

## Vorblatt

### Problem:

Im Nachhang zur 14. Ärztegesetz-Novelle besteht ein punktueller berufs- und kammerrechtlicher Anpassungsbedarf.

### Inhalt:

1. Flexibilisierung der Kernarbeitszeit für Turnusärzte in Krankenanstalten,
2. Vereinfachung der Regelungen über die Antragseinbringung bei Gleichwertigkeitsprüfungen,
3. Adaptierung der öffentlichen Daten in der Ärzteliste, Neuerungen im Eintragungsverfahren durch Betonung der verfahrensrechtlichen Mitwirkungspflicht sowie Anpassung der Verordnungsermächtigung für die Ärzteliste-Verordnung,
4. Adaptierung der Meldepflichten bei Einstellung der ärztlichen Berufsausübung,
5. Lockerung der Verpflichtung zur Sonderfachbeschränkung für Pandemie-Impfungen,
6. Verankerung einer Ausnahme von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen Ärzten und Krankenanstalten zur besseren Vernetzung bei Verdacht des Kindesmissbrauchs,
7. Schließung einer verwaltungsstrafrechtlichen Lücke im Zusammenhang mit Verstößen gegen Ordinationssperren,
8. Verdeutlichung des Wesens der Fortlaufshemmung im Zusammenhang mit der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen,
9. Klarstellung der Voraussetzung für die Kammermitgliedschaft,
10. Adaptierung der gesetzlichen Grundlagen für die Voraussetzungen des passiven Wahlrechts,
11. Adaptierung der Berechnungsweise der Kammerumlagen und Wohlfahrtsfondsbeiträge für Gruppenpraxen,
12. Harmonisierung der Dauer der einstweiligen Maßnahme und der Disziplinarstrafe betreffend die Untersagung der Berufsausübung,
13. Verlängerung der vierjährigen Funktionsperiode des Disziplinarsenates und dessen Disziplinaranwaltes auf fünf Jahre,
14. Verlängerung der Geltungsdauer der Verordnung zur ärztlichen Qualitätssicherung,
15. Adaptierung der Bestimmung hinsichtlich automationsunterstützter Ausfertigungen sowie
16. einzelne redaktionelle Klarstellungen.

### Alternativen:

Im Hinblick auf die Problemlage und die Zielerreichung: Keine.

### Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

#### 1. Finanzielle Auswirkungen:

Mit der vorgeschlagenen Novelle sind weder nennenswerte Einsparungen noch Mehrkosten für den Bund und die Länder im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung verbunden, sodass von keinen Auswirkungen auf den Bundeshaushalt, auf die Planstellen des Bundes und auf andere Gebietskörperschaften auszugehen ist.

#### 2. Wirtschaftspolitische Auswirkungen:

##### 2.1. Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Es werden keine wesentlichen Auswirkungen erwartet.

##### 2.2. Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen:

Es werden keine Auswirkungen erwartet, da durch das Regelungsvorhaben keine neuen Informationsverpflichtungen geschaffen werden.

##### 2.3. Auswirkungen auf die Verwaltungskosten für Bürger(-innen):

Es werden keine Verwaltungskosten für Bürger(-innen) verursacht.

#### 3. Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer und sozialer Hinsicht:

Es werden keine wesentlichen Auswirkungen erwartet.

**4. Geschlechtsspezifische Auswirkungen:**

Das Regelungsvorhaben zielt weder direkt auf die Veränderung der Geschlechterverhältnisse ab, noch betrifft es Frauen und Männer unterschiedlich, sodass das Regelungsvorhaben keine geschlechtsspezifischen Auswirkungen verursacht.

**Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:**

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

**Besonderheiten des Normsetzungsverfahrens:**

Keine.

## Erläuterungen

### Allgemeiner Teil

#### 1. Hauptgesichtspunkte des Entwurfs:

Die 15. Ärztegesetz-Novelle dient der Lösung einzelner in der Praxis, insbesondere im Rahmen der Vollzugsarbeit der Österreichischen Ärztekammer aufgetretener Fragen im Bereich des ärztlichen Berufs-, Kammer- und Disziplinarrecht. Im Detail handelt sich um

1. die Flexibilisierung der Kernarbeitszeit für Turnusärzte in Krankenanstalten,
2. die Vereinfachung der Regelungen über die Antragseinbringung bei Gleichwertigkeitsprüfungen,
3. Adaptierung der öffentlichen Daten in der Ärzteliste, Neuerungen im Eintragungsverfahren durch Betonung der verfahrensrechtlichen Mitwirkungspflicht sowie Anpassung der Verordnungsermächtigung für die Ärzteliste-Verordnung,
4. die Adaptierung der Meldepflichten bei Einstellung der ärztlichen Berufsausübung,
5. die Lockerung der Verpflichtung zur Sonderfachbeschränkung für Pandemie-Impfungen,
6. die Verankerung einer Ausnahme von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen Ärzten und Krankenanstalten zur besseren Vernetzung bei Verdacht des Kindesmissbrauchs,
7. die Schließung einer verwaltungsstrafrechtlichen Lücke im Zusammenhang mit Verstößen gegen Ordinationssperren,
8. die Verdeutlichung des Wesens der Fortlaufshemmung im Zusammenhang mit der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen,
9. die Klarstellung der Voraussetzung für die Kammermitgliedschaft,
10. die Adaptierung der gesetzlichen Grundlagen für die Voraussetzungen des passiven Wahlrechts,
11. die Adaptierung der Berechnungsweise der Kammerumlagen und Wohlfahrtsfondsbeiträge für Gruppenpraxen,
12. die Harmonisierung der Dauer der einstweiligen Maßnahme und der Disziplinarstrafe betreffend die Untersagung der Berufsausübung,
13. die Verlängerung der vierjährigen Funktionsperiode des Disziplinarsenates und dessen Disziplinaranwaltes auf fünf Jahre,
14. Verlängerung der Geltungsdauer der Verordnung zur ärztlichen Qualitätssicherung,
15. Adaptierung der Bestimmung hinsichtlich automationsunterstützter Ausfertigungen sowie
16. einzelne redaktionelle Klarstellungen.

#### 2. Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen:

Es werden keine Auswirkungen erwartet, da durch das Regelungsvorhaben keine neuen Informationsverpflichtungen geschaffen werden.

#### 3. Auswirkungen auf die Verwaltungskosten für Bürger(-innen):

Es werden keine Verwaltungskosten für Bürger(-innen) verursacht.

#### 4. Finanzielle Auswirkungen:

Mit der vorgeschlagenen Novelle sind weder nennenswerte Einsparungen noch Mehrkosten für den Bund und die Länder im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung verbunden, sodass von keinen Auswirkungen auf den Bundeshaushalt, auf die Planstellen des Bundes und auf andere Gebietskörperschaften auszugehen ist.

#### 5. Kompetenzgrundlage:

Der vorliegende Entwurf stützt sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“), auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtung beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das ganze Bundesgebiet erstrecken“) und auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG („berufliche Vertretungen, soweit sie nicht unter Art. 10 fallen“).

## **Besonderer Teil**

§§-Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf den Entwurf.

### **Zu Z 1 (Entfall des § 6 Z 1):**

Die Vollziehung im Bereich der Diplomanerkennung hat gezeigt, dass bereits die einschlägigen ärztegesetzlichen Regelungen eine ausreichende Determinierung bieten, sodass der Verordnungsauftrag hinsichtlich § 6 Z 1 ÄrzteG 1998 (nähere Bestimmungen über die gemäß den §§ 5 und 5a anzuerkennenden Berufsqualifikationen) entfallen kann.

### **Zu Z 3, 27, 28 und 31 (Überschrift zu § 11, § 118a erster Satz, § 118d Abs. 7, § 180 Abs. 1 erster Satz):**

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Klarstellungen.

### **Zu Z 2 und 4 (§ 9 Abs. 6 letzter Satz, § 10 Abs. 7 letzter Satz, § 11 Abs. 6 letzter Satz und § 13c):**

Derzeit haben Turnusärzte eine Kernarbeitszeit von 35 Wochenstunden, von denen jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 13.00 Uhr zu absolvieren sind und wobei die in anerkannten Ausbildungsstätten zusätzlich zu absolvierenden Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste entsprechend zu berücksichtigen sind.

Mit dem Vorschlag des § 13c soll der Versuch unternommen werden, Turnusärzte im Mehrschichtbetrieb unter entsprechender fachärztlicher Anwesenheit zeitversetzt und damit intensiver auszubilden. Die vorgeschlagene Bestimmung folgt dem Modell der Teilzeitregelung, die auf eine Vereinbarung zwischen Träger der Ausbildungsstätte und Turnusarzt abstellt.

Durch die Normierung von Bedingungen, insbesondere durch die Einbeziehung der ärztlichen Standesvertretung sowie das Zustimmungserfordernis der Österreichischen Ärztekammer sowie des für Turnusärzte zuständigen Vertretungsorgans gemäß § 3 Abs. 3 Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG), BGBl. I Nr. 8/1997, soll den schützenswerten Interessen der Turnusärzte Rechnung getragen werden.

### **Zu Z 5 und 6 (§ 14 Abs. 5):**

Im Nachhang zur 13. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 144/2009, wird der Anknüpfungstatbestand für den Einbringungsort des Antrags für Gleichwertigkeitsprüfungen zugunsten der Österreichischen Ärztekammer als allein zuständige vollziehende Behörde vereinfacht. In diesem Zusammenhang kann auch auf die formale Vorprüfung des Antrags durch die Landesärztekammer verzichtet werden.

### **Zu Z 7 bis 11 (§ 27 Abs. 1, 2, 4 und 5):**

Im § 27 Abs. 1 Z 2 soll unbeschadet der Anordnung des § 52a Abs. 7 ÄrzteG 1998, wonach auf Gruppenpraxen die für Ärzte geltenden Bestimmungen anzuwenden sind, im Hinblick auf die geforderte Rechtsklarheit der Firmenwortlaut von Gruppenpraxen explizit als öffentliches Datum in die Ärzteliste aufgenommen werden.

Weiters sollen die Zustelladresse von Ärzten, insbesondere zur Entlastung der Dienstorte als Postadresse von Zuschriften entsprechend der Rechtslage vor der 12. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 62/2009, sowie im Hinblick auf berechnete Patientenschutzinteressen auch das Faktum einer vorläufigen Untersagung der Berufsausübung gemäß § 62 als öffentliche Daten definiert werden.

Die Änderungen in den Abs. 2, 4 und 5 dienen der Herausstreichung der bestehenden verfahrensrechtlichen Mitwirkungspflicht im Rahmen des Eintragungsverfahrens.

Nach geltender Rechtslage sind als Nachweise für die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit ein ärztliches Zeugnis und eine Strafregisterbescheinigung zu erbringen.

Um in Einzelfällen, speziell in Fällen der Wiedereintragung in die Ärzteliste, z.B. nach einer disziplinarrechtlich veranlassten Streichung aus der Ärzteliste, die Interessen der Allgemeinheit bestmöglich wahren zu können, soll ein expliziter Hinweis auf die verfahrensrechtliche Mitwirkungspflicht als Partei aufgenommen werden. Durch die Normierung der Verpflichtung, dass „alle“ erforderlichen Unterlagen vorzulegen sind und durch die Möglichkeit, dass zusätzlich zum ärztlichen Zeugnis und zur Strafregisterbescheinigung auch weitere Nachweise (z.B. Fortbildungsdiplom zum Nachweis der fachlichen Verlässlichkeit als Teilaspekt der Vertrauenswürdigkeit) eingefordert werden können, wird eine ausreichende gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass die Österreichische Ärztekammer in die Lage versetzt wird, diese Voraussetzungen für die Erlangung der Berufsberechtigung umfassend zu prüfen.

Darüber hinaus bietet bei Bedarf die von der Österreichischen Ärztekammer zu erlassende Ärzteliste-Verordnung gemäß § 29 Abs. 3 ÄrzteG 1998, in der auch das Eintragungsverfahren näher geregelt werden kann, einen Rahmen für weitere Ausführungsbestimmungen.

**Zu Z 12 (§ 29 Abs. 1 Z 4):**

Derzeit besteht eine Meldepflicht, wenn die beabsichtigte Einstellung (Unterbrechung) der ärztlichen Berufsausübung länger als drei Monate beträgt. Entsprechend der Erfahrungen in der Praxis soll diese Frist von drei Monaten auf sechs Monate verlängert werden, sodass hinkünftig die Meldepflicht dann ausgelöst werden soll, wenn die Einstellung der Berufsausübung voraussichtlich länger als sechs Monate dauern wird. Zudem erfolgt eine sprachliche Überarbeitung der Bestimmung.

Diese Frist entspricht im Übrigen auch jener des § 44 Zahnärztegesetz (ZÄG), BGBl. Nr. I Nr. 126/2005.

**Zu Z 13 (§ 29 Abs. 3):**

In Anknüpfung an die vorgeschlagenen Änderungen des § 27 ÄrzteG 1998 soll die gesetzliche Ermächtigung zur Erlassung der Ärzteliste-Verordnung ausgebaut werden, um der in der Praxis vermehrt aufgetretenen Problematik der verzögerten Anmeldungen zur Eintragung in die Ärzteliste direkt auf Ebene der Vollzugsbehörde begegnen zu können. In diesem Zusammenhang soll der Österreichischen Ärztekammer ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt werden, die Voraussetzungen für eine allfällige rückwirkende Eintragung zu regeln und zugleich die rechtzeitige Anmeldung durch die Normierung zusätzlicher Meldungen durch Dienstgeber zu forcieren. Diese Maßnahmen dienen der Sicherstellung einer geordneten und vollständigen Erfassung der in die Ärzteliste einzutragenden und aus der Ärzteliste zu streichenden Personen. Somit wird in der Formulierung des § 29 Abs. 3 das besondere öffentliche Interesse an der Ärzteliste-Verordnung gegenüber der Formulierung des § 29 Abs. 3 ÄrzteG 1998 nochmals verstärkt.

Der letzte Satz des § 29 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bezüglich des Außerkrafttretens der Ärzteliste-Verordnung, BGBl. Nr. 392/1995, ist aufgrund des vollzogenen Kompetenzübergangs auf die Österreichische Ärztekammer obsolet geworden und kann daher entfallen.

**Zu Z 14 (§ 31 Abs. 3):**

Der Vorschlag für diese Ausnahme von der Sonderfachbeschränkung beruht auf den bei den Pandemieimpfungen gegen die Neue Influenza A/H1N1 gewonnenen Erfahrungen. Demnach stellte sich die Sonderfachbeschränkung zumindest in Einzelfällen als nicht förderlich heraus (so etwa, wenn ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde nur die Kinder, nicht aber die begleitende Mutter impfen durfte).

Die Formulierung ist an § 132c Abs. 1 Z 4 ASVG angelehnt.

**Zu Z 15 (§ 54 Abs. 2 Z 5):**

Im Hinblick auf den am 4.11.2010 im Gesundheitsausschuss des Nationalrates vertagten Entschließungsantrag betreffend Spitalstourismus (177/A(E)), wonach die (ehemalige) Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend aufgefordert wird, schnellst möglich zum Schutz von Kindern alle notwendigen Schritte für eine bundesweite EDV-Vernetzung zwischen Krankenhäusern und Hausärzten zu veranlassen, sowie die erforderlichen Mittel dafür zur Verfügung zu stellen, um dem Spitalstourismus im Zusammenhang mit verletzten Kindern Einhalt zu gebieten, wird im Rahmen des § 54 Abs. 2 als berufsrechtliche Maßnahme eine gezielte Lockerung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht vorgeschlagen.

Um der Problematik Spitalstourismus und Kindesmissbrauch zu begegnen, bedarf es einer Vernetzung jedenfalls im Hinblick auf die ärztliche Verschwiegenheitspflicht einer ärztlichen Erlaubnisnorm. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Fassung des § 54 Abs. 4 ÄrzteG 1998 in der Stammfassung BGBl. I Nr. 169, die bis 9. 8. 2001 in Kraft gewesen ist, hinzuweisen, der eine vergleichbare Motivlage zu Grunde lag. Demnach war der Arzt ermächtigt, bei Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die Körperverletzung eines Menschen herbeigeführt, oder ein Minderjähriger oder sonst eine Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, hierüber persönlich Betroffenen, Behörden oder öffentlichen Dienststellen (z.B. auch Schulen) Mitteilung zu machen, sofern das Interesse an dieser Mitteilung das Geheimhaltungsinteresse überwog.

Zweck des nunmehr vorgeschlagenen Durchbruchstatbestands des § 54 Abs. 2 Z 5 ist neben der Ermöglichung der auf eine bestmögliche Behandlung ausgerichteten Vernetzung mit anderen Ärzten und Krankenanstalten insbesondere die Vernetzung zur Erleichterung der Verifizierung oder Falsifizierung des Missbrauchsverdachts. Damit soll ein ärztlicher Beitrag geleistet werden, um unentdeckt bleibenden Fällen von Kindesmissbrauch entgegen wirken zu können.

Daher erfolgt die tatbestandsmäßige Anknüpfung an die im § 54 Abs. 5 ÄrzteG 1998 geregelten Sachverhalte, nämlich wenn sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht ergibt, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist. Zur Erreichung des Regelungszwecks wird in diesem Zusammenhang auch die vorgelagerte Verdachtsabklärung, der in der Praxis zentrale Bedeutung zukommt, ausdrücklich in den § 54 Abs. 2 Z 5 mit eingeschlossen.

Die Aufgabe des Arztes im Rahmen des § 54 Abs. 5 ist nicht die der Rechtspflege vorbehaltene Klärung, ob tatsächlich ein Missbrauch stattgefunden hat, sondern nur, ob ein diesbezüglicher Verdacht vorliegt. Verdacht bedeutet, dass auf Grund bestimmter Tatsachen eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass durch eine Straftat ein Delikt verwirklicht wurde (vgl. *Schwaighofer*, WK-StPO § 78 (Rz 17) mit Verweis auf *Fabrizy* StPO<sup>10</sup> § 170 (Rz 2)). Einem Verdacht müssen immer konkrete Umstände zu Grunde liegen, sodass bloße Gerüchte oder Vermutungen nicht ausreichen.

In personaler Hinsicht erfasst die vorgeschlagene Ausnahme von der Verschwiegenheitspflicht gemäß § 54 Abs. 2 Z 5 sowohl jenen Arzt, der im Rahmen einer Anfrage an einen anderen Arzt oder eine (andere) Krankenanstalt ein Geheimnis preisgibt, als auch jenen Arzt, der ein Geheimnis im Rahmen der Auskunftserteilung gegenüber einem Arzt oder einer Krankenanstalt offenlegt. Unter dem Begriff Arzt sind alle Ärzte im Anwendungsbereich des ÄrzteG 1998, somit auch Schulärzte, erfasst. Nicht erfasst sind hingegen jene Amtsärzte, die vom Anwendungsbereich des ÄrzteG 1998 gemäß 41 Abs. 4 erster Satz ÄrzteG 1998 ausgenommen sind.

Um den Interessen des Minderjährigen bestmöglich Rechnung tragen zu können, wird als zusätzliche Voraussetzung für die Ausnahme von Verschwiegenheitspflicht vorgesehen, dass die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Wohl des Minderjährigen erforderlich sein muss. Auch wenn dies im Regelfall zutreffen wird, soll dem Bedürfnis nach Geheimnisschutz im Einzelfall zum Wohl des Minderjährigen Rechnung getragen werden können.

Im Hinblick auf die verpflichtende Einbindung des Jugendwohlfahrtsträgers (Meldepflicht gemäß § 54 Abs. 6 ÄrzteG 1998) scheint eine Ausweitung der Vernetzungspartner (z.B. Kindergärten) nicht notwendig.

#### **Zu Z 16 und 34 (§ 56 Abs. 3 und § 199 Abs. 3):**

Auf Anregung des Unabhängigen Verwaltungssenates Vorarlberg erfolgt eine verwaltungsstrafrechtliche Lückenschließung im Zusammenhang mit Zuwiderhandeln gegen die durch die Bezirksverwaltungsbehörde zu verhängende Sperre der Ordinationsstätte bei Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit durch entsprechende Missstände in der Ordinationsstätte.

#### **Zu Z 17 und 18 (§ 58a):**

§ 58a ÄrzteG 1998 hat den Zweck, dass nach Behandlungsfehlern geführte Vergleichsgespräche vor ärztlichen Schlichtungsstellen oder vergleichbaren Einrichtungen den „Lauf“ der Verjährung hemmen. Ungeachtet der Verwendung des Begriffes „Ablauf“ in den Gesetzesmaterialien wurde, auch nach der Rechtsprechung des OGH (24.6.2006, 10Ob57/06i, 6Ob116/07p, 6Ob276/07t, 2Ob263/09d, Rechtssatznummer RS0121579) keine Ablaufshemmung, sondern eine Fortlaufshemmung normiert.

Das Wesen einer Fortlaufshemmung liegt darin, dass die Verjährung während der Dauer der Fortlaufshemmung ruht, sodass nach dem Wegfall des Hindernisses der Rest der Zeit verstreichen muss. Hingegen ist eine Ablaufshemmung dadurch charakterisiert, dass sie zwar nicht den Lauf der begonnenen Verjährung an sich, wohl aber ihr Zu-Ende-Gehen bis zum Wegfall des Hemmungsgrundes verhindert.

Der OGH führte in den oben genannten Entscheidungen aus, dass der im letzten Satz des Abs. 1 genannte 18-Monats-Zeitraum „nach Beginn des Laufes dieser Hemmungsfrist“ im Zusammenhang mit dem ersten Teil des Satzes offenbar so zu verstehen ist, dass die Hemmung ab ihrem Eintritt höchstens 18 Monate dauern darf.

Entsprechend dem Vorbild des § 22 Abs. 1 Zivilrechts-Mediations-Gesetz (ZivMediatG), BGBl. I Nr. 29/2003, soll nunmehr die Fortlaufshemmung im § 58a Abs.1 abschließend verdeutlicht werden.

#### **Zu Z 19 (§ 68 Abs. 1 Z 2):**

Entsprechend dem Wunsch der ärztlichen Standesvertretung soll die ärztliche Berufsausübung im Bereich einer Landesärztekammer als Voraussetzung für die Kammermitgliedschaft in Abstimmung mit § 68 Abs. 4 ÄrzteG 1998 derart verdeutlicht werden, dass explizit an einen Berufssitz, einen Dienstort, oder bei wohnsitzärztlicher Berufsausübung an einen Wohnsitz im Bereich der jeweiligen Ärztekammer angeknüpft wird. Durch die Verwendung des unbestimmten Artikels „einen“ soll dem Prinzip der Mehrfach-Kammermitgliedschaften bei entsprechender örtlicher Gestaltung der Berufsausübung Rechnung getragen werden.

**Zu Z 20 und 21 (§ 76 Z 1 und § 77 Abs. 2):**

Im Rahmen der von der ärztlichen Standesvertretung vorgebrachten Novellierungsvorschläge zur Ärztekammer-Wahlordnung 2006 (ÄKWO 2006), BGBl. II Nr. 459/2006, wurde vor dem Hintergrund der Vermeidung von Interessenkollisionen zwischen den Ärztekammern in den Bundesländern der Wunsch nach einer Regelung geäußert, wonach ein Kammerrat nicht in mehreren Ärztekammern als Mitglied der Vollversammlung tätig werden soll. Durch die Vermeidung solcher Personenidentitäten soll das Prinzip der Unabhängigkeit der Ärztekammern in den Bundesländern, das auch für die Wahl der Organe der Österreichischen Ärztekammer von Bedeutung ist, gewährleistet werden.

Eine entsprechend einschränkende Ausgestaltung des passiven Wahlrechts in der ÄKWO 2006 durch die Normierung der Verpflichtung zum Mandatsverzicht bei Wahl in mehr als eine Kammer verlangt nach einer entsprechenden gesetzlichen Ermächtigung, die mit den Regelungen des § 76 Z 1 und § 77 Abs. 2 geschaffen werden soll.

**Zu Z 22 bis 25 (§ 91 Abs. 3, 3a bis 3e und § 109 Abs. 2, 2a bis 2d):**

Nachdem die §§ 91 Abs. 3 und 109 Abs. 2 ÄrzteG 1998 bereits im Rahmen der 14. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 61/2010, auf Hinweis der ärztlichen Standesvertretung eine Änderung erfahren haben, ergibt sich nunmehr erneut ein gleichgelagerter Änderungsbedarf: In diesem Zusammenhang werden zum Zweck der besseren Zitierbarkeit die Normen auf mehrere Absätze verteilt.

Im Kontext der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Kammerumlage im § 91 Abs. 3 Z 1 lit. c und des Wohlfahrtsfondsbeitrags im § 109 Abs. 2 Z 2 lit. c soll klargestellt werden, dass zu diesem Zweck auch das steuerliche Einkommen, welches sich durch Abzug der Sonderausgaben und außergewöhnlichen Belastungen von den Einkünften ergibt, herangezogen werden kann.

Der im § 91 Abs. 3 zweiter Satz ÄrzteG 1998 und § 109 Abs. 2 dritter Satz ÄrzteG 1998 durch die 14. Ärztegesetz-Novelle eingeführte Begriff „Bilanzgewinn“ bezieht sich auf § 231 Unternehmensgesetzbuch (UGB), dRGBl. S 219/1897, und zielt infolgedessen auf eine handelsrechtliche Gewinnermittlung ab. Dies kann zur Folge haben, dass aufgrund von möglichen Rücklagendotierungen und Gewinn- oder Verlustvorträgen aus den Vorjahren handelsrechtlich zulässige Rücklagen gebildet werden, die bei einer steuerrechtlichen Gewinnermittlung nicht zulässig wären.

Da die Kammerumlagen und Wohlfahrtsfondsbeiträge allerdings bisher vielfach nach einkommenssteuerrechtlichen Grundsätzen ermittelt worden sind, soll dieser Grundsatz durch die Normierung des Begriffs „steuerrechtlicher Gewinn“ anstelle des Begriffs „Bilanzgewinn“ im § 91 Abs. 3b und § 109 Abs. 2b auch für Gruppenpraxen fortgeführt werden. Der in diesem Zusammenhang aufgenommene Hinweis auf die Einbeziehung der nicht ausgeschütteten Gewinne in die Bemessungsgrundlage wird sich primär auf Gruppenpraxen in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung auswirken, da bei Gruppenpraxen in der Rechtsform der Offenen Gesellschaft die Besteuerung der Gewinnanteile in der Regel direkt beim Gesellschafter erfolgt.

Gegenüber der Regelung in der 14. Ärztegesetz-Novelle, wonach sich der Umsatz- oder Gewinnanteil ausschließlich nach dem Geschäftsanteil zu richten hat, soll nunmehr im § 91 Abs. 3b und § 109 Abs. 2b auch berücksichtigt werden, dass eine Umsatz- oder Gewinnverteilung ebenso in einer gesonderten Vereinbarung geregelt werden und daher vom im Gesellschaftsvertrag festgelegten Geschäftsanteil abweichen kann. Zudem soll klargestellt werden, dass auch bei Gruppenpraxen eine Kombination aus Umsatz- und Gewinnanteilen als Bemessungsgrundlage vorgesehen werden kann, wobei eine Differenzierung der Bemessungsgrundlagen zwischen Gruppenpraxen in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung in den Satzungen und Beitragsordnungen ermöglicht werden soll.

Dass auch die Bezüge von Geschäftsführern von Ärztesellschaften *expressis verbis* in die Bemessungsgrundlage einzubeziehen sind, dient nur der Klarstellung, zumal auch der VwGH in seiner Judikatur festgehalten hat, dass organisatorische und wirtschaftende Tätigkeiten von selbstständig tätigen Ärzten grundsätzlich nicht von der ärztlichen Tätigkeit getrennt werden können (VwGH vom 24.2.2005, 2002/11/008). Im Übrigen soll damit eine Gleichstellung zu ärztlichen Ordinationsführung erreicht werden, wo die Verwaltungstätigkeiten auch untrennbar mit der ärztlichen Tätigkeit verbunden sind.

Bei der Festsetzung der Höchstgrenze der Kammerumlage gemäß § 91 Abs. 3 dritter Satz ÄrzteG 1998 ergibt sich derzeit ein betragsmäßiger beträchtlicher Unterschied, je nachdem, ob in der Satzung die Einnahmen oder die Einkünfte als Bemessungsgrundlage vorgesehen sind; da die Einkünfte (Gewinne) immer geringer als die Einnahmen sind. Zur Vermeidung dieser unerwünschten Folge soll daher in Abweichung von der Grundlagenregelung des § 91 Abs. 3 im § 91 Abs. 3c der Klammerausdruck „Einkünfte“ gestrichen werden.

**Zu Z 26 (§ 109 Abs. 5 erster Satz).**

Unbeschadet der Qualifikation der Gruppenpraxen als juristische Personen, soll bei der Regelung über die Abführung der Wohlfahrtsfondsbeiträge durch die gesetzlichen Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen an die Ärztekammern, die nach geltender Rechtslage personenbezogen zu geschehen hat, zur Vermeidung von Irritationen in der Praxis der Passus „personenbezogen“ entfallen.

**Zu Z 29 und 30 (§ 138 Abs. 3 und § 139 Abs. 2):**

Gemäß § 138 Abs. 1 ÄrzteG 1998 kann dem Disziplinarbeschuldigten als einstweilige Maßnahme die Berufsausübung bis zum rechtskräftigen Abschluss des Disziplinarverfahrens untersagt werden. Gemäß § 138 Abs. 5 leg.cit. ist diese einstweilige Maßnahme anzurechnen, wenn im Disziplinarerkenntnis eine (befristete) Untersagung der Berufsausübung verhängt wird. Gemäß § 139 Abs. 2 leg.cit. kann das erste Mal die Berufsausübung höchstens in der Dauer von drei Monaten untersagt werden.

In der disziplinarrechtlichen Vollziehung dauern die Disziplinarverfahren im Regelfall – insbesondere wenn ein Rechtsmittel erhoben wird – wesentlich länger als drei Monate. Daraus ergeben sich mehrere unbefriedigende Konsequenzen sowohl zu Ungunsten des Disziplinarbeschuldigten als auch der Allgemeinheit: Zum einen besteht die Problematik, dass es nicht angemessen wäre, wenn die Dauer der einstweiligen Maßnahme das Strafmaß übersteigt. Dem könnte regelmäßig bei längeren Verfahren aber nur dann entsprochen werden, wenn die Strafe auf Streichung aus der Ärzteliste lautet. Zum anderen kann es auch Fälle geben, in denen bereits bei erstmaligem disziplinärem Verhalten eine länger als dreimonatige Untersagung der Berufsausübung als Strafe angemessen wäre.

Zusammenfassend ist daher eine Flexibilisierung der Dauer der einstweiligen Maßnahme notwendig, die nach dem Vorbild des vergleichbaren Disziplinarrechts für Rechtsanwälte erfolgen kann (vgl. § 16 Abs. 1 Z 3, § 19 Abs. 4 und § 72 Disziplinarstatut für Rechtsanwälte und Rechtsanwaltsanwärter – DSt, BGBl. Nr. 474/1990).

Demnach soll gemäß § 138 Abs. 3 einerseits vorgesehen werden, dass die einstweilige Maßnahme verlängert werden kann, wenn es zur Vermeidung von schweren Nachteilen, insbesondere für die Patienten oder das Ansehen des Ärztestandes unbedingt erforderlich ist. Andererseits soll die einstweilige Maßnahme sowohl im Fall der erstmaligen Verhängung als auch in den Fällen der Verlängerung jedenfalls spätestens nach sechs Monaten nach der Verhängung oder der jeweiligen Verlängerung außer Kraft treten.

Konsequenterweise ist bei der Disziplinarstrafe der befristeten Untersagung der Berufsausübung im § 139 Abs. 2 die Privilegierung der höchstens dreimonatigen Dauer bei erstmaliger Verhängung zu Gunsten eines einheitlichen Strafmaßes von bis zu einem Jahr aufzugeben.

**Zu Z 32, 33 und 36 (§ 180 Abs. 2 letzter Satz, § 182 letzter Satz sowie § 231 Abs. 1 bis 5):**

Im Nachhang zur 13. Ärztegesetz-Novelle ist es erforderlich, die derzeit vierjährige Funktionsperiode des Disziplinarsenats und des Disziplinaranwaltes für den Disziplinarsenat an die fünfjährige Funktionsperiode des Disziplinarrates und somit an die allgemeine fünfjährige Funktionsperiode der Ärztekammern anzupassen (vgl. § 231 Abs. 1).

Weiters wird im Rahmen der Übergangsbestimmung des § 231 Abs. 2 eine Verlängerung der derzeit geltenden Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c ÄrzteG 1998 vorgeschlagen. Die diesbezügliche Notwendigkeit ergibt sich daraus, dass deren fünfjährige Geltungsdauer im Februar 2011 endete und die gravierenden Änderungen im Bereich der ärztegesetzlichen Qualitätssicherung durch die 14. Ärztegesetz-Novelle, insbesondere auch hinsichtlich der Neugestaltung des Wissenschaftlichen Beirats, bedeutende Auswirkungen haben. Somit wird durch diese Übergangsbestimmung zeitliche Vorsorge für eine geordnete und umfassende Vorbereitung der Neuerlassung dieser Verordnung getroffen werden. Gemäß Abs. 3 soll im Sinne einer rückwirkenden Absicherung diese Übergangsbestimmung mit 1. Jänner 2011 in Kraft treten.

§ 231 Abs. 4 und 5 enthalten klarstellende Übergangsbestimmungen im Nachhang zur 12. Ärztegesetz-Novelle, mit der Regelungen über gleichgestellte Drittstaatsangehörige (§ 5b ÄrzteG 1998) als Äquivalent zum „Staatsbürgerschaftserfordernis“ gemäß § 4 Abs. 2 Z 1 ÄrzteG 1998 eingeführt worden sind.

Es soll außer Streit gestellt werden, dass ausländische Personen, die auf Grund der Sonderbestimmungen des § 8 Abs. 4 oder 5 ÄrzteG 1998 eine Ausbildung in einem Sonderfach oder Additivfach trotz Mangels des „Staatsbürgerschaftserfordernisses“ aufgrund von zwischenstaatlichen Übereinkommen bzw. Fremdfinanzierung absolvieren, diese auch dann abschließen dürfen, wenn sie während der Ausbildung die Eigenschaft als gleichgestellte Drittstaatsangehörige gemäß § 5b ÄrzteG 1998 erwerben.



Mit dieser Übergangsbestimmung, die gemäß § 231 Abs. 5 auch auf Sachverhalte vor Inkrafttreten der 15. Ärztegesetz-Novelle anzuwenden sein soll, wird der grundsätzlich denkbare Eintritt der unerwünschten Rechtsfolge des nachträglichen Wegfalls der Voraussetzung der Nichterfüllung des „Staatsbürgerschaftserfordernisses“ verhindert.

**Zu Z 35 (§ 230 Abs. 7):**

Im Nachhang zur 14. Ärztegesetz-Novelle wäre die auf Wunsch der ärztlichen Standesvertretung implementierte Bestimmung betreffend automationsunterstützte Ausfertigungen aufgrund neuester höchstgerichtlicher wohlfahrtsfondsrechtlicher Judikatur (vgl. VwGH 23.2.2011, 2008/11/0054-13) anzupassen. Der diesbezüglichen aktuellen Wunschlage der ärztlichen Standesvertretung entsprechend, soll im § 230 Abs. 7 auch die der Ausfertigung zu Grunde liegenden Erledigung in die gesetzlichen Fiktion der Genehmigung mit einbezogen werden.