des zahnärztlichen Berufs soll Möglichkeit der Berufsausübung in der Rechtsform einer GmbH eröffnet werden. Auf die Erläuterungen zum Ärztegesetz 1998 wird verwiesen.

Zu Art. 3 (Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten)

Zu Z 1 (§ 2 Abs. 1 Z 5):

Im Zusammenhang mit der Definition des selbständigen Ambulatoriums soll einerseits die beispielhafte Aufzählung im Klammerausdruck entfallen, da diese im Hinblick auf den Fortschritt in der Medizin nicht

mehr repräsentativ ist. Andererseits soll durch Klarstellung in der Definition ermöglicht werden, dass im Zusammenhang mit der Leistungserbringung durch selbständige Ambulatorien - im Gegensatz zu bettenführenden Krankenanstalten - auch die Durchführung von Hausbesuchen möglich ist. Diese Klarstellung ist erforderlich, da Krankenanstalten grundsätzlich standortgebundene Einrichtungen sind, die an diesem Standort der Erbringung medizinischer Leistungen dienen. Diese Möglichkeit entspricht der Zielsetzung des Regierungsprogramms, bedarfsorientierte neue Versorgungsangebote im ambulanten Bereich zu schaffen.

Zu Z 2 (§ 2 Abs. 2 lit. d):

Es handelt sich um eine Aktualisierung eines Zitats.

Zu Z 3 und 4 (§ 2 Abs. 2 lit. e und § 2 Abs. 3):

Im Hinblick auf die verfassungsrechtlich gebotene Abgrenzung zwischen den unter Art. 10 B-VG fallende Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien nach Art. 12 B-VG wird in Abs. 3 des § 2 versucht, nähere Abgrenzungskriterien aufzuzeigen. Sind Ärzte in einer Organisationseinheit angestellt und unterliegen damit den Weisungen des ärztlichen Leiters liegt jedenfalls eine Krankenanstalt im Sinne des Art. 12 Abs. 1 Z 2 B-VG vor. Kommen andere medizinische Gesundheitsberufe zum Einsatz, liegt dann eine Krankenanstalt vor, wenn im Hinblick auf die entsprechende Leitungsspanne eine alleinige Oberaufsicht durch einen Arzt nicht mehr möglich ist. In beiden Konstellationen muss das Zusammenwirken der Ärzte bzw. der Ärzte mit sonstigen Angehörigen von Gesundheitsberufen durch eine Anstaltsordnung geregelt werden, um eine klare Festlegung von Verantwortlichkeiten und der Spielregeln des Zusammenwirkens vorzunehmen. Diesfalls liegt daher auch die nach der Judikatur geforderte anstaltsmäßige Organisation vor, da gerade im ambulanten Sektor nicht unbedingt eine Unterscheidungskriterium in der gerätemäßigen Ausstattung liegt.

Zu Z 5 (Überschrift vor § 3):

Im Hinblick auf die Differenzierung der Regelungen hinsichtlich der Errichtungsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten und selbständige Ambulatorien erfolgt eine Anpassung der Überschrift.

Zu Z 6 und 10 (§ 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 3):

Nach dem Vorbild einiger Landesausführungsgesetze wird explizit klargestellt, dass vor Initiierung eines Verfahrens zur Errichtung einer Krankenanstalt mit allen dafür vorgesehenen Anforderungen ein Verfahren über die Feststellung des Bedarfs möglich ist. Gleiches gilt für selbständige Ambulatorien.

Zu Z 7 (§ 3 Abs. 2 lit. a):

Es erfolgt eine ausdrückliche Regelung zu den Motiven und Gründen für eine Bedarfsprüfung, nämlich die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und die Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.

Zu Z 8 (§ 3 Abs. 2a):

Eine Regelung des Marktzugangs für Bereiche, in denen ausschließlich Leistungen erbracht werden, die außerhalb des Erstattungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, wäre überschießend und damit verfassungswidrig.

Zu Z 9 (§ 3 Abs. 2b und 2c):

Die Abführung eines gesonderten Bedarfsprüfungsverfahrens für Fondskrankenanstalten, für die im jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan detaillierte Vorgaben enthalten sein müssen (vgl. § 10a Abs. 2), erübrigt sich bzw. hat durch Vergleich des vorgesehenen Anstaltszwecks und Leistungsangebots mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplans zu erfolgen (§ 3 Abs. 2 b).

Zu Abs. 2c: Der Europäische Gerichtshof hat in der Rechtssache „Hartlauer“ auch auf seine ständige Rechtsprechung hingewiesen, wonach ein System der vorherigen behördlichen Genehmigung, das in Grundfreiheiten eingreift, nur dann gerechtfertigt ist, wenn es auf objektiven, nicht diskriminierenden im Voraus bekannten Kriterien beruht, damit der Ermessensausübung durch die nationalen Behörden hinreichend Grenzen gesetzt werden. Es hat die bestehende Regelung, die bloß auf das Vorliegen eines Bedarfs abstellt, ohne näher Kriterien festzulegen, wann ein solcher besteht, als nicht ausreichend determiniert beurteilt. Dies im Hinblick darauf, dass in den Ausgangsverfahren die Frage des Bedarfs in den betreffenden Bundesländern nach völlig unterschiedlichen Kriterien geprüft worden sei (Zahl pro Patient pro Zahnarzt im Einzugsgebiet versus Wartezeiten).

Es ist daher erforderlich, im Rahmen der Neuregelung der Bedarfsprüfung bereits im Grundsatzgesetz die Kriterien festzulegen, die im Rahmen der Bedarfsprüfung zu berücksichtigen sind. Es handelt sich dabei um jene Kriterien (Planungsmethoden und soweit vorhanden Ergebnisse), auf die sich Bund und Länder

im Rahmen des österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) verständigt haben. Diese Planungsmethoden und Ergebnisse sind für potentielle Bewerber auch transparent, das sie dem ÖSG, der auf der Home-Page des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht ist, entnommen werden können.

Nach der bisherigen ständigen Judikatur des VwGH zur Bedarfsprüfung ist ein Bedarf schon dann zu bejahen, wenn durch die Errichtung der Krankenanstalt die ärztliche Betreuung der Bevölkerung wesentlich erleichtert, beschleunigt, intensiviert oder in anderer Weise wesentlich gefördert wird. Somit sei kein allzu strenger Maßstab anzulegen und erscheine nicht notwendig, einen krassen Mangel an einschlägigen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten festzustellen. Im Hinblick darauf, dass Österreich mit bettenführenden Krankenanstalten durchaus ausreichend versorgt - bzw. im internationalen Durchschnitt sogar überversorgt - ist, soll der Prüfungsmaßstab für das Vorliegen eines Bedarfs im bettenführenden Sektor allerdings strenger gefasst werden und nur mehr bei einer Unterversorgung im Einzugsgebiet anzunehmen sein. Dem Kriterium der Wartezeit, dem nach der Judikatur des VwGH im Rahmen der Bedarfsprüfung derzeit eine entscheidende Bedeutung zukommt, darf im Hinblick auf die Aussagen des EuGH im „Hartlauer“ Urteil (RZI 69) wegen seiner mangelnde Objektivität hingegen keine maßgebliche Bedeutung mehr zukommen. Der EuGH hat nämlich festgestellt, dass die Prüfung der Wartezeit anhand von Antworten der Zahnärzte im Einzugsgebiet erfolgt, obwohl diese unmittelbare potentielle Konkurrenten des Antragstellers sind. Eine solche Vorgehensweise ist jedoch geeignet, die Objektivität und Unparteilichkeit der Behandlung des betreffenden Bewilligungsantrages zu beeinträchtigen.

Zu Z 11 und 12 (§ 3 Abs. 4 lit. a und lit.e):

Es handelt sich um notwendige Zitat Anpassungen bzw. Anpassungen, die auf Grund der Trennung der Bestimmungen für bettenführende Krankenanstalten und selbständige Ambulatorien erforderlich geworden sind.

Zu Z 13 (§ 3 Abs. 4 lit. f):

Vgl. die Ausführungen zu § 62g.

Zu Z 14, 15 und 16 (§ 3 Abs. 5, Abs. 6 und Abs. 7):

Es handelt sich um notwendige Zitat Anpassungen bzw. Anpassungen, die auf Grund der Trennung der Bestimmungen für bettenführende Krankenanstalten und selbständige Ambulatorien erforderlich geworden sind.

Zu Z 17 (§ 3a und § 3b neu):

Die genannten §§ enthalten die Regelungen für die Errichtungs- und Betriebsbewilligung für selbständige Ambulatorien, die hinsichtlich der Bedarfsprüfung in Symmetrie zu den entsprechenden Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 betreffend Gruppenpraxen gestaltet sind.

Abs. 2: Der VfGH hat in seinem Erkenntnis Slg. Nr. 13023 ausgesprochen, dass der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen vorrangige Bedeutung zukomme, dies insbesondere auch deshalb, weil hier durch öffentliche Mittel eine für den einzelnen finanziell tragbare medizinische Behandlung sichergestellt wird. Diese Betrachtungsweise greift jedoch insofern zu kurz, als durch das System der Wahlarztkostenerstattung auch medizinische Leistungen in privaten selbständigen Ambulatorien zu einem nicht unwesentlichen Teil durch Mittel der öffentlichen Hand getragen werden. Daher soll im Rahmen der Bedarfsprüfung die bestehende Versorgungslage auch unter Einbeziehung von Nichtkassenvertragspartnern, die jedoch im Wahlarzterstattungssystem eine Rolle spielen, beurteilt werden.

Im Gegensatz zu den Regelungen für bettenführende Krankenanstalten ist hier ein Bedarf schon dann zu bejahen, wenn mit dem Betrieb des selbständigen Ambulatoriums eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann.

Die Kriterien, die im Rahmen der Feststellung des Bedarfs heranzuziehen sind (Abs. 3), sind jene, auf die sich Bund und Länder im Rahmen des ÖSG für die ambulante Planung geeinigt haben. Im Gegensatz zum bettenführenden Bereich bezieht sich diese Einigung lediglich auf die Planungsmethodik, Ergebnisse liegen hier mangels einheitlicher Datenbasis noch nicht generell vor.

Zu Abs. 5: Im Sinne der nach der Judikatur des EuGH erforderlichen Vereinheitlichung der Vollziehung in Bezug auf die Kriterien der Bedarfsprüfung ist es im Rahmen des ambulanten Bereichs mangels bislang vorliegender einheitlicher Datenbasis und Planungsergebnisse erforderlich, im Rahmen des Verfahrens ein wissenschaftliches Planungsinstitut mit der Erstellung eines Gutachtens zur Bedarfsfrage an Hand der Kriterien des Abs. 3 zu beauftragen.

Die Landesgesundheitsplattform, die den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) für das Bundesland zu beschließen hat, soll aus diesem Grund im Verfahren eine Stellungnahme abgeben können.

Zu Abs. 7: Von besonderer Bedeutung ist die rechtlich verbindliche Vorgabe von Leistungsspektrum und Versorgungsangebot. Dies deshalb, da Sinn der Schaffung neuer ambulanter Strukturen die Entlastung des Spitalsambulanzsektors ist, der vor allem an Wochenenden, an Feiertagen und in den sog. Randzeiten (Abendstunden, Nachmittage vor Wochenenden oder Feiertagen) die wesentliche Versorgungsfunktion trägt (siehe eben auch Regierungsprogramm). Es bedarf daher einer der Rechtswirksamkeit zugänglichen Festlegung von Leistungsangebot, Öffnungszeiten, um dieses Ziel zu erreichen. Aus diesem Grund wurde auch für selbständige Ambulatorien die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen von Hausbesuchen eröffnet. Wo dies versorgungspolitisch sinnvoll ist, soll auch die Verpflichtung zu deren Durchführung mittels Auflagen vorgeschrieben werden können.

Die Abs. 7 und 8 entsprechen geltender Rechtslage. Auch in § 3b sind - abgesehen von Abs. 1 Z 5 - keine inhaltlichen Änderungen erfolgt.

Zu Z 18 (§ 5):

Zitatanpassung.

Zu Z 19, 20, 21 und 22 (§ 7 Abs. 5 und § 7a Abs. 3):

Um eine ordnungsgemäße Durchführung der Leitungsaufgaben eines ärztlichen Leiters sicherzustellen, wird diese Funktion auf maximal zwei Krankenanstalten beschränkt. Da die Regelungen auf die Versagung einer Genehmigung der Bestellung abstellen, bleiben bestehende, von der Landesregierung bereits genehmigte Leitungsfunktionen unberührt.

Für größere bettenführende Krankenanstalten ordnet die Regelung des § 7 Abs. 2 letzter Satz, zusätzlich an, dass die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben ist.

Zu Z 23 (§ 8a Abs. 5):

Bei selbständigen Ambulatorien soll es im Sinne der Verwaltungsvereinfachung zulässig sein, dass die Funktion des Krankenhaushygienikers auch durch den ärztlichen Leiter ausgeübt wird, wenn er die dafür erforderliche Qualifikation erfüllt.

Zu Z 24 (§ 8d):

Die Verpflichtung, über die jährliche Personalplanung der Landesregierung einen jährlichen Bericht vorzulegen, wird auf bettenführende Krankenanstalten beschränkt.

Zu Z 25 und 26 (§ 10a Abs. 1 und 2):

Bund und Länder kamen in Art. 48 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens überein, im Zusammenhang mit der Transformation dieser Vereinbarung – insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) – krankenanstaltenrechtliche Regelungen unter anderem zur Umsetzung des ÖSG in RSG und hinsichtlich der Festlegung der Mindestinhalte des RSG (u.a. Bettenzahl je Fachrichtung und Versorgungsregion) mit entsprechendem Spielraum zur landes- bzw. regionsspezifischen Umsetzung vorzusehen.

Die vorgeschlagenen Änderungen im § 10a, die im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit den Ländern und der Sozialversicherung akkordiert wurden, stellen die entsprechende krankenanstaltenrechtliche Umsetzung dar.

Zu Z 27 (§ 40 Abs. 1 lit. e):

Die bislang im § 40 für private Krankenanstalten wiederholte Verpflichtung, Arzneimittel aus einer Apotheke im EWR zu beziehen, ergibt sich schon aus dem entsprechenden Verweis auf § 20.

Da der Arzneimittelvorrat von selbständigen Ambulatorien - je nach Anstaltszweck - umfangmäßig sehr gering sein kann, soll die Verpflichtung, diesen vierteljährlich durch den Konsiliarapotheker überprüfen zu lassen, auf eine jährliche Überprüfung gelockert werden. Ergibt sich aus dem Anstaltszweck hingegen ein größerer Arzneimittelvorrat oder beinhaltet dieser besonders sensible Produkte, werden öftere Inspektionsintervalle angezeigt sein.

Zu Z 28 (§ 60 Abs. 1a):

Um unnötige Störungen des Betriebs einer Krankenanstalt hintanzuhalten, sollen die Bezirksverwaltungsbehörden verpflichtet werden, Überprüfungen im Rahmen der sanitären Aufsicht vor Ort so weit als möglich mit Kontrollen abzustimmen, die in der Krankenanstalt durch sie oder andere Behörden nach anderen Rechtsvorschriften erforderlich sind.

Im Sinne einer Verwaltungsvereinfachung für Behörden und Rechtsträger von Krankenanstalten soll klargestellt werden, dass aktuelle einschlägige Befunde oder Gutachten im Rahmen der sanitären Aufsicht so weit als möglich zu berücksichtigen sind, auch wenn sie ursprünglich auf Grund anderer Rechtsvorschriften eingeholt bzw. erstellt wurden.

Zu Z 29 (§§ 62g und 63h):

Um die Parallelität zu den Regelungen im Ärzte- und Zahnärztegesetz auch diesbezüglich zu gewährleisten, sollen auch Träger von Krankenanstalten verpflichtet werden, für ihre medizinische Tätigkeit eine Haftpflichtversicherung abzuschließen. Eine Ausnahme von dieser Verpflichtung ist allerdings in jenen Fällen sachlich gerechtfertigt, in denen eine ausreichende Absicherung betroffener Patienten im Hinblick auf den dahinterstehenden Träger gewährleistet erscheint. Wegen der vielfach erfolgten Ausgliederungen insbesondere von früheren Landeskrankenanstalten soll in solchen Fällen ein haftungsrechtlicher Durchgriff auf die entsprechende Gebietskörperschaft bzw. Körperschaft öffentlichen Rechts bestehen.

Es wird davon ausgegangen, dass schon bisher für den weitaus überwiegenden Teil der Krankenanstalten eine entsprechende versicherungsrechtliche Absicherung besteht, sodass insgesamt nur geringe finanzielle Auswirkungen für die Betriebe entstehen, was im Sinne der Fortentwicklung des Patientenschutzes in Kauf zu nehmen ist.

Zu § 62h vgl. die Ausführungen zu § 52b Abs. 4 Ärztegesetz 1998.

Zu Z 30 (§ 65a):

Abs. 1 enthält die Ausführungsfrist für den Landesgesetzgeber. Abs. 2 legt fest, dass ab einem bestimmten Stichtag - einheitlich in allen Ländern - alle Verfahren zur Bedarfsprüfung nach der neuen Rechtslage zu führen sind. Für davor anhängige Verfahren steht dem Landesausführungsgesetzgeber die Wahlmöglichkeit seiner gesetzlichen Regelung offen (Fortführung nach „alter“ Rechtslage oder Wiederholung allenfalls bereits weit fortgeschrittener Verfahren nach neuer Rechtslage).

Zu Art. 4 bis 7 (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (72. Novelle), Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz, Bauern-Sozialversicherungsgesetz und Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz)

Zu Art. 4 Z 1, 11 bis 13, 19 und 20 und Art. 7 Z 3 (§§ 5 Abs. 2, 120, 122 Abs. 2 und 3, 162 Abs. 1 und 3 ASVG sowie § 53 Z 3 B-KUVG):

Die vorgenommenen Änderungen tragen dem Umstand Rechnung, dass das Karenzgeldgesetz (KGG), das für Ansprüche aus Geburten vor dem 1. Jänner 2002 gilt, auf Grund des Auslaufens möglicher Übergangsfälle für den Karenzgeldbezug keine praktische Anwendbarkeit mehr hat, weshalb die gesetzlichen Verweisungen entfallen können oder anzupassen sind.

§ 122 Abs. 3 ASVG regelt die Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft über die Bestimmungen des Abs. 2 leg.cit. hinaus (Eintritt der Schwangerschaft während einer aufrechten Pflichtversicherung). Bestimmte „schädliche“ Auflösungsarten (zB verschuldete Entlassung, einvernehmliche Lösung des Dienstverhältnisses) des Dienstverhältnisses verhindern allerdings die Gewährung dieser Leistungen. Im Falle einer nachfolgenden Geburt ist derzeit vorgesehen, dass die Leistungen auch dann nicht zustehen sollen, wenn die Dienstnehmerin aus einem dieser „schädlichen“ Gründe unmittelbar nach Ende des Bezuges von Karenzgeld ihre vorherige Beschäftigung nicht mehr aufgenommen hat. Die Judikatur (zB OGH 22.12.2008, 10 ObS 125/08t) hat interpretativ den Bezug des Karenzgeldes durch den Bezug von Kinderbetreuungsgeld ersetzt und an das Ende des Kinderbetreuungsgeldbezuges angeknüpft.

In Folge der verschiedenen Varianten für den Bezug von Kinderbetreuungsgeld stimmt der Zeitraum des Karenzurlaubs nach § 15 MSchG (längstens bis zum Ablauf des zweiten Lebensjahres des Kindes) mit der Bezugsdauer des Kinderbetreuungsgeldes (12 bis 30 Monate) oft nicht überein.

Nunmehr soll im § 122 Abs. 3 ASVG vorgesehen werden, dass die Dienstnehmerin - um ihren Wochengeldanspruch für eine nachfolgende Geburt zu erhalten - ihre vorherige Beschäftigung unmittelbar nach Ablauf der Karenz nach § 15 MSchG wieder aufnehmen muss und das Dienstverhältnis nicht aus einem der „schädlichen“ Gründe beenden darf. Da die Karenz nach § 15 MSchG längstens bis zum Ablauf des zweiten Lebensjahres des Kindes dauern kann, ist bei kurzem Kinderbetreuungsgeldbezug keine sofortige Wiederaufnahme des Dienstverhältnisses notwendig. Gegenüber dem Kinderbetreuungsgeldbezug als Anknüpfungzeitpunkt verkürzt sich im Falle des maximalen Kinderbetreuungsgeldbezuges der Mutter der Zeitraum bis zur Wiederaufnahme des Dienstverhältnisses um sechs Monate (außer das Dienstverhältnis wurde aus einem „unschädlichen“ Grund nicht wieder aufgenommen).

Des Weiteren wird anlässlich der o.a. Entscheidung des OGH klargestellt, dass Wochengeld auch dann nicht gebührt, wenn eine Dienstnehmerin ihre vorherige Beschäftigung unmittelbar nach Ende des Karenzurlaubes nach § 15 Abs. 1 MSchG deshalb nicht wieder aufnimmt, weil sie mit dem Dienstgeber eine darüber hinausgehende Karenzierung vereinbart hat.

Zu Art. 4 Z 2, 9, 21 und 22 (§§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. l, 74 Abs. 5, 175 Abs. 4 und 177 Abs. 3 ASVG):

Nach Art. 4 in Verbindung mit Art. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Einführung der halbtägig kostenlosen und verpflichtenden frühen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen haben die Länder bis längstens 1. September 2010 eine gesetzliche Pflicht zum Besuch von geeigneten institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen im letzten Jahr vor der Schulpflicht im Ausmaß von mindestens 16 bis 20 Stunden vorzusehen. Zum Besuch von institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen sind nach Art. 4 der genannten Art. 15a-Vereinbarung jene Kinder verpflichtet, die vor dem 1. September des jeweiligen Jahres das 5. Lebensjahr vollendet haben und im Folgejahr schulpflichtig werden.

Kinder, die eine Kinderbetreuungseinrichtung besuchen, sind nach der geltenden Rechtslage in der Regel als Angehörige nach § 123 ASVG und die entsprechenden Parallelbestimmungen der Sondergesetze berechtigt, Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Da nunmehr auf landesgesetzlicher Ebene eine Pflicht zum Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung geschaffen wird, soll der Schutz der Unfallversicherung auf Kinder, die aufgrund dieser Verpflichtung eine institutionelle Kinderbetreuungseinrichtung besuchen, ausgedehnt werden. Aus Praktikabilitätsgründen sollen diese Kinder für das gesamte Ausmaß ihres Besuchs der Kinderbetreuungseinrichtung – und nicht nur im Ausmaß der verpflichtenden 16-20 Stunden – der Teilversicherung in der Unfallversicherung unterliegen.

Nach geltender Rechtslage sind nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i ASVG Schüler/Schülerinnen und Studenten/Studentinnen in der Unfallversicherung teilversichert. Die nunmehrige Einbeziehung von Kindern, die im letzten Jahr vor Schulpflicht eine institutionelle Kinderbetreuungseinrichtung besuchen müssen, erscheint vor diesem Hintergrund als gerechtfertigt.

Entsprechend der Teilversicherung der Schüler/Schülerinnen und Studenten/Studentinnen in der Unfallversicherung soll die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt auch für den neu einzubeziehenden Personenkreis jährlich den Betrag bereitstellen, der zur Deckung des Aufwandes der Unfallversicherung für diese Personen notwendig ist (siehe finanzielle Erläuterungen). Der vom Familienlastenausgleichsfonds nach § 39a Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376/1967, zu leistende Beitrag soll in der Höhe nicht verändert werden.

Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit dem die Versicherung begründenden Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung ereignen, sollen – analog zur Regelung für Schüler/innen und Student/innen als Arbeitsunfälle im Sinne von § 175 Abs. 1 ASVG gelten. Durch die entsprechende Anwendung von Abs. 2 Z 1, 2, 5, 6, 7 und 9 leg. cit. unterliegen nunmehr auch Wegunfälle im Zusammenhang mit dem die Versicherung begründenden Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung dem Schutz der Unfallversicherung. Institutionelle Kinderbetreuungseinrichtungen sind in diesem Zusammenhang als „Arbeits- oder Ausbildungsstätte“ im Sinne von Abs. 2 Z 1, 2, 7, 8 und 9 leg. cit. anzusehen.

Zu Art. 4 Z 3, 5, 8, 23, 24 bis 27, 29 bis 32, 35, 36 und 59 (§§ 10 Abs. 5, 28 Z 2 lit. a, 37, 181b, 192 samt Überschrift, 195 Abs. 7, 203 Abs. 2, 204 Abs. 4, 210 Abs. 1, 212 Abs. 3, 319a Abs. 2, 335 Abs. 3 und 363 Abs. 4 ASVG):

Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Anpassung von Verweisen im Zusammenhang mit der Schaffung der Teilversicherung in der Unfallversicherung für den verpflichtenden Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung sowie der Beseitigung eines Redaktionsversehens im § 10 Abs. 5 ASVG.

Zu Art. 4 Z 4, 17, 18, 37, 60, 61, Art. 5 Z 5 bis 7 und 8, Art. 6 Z 1 und 2, Art. 7 Z 4, 5 und 7 (§§ 23 Abs. 6, 133 Abs. 5, 144 Abs. 4, 339 Abs. 1 sowie 460e und 538d Abs. 2 Z 4 ASVG; §§ 90 Abs. 1 lit. c, 95 Abs. 1 und 2 sowie 231a GSVG; §§ 89 Abs. 4 und 219a BSVG; §§ 62 Abs. 5, 66 Abs. 4 und 159a B-KUVG):

Bei den vorgeschlagenen Änderungen handelt es sich um Zitatsanpassungen an die durch das Verwaltungsreformgesetz, BGBl. I Nr. 65/2002 erfolgte Änderung des Titels des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. I/1957, in „Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“.

Zu Art. 4 Z 6 und 15 (§§ 31 Abs. 5 Z 11 sowie 129 ASVG):

Durch die vorgeschlagene, auf einer Anregung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger beruhenden Neufassung des § 129 ASVG soll dem Umstand, dass sich die praktische Abwicklung der Leistungsanspruchnahme seit der Einführung der e-card geändert hat (Versicherte und deren Angehörige mit Wohnsitz außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträger nehmen Leistungen ohne Zustimmung des zuständigen Krankenversicherungsträgers in Anspruch) Rechnung getragen werden.

Durch die vorgesehene Änderung des § 129 ASVG wird geregelt, wie die Inanspruchnahme von Leistungen bei einer künftigen Ausweitung des e-card-Systems auf weitere Vertragspartner ohne Ausstellung eines Betreuungsscheines erfolgen kann. Damit soll eine zeitgemäße, den praktischen Erfordernissen des e-card-Systems entsprechende Rechtsgrundlage für Leistungsanspruchnahmen durch Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers geschaffen werden.

Durch die gewählte Regelungstechnik lassen sich Leistungsanspruchnahmen generell in drei Bereiche gliedern:

1. gewöhnlicher Aufenthalt außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers (Abs. 1);
2. vorübergehender Aufenthalt außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers (Abs. 2);
3. Anreise zur Behandlung in den Sprengel eines anderen Krankenversicherungsträgers (Abs. 3).

Nach § 66 Abs. 1 JN ist unter dem Wohnsitz einer Person jener Ort zu verstehen, an dem sie sich in der Absicht niedergelassen hat, dort ihren dauernden Aufenthalt zu begründen. Der gewöhnliche Aufenthalt einer Person bestimmt sich nach § 66 Abs. 2 JN hingegen ausschließlich nach tatsächlichen Umständen. Durch die in Abs. 1 vorgesehene Umstellung der Terminologie vom Wohnsitz auf den gewöhnlichen Aufenthalt soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Bestimmung grundsätzlich für jene Personen gilt, die sich überwiegend (also gewöhnlich, dh mit einer gewissen Dauer und Beständigkeit) und nicht nur melderechtlich (Wohnsitz) im Sprengel eines anderen Versicherungsträgers aufhalten. Das bisher vorgesehene Ersuchen des zuständigen Versicherungsträgers an den für den Wohnsitz zuständigen Versicherungsträger zur Erbringung von Leistungen entfällt.

Der für den gewöhnlichen Aufenthalt zuständige Krankenversicherungsträger ist nach wie vor zur Leistungserbringung an den Versicherten verpflichtet. Für die erbrachte Leistung gebührt Kostenersatz, Verwaltungsauslagen sind nicht weiterverrechenbar. Die vom aushelfenden Träger zu erbringenden Leistungen werden mit Sachleistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft und mit der Zahnbehandlung nach § 153 ASVG genau definiert. Geldleistungen aus den genannten Versicherungsfällen (Kranken- und Wochengeld) sind stets durch den zuständigen Krankenversicherungsträger zu erbringen. Anstaltspflege und Heilbehelfe sind nach den Bestimmungen des zuständigen Versicherungsträgers zu bewilligen.

§ 129 Abs. 2 ASVG legt fest, dass die Bestimmungen des Abs. 1 im Falle der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers entsprechend anzuwenden sind. Durch die Neuregelung im § 129 Abs. 3 ASVG wird den Versicherungsträgern die Möglichkeit eingeräumt, die gezielte und geplante Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs an ihre vorherige Zustimmung zu binden. Der bisherige § 129 Abs. 4 ASVG (Betreuungersuchen) entfällt. § 129 Abs. 5 ASVG regelt die Erstellung von Richtlinien über die Verrechnung der Kostenersätze durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; diese bedürfen der Zustimmung des Bundesministers für Gesundheit und sind im Internet zu verlautbaren.

Zu Art. 4 Z 7 (§ 32h ASVG):

Die Vertragspartner-Analyse ist als „Analyse- und Benchmarking-Instrument der Träger für die Träger“ beauftragt und konzipiert worden, mit deren Hilfe die Gebietskrankenkassen Kostendämpfungspotentiale im Bereich ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen sowie Heilmittel erkennen und Maßnahmen setzen können, um diese zu heben. Nunmehr soll für dieses Instrument eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Die Gebietskrankenkassen sollen demnach gemeinsam die Auswirkungen der Vertragspartner-Regelungen einem Controlling durch eine strukturierte Analyse mit dem Ziel unterziehen, eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking) zu ermöglichen.

Zu Art. 4 Z 10, 28, 33 und 34, Art. 5 Z 1 und 2, Art. 7 Z 6 (§§ 104 Abs. 5, 199 Abs. 2, 214 Abs. 4 und 216 ASVG, § 32 Abs. 1 und 2 GSVG sowie § 114a B-KUVG):

Mit den vorgeschlagenen Änderungen sollen redaktionelle Klarstellungen im Zusammenhang mit der Einführung der eingetragenen Partnerschaft vorgenommen werden.

Zu Art. 4 Z 14 und 62 (§§ 125 Abs. 1 und 652 Abs. 4 ASVG):

Nach § 125 Abs. 1 ASVG ist Bemessungsgrundlage für das Krankengeld der für die Beitragsermittlung heranzuziehende und auf einen Kalendertag entfallende Arbeitsverdienst, der dem (der) Versicherten in jenem Beitragszeitraum gebührte, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches voranging. Freie Dienstnehmer/innen haben aufgrund der Flexibilität ihrer Beschäftigung oftmals einen stark schwankenden Arbeitsverdienst, weshalb es zu Krankengeldansprüchen kommen kann, die nicht den durchschnittlichen Beitragsleistungen der letzten Kalendermonate entsprechen.

Im Gegensatz dazu haben Dienstnehmer/innen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Dienstgeber, die sich bei leistungsbezogener Entlohnung ohnehin nach dem durchschnittlichen Einkommen der letzten drei Monate (13 Wochen) bemisst (§ 3 Abs. 4 EFZG). Bei Dienstnehmer/innen wird somit über den Umweg der Entgeltfortzahlung das jeweilige Durchschnittseinkommen herangezogen, während bei freien Dienstnehmer/innen mangels Anwendbarkeit des EFZG dies nicht der Fall ist.

§ 125 ASVG soll daher dahingehend geändert werden, dass für freie Dienstnehmer/innen als Durchrechnungszeitraum die letzten drei vollen Monate gelten, um somit unbillige Härten zu vermeiden und ein im Bezug auf die getätigten Beitragsleistungen ausgewogeneres Ergebnis zu liefern. Durch die Ausdehnung des Beitragszeitraumes auf drei Monate, wird es öfters zur Berechnung des Krankengeldanspruches nach dem laufenden Beitragszeitraum kommen.

Zu Art. 4 Z 16 (§ 131 Abs. 1 ASVG):

Bei der Kostenerstattung wird grundsätzlich vom Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80% des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, ausgegangen. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen. Da die Vergütung von Leistungen einer Gruppenpraxis jedenfalls dann, wenn es sich um eine Gruppenpraxis handelt, die fächerübergreifende Leistungen anbietet, nach Pauschalssystemen honoriert werden soll, ist die Ausnahmeregelung entsprechend anzupassen. Eine Honorierung nach Fallpauschalen, die einer erbrachten Einzelleistung gleichkommt, etwa im Rahmen eines DRG-Systems (DRG steht für „Diagnosis Related Groups“ und ist eine medizinisch-ökonomische Klassifizierung (Diagnosebezogene Fallgruppen), wie sie etwa im LKF-System angewendet wird), soll daher den Einzelleistungen gleichgestellt werden.

Zu Art. 4 Z 40 bis 44 und 62 (§§ 341 Abs. 3, 342 Abs. 2, 2a Z 4 und Abs. 3, 342a sowie 652 Abs. 3 ASVG):

Im Vertragspartnerregime sollen nunmehr ergänzende Sonderregelungen für Gruppenpraxen im Hinblick auf deren spezifische Versorgungsaufgaben im Bereich von bedarfsgerechten Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen) geschaffen werden (§ 342a ASVG). Bei der Vergütung der ärztlichen Tätigkeiten sind das Leistungsspektrum (insbesondere bei fächerübergreifender Zusammenarbeit) und die möglichen Wirtschaftlichkeitspotentiale der Organisation als Gesellschaft zu berücksichtigen (als GmbH die beschränkte Haftung der Gesellschafter/innen, entstehende Synergien durch die Zusammenarbeit mit Fachkolleginnen oder die Fixkostendegression durch die Aufteilung bestehender Fixkosten auf mehrere Gesellschafter/innen). Bei der Vergütung der Tätigkeit soll der bisher bestehende Grundsatz der Einzelleistungshonorierung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Gruppenpraxen durch die nunmehr gleichrangige Vergütung nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen abgelöst werden. Die Vergütung hat bei fächerübergreifenden Gruppenpraxen jedenfalls nach Pauschalmodellen (zB Fallpauschalen, Deckelungen, Kopfpauschalen) zu erfolgen. Die Vergütung von Leistungen vertrags(zahn)ärztlicher Gesellschaften hat auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu erfolgen, die auf Basis des Art. 9 (Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs) der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, und des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen auch für den ambulanten Bereich zu erarbeiten und vom Bundesminister für Gesundheit zur Verfügung zu stellen ist. Dabei hat der Bundesminister für Gesundheit bei der Entwicklung dieser Abrechnungsmodelle für die Einbindung der Österreichischen Ärztekammer zu sorgen. Die Verrechnung der von Vertrags-Gruppenpraxen erbrachten Leistungen hat spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2013 auf dieser Basis zu erfolgen.

§ 342 Abs. 4 ASVG regelt den Fall, dass sich Vertragsärztinnen/Vertragsärzte ohne Zulassungsverfahren nach dem Ärztegesetz 1998 zu einer Gesellschaft nach § 52 Abs. 1 Z 2 lit. a ÄrzteG 1998 oder nach der korrespondierenden Bestimmung des § 26 Abs. 1 Z 2 lit. a ZÄG zusammenschließen. Ihre bisherigen Einzelverträge sollen durch einen auf einem Gruppenpraxis-Gesamtvertrag basierenden Gruppenpraxis-Einzelvertrag abgelöst werden (Erlöschen der bisherigen Einzelverträge). Damit die Kontinuität der Vertragsbeziehungen gewahrt bleibt, soll - so wie dies der gängigen Praxis entspricht - in einer wechselseitigen schriftlichen Zusage (Vorvertrag) der sich in Gründung befindenden Gesellschaft mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse der Inhalt des in der Folge abzuschließenden Gruppenpraxis-Einzelvertrages bereits vorweg genommen werden.

Im Regelfall verbleibt die in einer Gesellschaft gebundene Planstelle bei Ausscheiden eines/einer Gesellschafter/Gesellschafterin in dieser und ist gegebenenfalls neu auszuschreiben, die Regelungen über die Nichtnachbesetzung einer Vertragsarztstelle (§ 343 Abs. 1a und b ASVG) nach dem 4. SRÄG 2009, BGBl. I Nr. 147/2009, sind entsprechend anzuwenden. Zusätzlich kann es mit Zustimmung der Gesamtvertragsparteien zu einer Mitnahme der Planstelle bei Ausscheiden aus der Gesellschaft kommen, was eine Redimensionierung des bestehenden Gruppenpraxis-Vertrages (Bei drei Gesellschaftern/Gesellschafterinnen, von denen eine/einer ausscheidet, kommt es von den drei bisher in der Gesellschaft gebundenen Planstellen zum nunmehrigen Wegfall einer in der Gruppenpraxis gebundenen Planstelle) zur Folge hat. In einem solchen Fall des Ausscheidens lebt der ursprüngliche Einzelvertrag des ausgeschiedenen Gesellschafter wieder auf. Ein Ausscheiden aus der Gesellschaft ohne Zustimmung der Gesamtvertragsparteien unter Mitnahme der Planstelle ist hingegen rechtlich nicht möglich. Die Bedachtnahme auf die Planung nach dem Regionalen Strukturplan Gesundheit ist durch die bereits bestehende Bestimmung des § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG gesichert, da bei der Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen dieser zu beachten ist.

Das in § 342 Abs. 3 ASVG bestehende vorherige Erfordernis der Zustimmung der Gesamtvertragsparteien (bei Änderung der medizinischen Fachgebiete der Gesellschaft oder Aufnahme eines oder mehrerer Gesellschafter/innen) wird aus systematischen Gründen in den neu geschaffenen § 342a ASVG verschoben.

Die Gründung von Gruppenpraxen soll nicht verzögert oder im Falle des Nicht-Zustandekommens eines Gruppenpraxis-Gesamtvertrages gar gänzlich verhindert werden, weshalb es zur Sicherstellung oder Verbesserung des Sachleistungsangebotes erforderlich ist, auch die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen vorzusehen, die nicht auf einem (Gruppenpraxis-)Gesamtvertrag basieren. Jenen sind aber einheitliche Grundätze zu Grunde zu legen und es ist dabei auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) Bedacht zu nehmen. Diese Konstruktion ist im ASVG bereits jetzt im § 349 Abs. 2 ASVG im Bereich der freiberuflich tätigen klinischen Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgesehen. Ergänzend zur Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den der Einzelvertrag abgeschlossen wird, soll dieser auch an die Zustimmung der zuständigen Ärztekammer gebunden sein.

Im § 342 Abs. 2a Z 4 ASVG soll die Kostenentwicklung für Gruppenpraxen künftig ein eigenständiges Kriterium für die Honorarverhandlungen in diesem Bereich sein.

§ 52a Abs. 4 ÄrzteG sieht Regelungen betreffend Standorte und Berufssitz für Vertrags-Gruppenpraxen vor, eine darüber hinaus gehende Bestimmung im ASVG ist daher nicht erforderlich.

Zu Art. 4 Z 45 und 46 (§ 343 Abs. 1 und 1a bis 1c ASVG):

Die Regelung des § 343 Abs. 1 ASVG über die Aufnahme der Ärztinnen und Ärzte in den Vertrag soll zur besseren Übersichtlichkeit in zwei Absätze (Abs. 1 und 1a) aufgliedert werden.

Nach § 341 Abs. 3 ASVG in der geltenden Fassung sind Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis im Einzelvertrag rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt des geltenden Gesamtvertrages verstoßen. Zur Flexibilisierung soll es künftig nach § 343 Abs. 1 ASVG den Einzelvertragsparteien ermöglicht werden, mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer sowohl für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte als auch für Gruppenpraxen ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit insbesondere im Zusammenhang mit der Festlegung der Öffnungszeiten, für Spitalsambulanzen entlastende Leistungen, oder für dislozierte Standorte treffen zu können.

Zusätzlich ist dem Regime des Zulassungsverfahrens nach dem Ärztegesetz 1998 Rechnung zu tragen, indem die im Verfahren nach § 52c des Ärztegesetzes 1998 erteilten Auflagen, jedenfalls Inhalt des jeweiligen Einzelvertrages der Gruppenpraxis sind.

Die Bestimmungen über die Reihungskriterien sind insoweit anzupassen, als für den Fall der Vergabe eines Gruppenpraxen-Einzelvertrages die Bewertung der sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärztinnen/Ärzte als Gesamtes vorzusehen ist. Dies entspricht der bereits jetzt im § 4 der Reihungskriterien-Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, BGBl. II Nr. 487/2002) vorgesehenen Regelung, wonach die nach deren § 2 die zu erfüllenden Kriterien auf jede einzelne Gesellschafterin/Gesellschafter anzuwenden sind und die konkrete (Punkte-)Bewertung nach § 3 teambezogen zu erfolgen hat. Die Nachbesetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle hat anhand der im § 343 Abs. 1a ASVG angeführten und durch die Reihungskriterien-Verordnung festgelegten verbindlichen Kriterien zu erfolgen. In der Verordnung ist ebenfalls prozentmäßig eine Bandbreite festzulegen, innerhalb derer die Bewerbungen, aus denen die Gruppenpraxis auswählen kann, liegen müssen.

Zu Art. 4 Z 47, 50 und 51 (§ 343 Abs. 2 Z 4 bis 6 und Abs. 3 ASVG):

Durch die Ermöglichung der Zusammenarbeit als Gruppenpraxis in Form einer GmbH hat des Weiteren der Ausdruck „persönlich haftender“ in den jeweils gegebenen Zusammenhängen mit Gesellschaftern zu entfallen.

Zu Art. 4 Z 48 (§ 343 Abs. 2 Z 7 und 8 ASVG):

Im Falle des Verstoßes gegen § 342 Abs. 3 Z 1 lit. a oder Z 2 ASVG (zB Aufnahme eines oder mehrerer zusätzlicher Gesellschafter/Gesellschafterinnen ohne vorherige Zustimmung der Gesamtvertragspartner) soll es zukünftig zu einem automatischen Erlöschen des Einzelvertrages der Gruppenpraxis kommen. Da ein Ausscheiden von Gesellschaftern/Gesellschafterinnen unter Mitnahme der Planstelle (§ 342 Abs. 3 Z 2 lit. b ASVG) ohne Zustimmung der Gesamtvertragsparteien rechtlich nicht möglich ist, bedarf es hinsichtlich dieses Falles keiner Erwähnung im § 343 Abs. 2 Z 8 ASVG.

Zu Art. 4 Z 49, 51 und 52 (§§ 343 Abs. 2, Abs. 4 und 5 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Neuregelung des § 343 Abs. 4 ASVG soll die derzeit geltende einmonatige Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres auf nunmehr drei Monate verlängert werden, da es bei der geltenden Rechtslage aufgrund der kurzen Kündigungsfrist in Einzelfällen zu Verzögerungen bei der Nachbesetzung der vertragsärztlichen Stelle und der Fortsetzung der vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung kommen kann.

Zur Flexibilisierung und Erneuerung des Kündigungsrechts sollen als ausdrückliche Kündigungsgründe der (einzel)vertraglichen Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Ärztinnen/Ärzten (Gruppenpraxen) wiederholte nicht unerhebliche oder schwerwiegende Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen vorgesehen werden. Die Kündigung ist jedenfalls dann rechtswirksam und rechtskräftig, wenn der/die betroffene Arzt/Ärztin (Gruppenpraxis) innerhalb der Einspruchsfrist keinen Einspruch an die Landesschiedskommission erhebt. Die Landes- bzw. im Falle einer Berufung gegen diese Entscheidung die Bundesschiedskommission können die erfolgte Kündigung nur dann aufheben, wenn der Arzt/die Ärztin nicht gegen wiederholte nicht unerhebliche oder nicht gegen schwerwiegende Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen verstoßen hat. Im Hinblick auf den Entfall der „Härtefall-Klausel“ nach dem bisherigen § 343 Abs. 4 ASVG geht die Anordnung nach § 343 Abs. 5 ASVG, die für Vertragskündigungen in Folge von Verstößen gegen die Bewilligungs- und Dokumentationspflichten nach § 350 Abs. 3 ASVG bei der Verschreibung von Heilmitteln ein verschärftes Kündigungsregime gegenüber den Ärztinnen und Ärzten (Gruppenpraxen) vorsieht, ins Leere und kann daher beseitigt werden. Vertragskündigungen in Folge von Verstößen gegen die Bewilligungs- und Dokumentationspflichten sollen künftig den allgemeinen Regeln folgen.

Die Rechtsfolge des Erlöschens des Einzelvertrages nach § 343 Abs. 2 Z 4 und 5 ASVG (bestimmte strafrechtliche Verurteilungen) soll künftig überdies nicht mehr nach § 44 Abs. 2 StGB bedingt nachgesehen werden können.

Zu Art. 4 Z 38, 39 und 53 bis 55 (Überschrift des Abschnittes II des sechsten Teiles sowie die Überschriften zum 1. bis 3. Unterabschnitt des Abschnittes II des sechsten Teiles und § 343d Abs. 1 und 2 ASVG):

Zur besseren Darstellung der beteiligten Vertragsparteien soll die Überschrift des Abschnittes II des sechsten Teiles über „Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (Hauptverband) zu den Ärztinnen/Ärzten“ um die Zahnärztinnen/Zahnärzte ergänzt werden. Des Weiteren kommt es zwecks übersichtlicher Gliederung zu einer Neugliederung in drei Unterabschnitte (Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte sowie Schiedsverfahren). Durch die vorgesehenen Neuregelungen sollen außerdem Klarstellungen auf die zwischen den gesetzlichen Interessensvertretungen der Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten bestehenden Unterschiede im Bereich der Nominierung von Beisitzern/Beisitzerinnen für bestehende Kommissionen sowie die Führung derer Kanzleigeschäfte

getroffen werden. Durch die Festlegung der zuständigen Interessensvertretung für die Führung der Kanzleigeschäfte ist auch die Kostentragung der Verfahren nach § 347 Abs. 7 ASVG geregelt. Schließlich wird klargestellt, dass die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Zahnärztinnen/Zahnärzten sowie den Gruppenpraxen durch einen gemeinsamen (bundesweiten) Gesamtvertrag zu regeln sind. Der Entfall der Bestimmung des § 342 Abs. 1 Z 1a ASVG (Investitionsabgeltungen) erfolgt auf Wunsch der Österreichischen Zahnärztekammer, die diesen damit begründet, dass im Wirkungsbereich der Zahnärztekammer dieses Instrumentarium nicht gebraucht wird.

Zu Art. 4 Z 56 bis 58 (§§ 344 Abs. 2 und 3 sowie 347 Abs. 4a ASVG):

Die Paritätische Schiedskommission (§ 344 ASVG), welche zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten, die in rechtlichem oder tatsächlichem Zusammenhang mit dem Einzelvertrag stehen, besteht derzeit aus vier Mitgliedern, von denen zwei von der zuständigen Ärztekammer und zwei vom zuständigen Krankenversicherungsträger bestellt werden. Um Stimmengleichheit innerhalb der Kommission zu vermeiden und eine Entscheidungsfindung zu begünstigen, soll die Paritätische Schiedskommission künftig aus einem/einer Richter/Richterin des Ruhestandes als Vorsitzendem/Vorsitzende, welcher/welche vom Bundesminister für Justiz auf jeweils fünf Jahre zu bestellen ist, und den vier Beisitzern/Beisitzerinnen bestehen, weshalb auch die Bestimmung über die Vorgehensweise bei Stimmengleichheit entfallen kann. Zusätzlich soll aufgrund des bei den Rechts- und Sachfragen oftmals benötigten medizinischen Sachverständes festgelegt werden, dass jeweils einer/eine der Beisitzer/Beisitzerinnen Ärztin oder Arzt sein muss.

Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband legen weiters gemeinsam in einer Richtlinie fest, nach welchen Methoden der medizinischen und statistischen Wissenschaften Parameter ermittelt werden, die vor den (Schieds-)Kommissionen nach den §§ 344, 345, 345a und 346 zur Beurteilung der Einhaltung von Vertragspflichten zu berücksichtigen sind.

Zu Art. 5 Z 3 (§ 85 Abs. 5 Z 2 GSVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung wird ein Verweis richtiggestellt.

Zu Art. 5 Z 4 (§ 85 Abs. 5 Z 3 GSVG):

Durch das 4. SRÄG 2009, BGBl. I Nr. 147/2009, wurde die Möglichkeit einer vorläufigen Stundung von Beiträgen nach § 35 Abs. 7 durch die Möglichkeit einer Herabsetzung der Beitragsgrundlage nach § 25a Abs. 5 GSVG ersetzt.

§ 85 Abs. 5 Z 3 GSVG, der den Anspruch auf Sachleistung im Falle einer vorläufigen Stundung regelt, ist daher an die neue Rechtslage anzupassen.

Zu Art. 7 Z 1 und 2 (§§ 19 Abs. 1 Z 1 lit. d und Z 2, 26 Abs. 1 lit. c, 93 Abs. 1 B-KUVG):

Mit Wirksamkeit vom 31. Dezember 2002 ist das Nebengebührenzulagengesetz, BGBl. Nr. 485/1971, außer Kraft getreten und dessen zu diesem Zeitpunkt bestehender Inhalt einschließlich der angeführten Nebengebühren, die einen Anspruch auf eine Nebengebührenzulage zum Ruhegenuss begründen, als Abschnitt IX in das Pensionsgesetz 1965 transferiert worden. Es sind daher auch die seit dem 1. Jänner 2003 neu geschaffenen anspruchsbegründenden Nebengebühren - wie etwa der Differenzausgleich nach den §§ 113g und 113h Gehaltsgesetz 1956 - im Pensionsgesetzes 1965 (§ 59 Abs. 1) normiert.

Mit den nun vorgesehenen Zitat Anpassungen soll den Regelungen betreffend die anspruchsbegründenden Nebengebühren im Pensionsgesetz 1965 Rechnung getragen werden.

Finanzielle Erläuterungen

Zu Art. 4 Z 1, 11 bis 13, 19 und 20 und Art. 7 Z 3 (§§ 5 Abs. 2, 120, 122 Abs. 2 und 3, 162 Abs. 1 und 3 ASVG sowie § 53 Z 3 B-KUVG):

Die Judikatur interpretierte den bisher im § 122 Abs. 3 genannten Karenzgeldbezug bislang dahingehend, dass dieser als Bezug von Kinderbetreuungsgeld zu verstehen sei. Folglich musste das Beschäftigungsverhältnis unmittelbar nach Ende des Kinderbetreuungsgeldbezuges wieder aufgenommen werden, um die Ansprüche für eine nachfolgende Geburt zu wahren.

Durch die vorgesehene Anknüpfung an die Karenz nach § 15 MSchG (Vollendung des zweiten Lebensjahres des Kindes) muss in Fällen, in denen das Kinderbetreuungsgeld kürzer als bis zum 24. Lebensmonat des Kindes bezogen wird, zur Wahrung der Ansprüche für eine nachfolgende Geburt die Beschäftigung dennoch erst zu diesem Zeitpunkt wieder aufgenommen werden; in Fällen in denen das Kinderbetreuungsgeld in einer Langzeitvarianten (vom 25. bis zum 30. Monat bzw. 36. Monat) bezogen wird, muss die Beschäftigung nicht erst nach dem Ende des Kinderbetreuungsgeldbezuges, sondern

unmittelbar nach dem Ende der Karenz nach MSchG wieder aufgenommen werden. In diesen Fällen verkürzt sich somit die Frist zur Wahrung der Ansprüche für den Fall einer nachfolgenden Geburt. Wird die Beschäftigung nicht wieder aufgenommen, geht insbesondere der Anspruch auf das zu 70% vom Familienlastenausgleichsfonds und zu 30% von der Krankenversicherung finanzierte Wochengeld verloren.

Aus den Kinderbetreuungsgeld-Statistiken des Jahres 2009 des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend ergeben sich insgesamt 254 600 Bezugsfälle für den Zeitraum zwischen dem 25. bis zum 36. Lebensmonat des Kindes, die von der neugeschaffenen Regelung (Wiederaufnahme des Beschäftigungsverhältnisses mit vollendetem 2. Lebensjahr des Kindes) betroffen wären, vorausgesetzt es erfolgt eine nachfolgende Geburt nach dem 24. Lebensmonat des vorangegangenen Kindes.

Zu Art. 4 Z 2 (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. I ASVG):

Nach § 74 Abs. 5 ASVG hat die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zuzüglich zu dem aus Mitteln des Familienlastenausgleichsfonds zu leistenden Beitrag jährlich den Betrag bereitzustellen, der zur Deckung des Aufwandes der Unfallversicherung für diese Personen, die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l in der Unfallversicherung teilversichert sind, notwendig ist.

Anzumerken ist, dass nach dem vorgeschlagenen Entwurf die Versehrtenrente bei in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 lit. I ASVG teilversicherten Kindern – wie auch bisher bei Schülern/Schülerinnen und Studenten/Studentinnen – erst mit dem Zeitpunkt anfällt, in dem der Schulbesuch voraussichtlich abgeschlossen gewesen und der Eintritt in das Erwerbsleben erfolgt wäre (§ 204 Abs. 4 ASVG). Somit werden durch die geplante Ausdehnung der Teilversicherung in der Unfallversicherung auf Kinder, die im letzten Jahr vor Schulpflicht eine institutionelle Kinderbetreuungseinrichtung besuchen, zunächst keine Kosten in Form der Versehrtenrente anfallen, da mit dem Abschluss des Schulbesuchs und dem Eintritt in das Erwerbsleben eines allenfalls betroffenen Kindes frühestens im Jahr 2020 zu rechnen wäre. Weiters gebührt die Versehrtenrente nur, wenn die dadurch bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit über drei Monate nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hinaus mindestens 50 % beträgt.

Im Jahr 2008 waren laut Statistik der AUVA insgesamt 1 314 493 Schülerinnen und Schüler sowie Studierende in der Unfallversicherung teilversichert. Die Gesamtsumme der Aufwendungen der AUVA für die Schüler- und Studententeilversicherung betragen im selben Jahr 13 545 091,52 €. Abzüglich jenes Betrages, der für Renten anfiel (1 472 235,96 €), ergeben sich Aufwendungen in Höhe von 12 072 855,56 €. Daraus folgt ein durchschnittlicher Aufwand von rund 9 € pro versicherter Person.

Laut Geburtenstatistik wurden in Österreich im Jahr 2005 78 190 Kinder geboren, die mit dem 1. September 2010 beginnend eine institutionelle Kinderbetreuungseinrichtung im Sinne des Art. 3 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Einführung der halbtägig kostenlosen und verpflichtenden frühen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen besuchen müssen. Es wäre somit, ausgehend von durchschnittlichen 9 € Aufwendungen pro unfallversicherter Person und rund 78 000 betroffenen Kindern, mit zusätzlichen finanziellen Mehraufwendungen von ca. 700 000 € pro Jahr für die AUVA zu rechnen. In den Folgejahren ist die Geburtenrate rückläufig, laut Statistik Austria wurden im Jahr 2006 77 914, im Jahr 2007 76 250 und im Jahr 2008 77 752 Kinder geboren.

Jahr(e)	2010	2011	2012	2013
Kostenentwicklung in €	233 000	700 000	700 000	700 000

Zu Art. 4 Z 14 und 62 (§§ 125 Abs. 1 und 652 Abs. 3 ASVG):

Durch die vorgesehene Ausweitung des Durchrechnungszeitraumes auf drei Monate für freie Dienstnehmer/innen wird es in bestimmten Fällen zu einem höheren Krankengeldbezug, in anderen Fällen zu einem niedrigeren Krankengeldbezug kommen, weshalb insgesamt mit Kostenneutralität zu rechnen ist.

Zu Art. 4 Z 16, 40 bis 49, 51, 52 und 62 (§§ 131 Abs. 1, 341 Abs. 3, 342 Abs. 2, 2a Z 4 und Abs. 3, 342a, 343 Abs. 1, 1a bis 1c, Abs. 2, 4 und 5 sowie 652 Abs. 2 ASVG):

Die Maßnahmen im Vertragspartnerbereich (Sonderregelungen für Gruppenpraxen) können nicht im Einzelnen sondern lediglich als Paket, das sich aus gesetzlichen Vorgaben, Vertragsrecht und Verwaltungshandeln zusammensetzt, betrachtet werden.

Aus den Beschlüssen des Verbandsvorstands und der Trägerkonferenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 23. Juni 2009 ergibt sich aus dem vorgeschlagenen Maßnahmenbündel im Rahmen des Konzeptes „Gesundheit: Finanzierung sichern – langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“ ein Kostendämpfungsvolumen von insgesamt 1,725 Mrd. Euro in den Jahren 2010 bis Ende 2013 wie folgt:

Jahr(e)	2010	2011	2012	2013	2010-2013
Kostendämpfungsvolumina in Mio. Euro	197	361	510	657	1.725

Die im vorliegenden Entwurf geplanten Änderungen stellen nach dem 4. SRÄG, BGBl. I Nr. 147/2009, einen nächsten legislativen Umsetzungsschritt im Vertragspartnerrecht dar, um die Versicherungsträger bei dem Ziel „Erreichen des Kostendämpfungspfades“ zu unterstützen. Gemeinsames Ziel im oben genannten Konzept ist, die ohne Maßnahmen zu erwartende Kostensteigerung nachhaltig zu reduzieren.

Unmittelbare – dh, durch die gesetzliche Anordnung sofort wirksame – finanzielle Auswirkungen sind mit dem vorliegenden Maßnahmenbündel nicht verbunden, da erst die konkrete Umsetzung im Vertragswege zu den gewünschten Einsparungen für die (zahn)ärztliche Hilfe führen wird.

Durch den Zusammenschluss von Vertrags(zahn)ärztinnen und -ärzten zu einer Gruppenpraxis, der ohne weitere gesetzliche Auflagen möglich sein soll, können Einsparungen für Gruppenpraxen durch Synergien, wie etwa durch gemeinsames Benützen der Ordinationsinfrastruktur, optimierten Personaleinsatz und Wissenstransfer, erzielt werden, die in weiterer Folge jedenfalls teilweise ihren Niederschlag in Honorarabschlüssen finden werden müssen.

Der Zusammenschluss von Wahl(zahn)ärztinnen und –ärzten zu einer Gruppenpraxis bedarf eines Zulassungsverfahrens im Sinne des Ärztegesetzes 1998 und des Zahnärztegesetzes, in welchem die betroffenen Sozialversicherungsträger im Rahmen ihrer Parteistellung mitzuwirken haben. Durch das Zulassungsverfahren scheint sichergestellt, dass es zu keiner übermäßigen bzw. unkontrollierten Ausweitung des Angebotes kommt. Entsprechendes gilt für das Zulassungsverfahren für die selbständigen Ambulatorien nach dem KAKuG.

Auch im Wahl(zahn)arzbereich gilt somit, dass erst die konkrete Umsetzung der neuen Rechtslage für die Kostenentwicklung maßgeblich sein wird.

Zu Veranschaulichung wird noch Folgendes ausgeführt:

Die Summe der Kostenerstattung/Kostenzuschüsse im ärztlichen Bereich durch die Krankenversicherung (Leistungen durch Wahlärztinnen/Wahlärzte) betrug im Jahr 2008 rund 116 Millionen Euro, die Leistungen durch Vertragsärztinnen/Vertragsärzte 2,07 Mrd. Euro. Die Relation der wahlärztlichen zu den vertragsärztlichen Leistungen betrug in diesem Jahr somit 5,6%.

Durch die Mitwirkung der Sozialversicherungsträger am Zulassungsverfahren ist mit keinem zusätzlichen Personalbedarf zu rechnen, da bereits derzeit im Rahmen des Gesamtvertrages die Planung der Stellenpläne unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit erfolgt.