

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1032 Wien

sabine.ladits@bmg.gv.at
begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at

Wien, 17. Mai 2010

Dr.K/Ru

**Betrifft: BMG-92600-0015-I/B/8/2010 „Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung“
Ergänzte Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf eines Bundesgesetzes zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Anschluss an unser Schreiben vom 12. Mai 2010 übermittelt die Österreichische Ärztekammer nochmals ihre Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf eines Bundesgesetzes zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, ergänzt um - in den V. Teil - eingearbeitete Textvorschläge zum ASVG:

Die Stellungnahme der ÖÄK besteht aus folgenden sechs Teilen:

- I. Teil: Präambel: Gesundheitspolitische Position
- II. Teil: Grundsätzliche kritische verfassungs-, EU- und berufsrechtliche Stellungnahme und Positionierung der ÖÄK
- III. Teil: Grundsätzliche Kritik und Positionierung der ÖÄK betreffend die Qualitätssicherung und die ÖQMed NEU – partnerschaftliches Modell
- IV. Teil: Position zu den ASVG-Bestimmungen
- V. Teil: In den Entwurfstext eingearbeitete Verbesserungsvorschläge betreffend ÄrzteG (inkl. Wohlfahrtsfonds), KAKuG und ASVG
- VI. Teil: Sonstige aktuelle und dringende Regelungsangelegenheiten im ÄrzteG

I. Teil: Präambel: Gesundheitspolitische Position

Die Österreichische Ärztekammer steht für

1. freiberufliche, eigenverantwortliche und wohnortnahe Patientenversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, insbesondere im Rahmen des Systems der sozialen Krankenversicherung,
2. die Aufrechterhaltung der exzellenten stationären medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Spitalsärztinnen und Spitalsärzte,
3. eine tatsächliche Stärkung des niedergelassenen Bereichs, die eine Entlastung der überlaufenen Spitalsambulanzen ermöglicht.

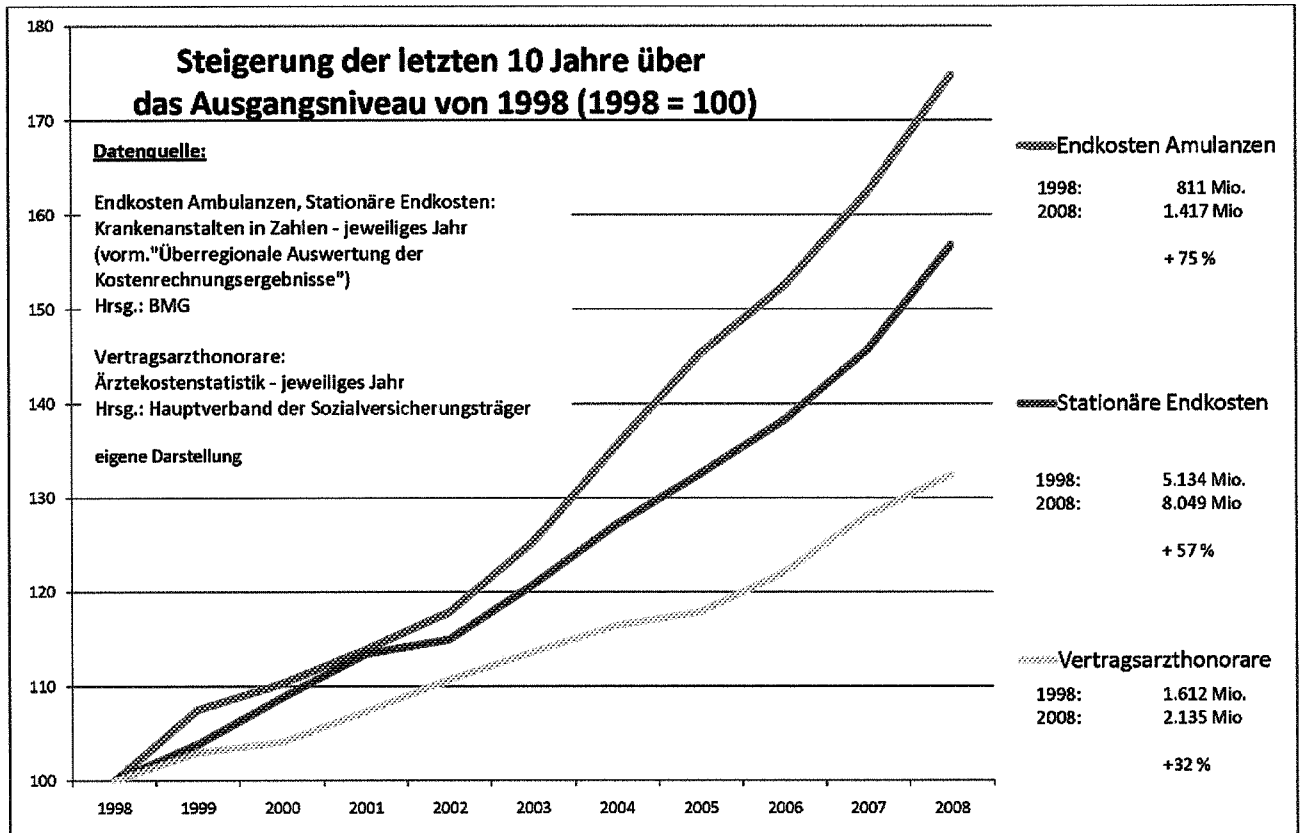
Der vorliegende Entwurf trägt zwar den Namen „BundesG zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“, wird seinem Namen aber nicht gerecht. Für eine Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung sowie eine Entlastung der Spitalsambulanzen sind u.a. folgende Maßnahmen erforderlich:

1. Eine finanzielle Entschuldung der sozialen Krankenversicherung, die in den Jahren 2000 bis 2006 durch Belastungen mit verfassungswidrigen, versicherungsfremden Leistungen herbeigeführt wurde und zu einem Schuldenstand der sozialen Krankenversicherung - unter Berücksichtigung der Budgetmaßnahmen - von derzeit rd. € 1 Mrd. geführt hat.
Damit ergibt sich beispielsweise alleine bei der WGKK bereits jetzt eine jährliche Zinsenbelastung von 20 Mio. €. Beträge also die bereits größer sind als die Ausgaben für die niedergelassenen Gynäkologen oder die Kinderärzte der Wiener GKK.
2. Ebenso wie eine Bankenrettungsaktion ist daher eine Krankenkassensanierung erforderlich, welche noch dazu in einer bloß einmaligen Entschuldungsaktion in der Höhe des derzeitigen Schuldenstandes vor sich gehen könnte. Mit den laufenden Einnahmen und vereinbarten und auch notwendigen Einsparungs- und Rationalisierungsmaßnahmen könnte nämlich die SozKV ausgeglichen budgetieren.

3. Ohne solche finanzpolitischen Sanierungsmaßnahmen kann die allseits- und seit Jahren proklamierte Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht gelingen, im Gegenteil, es ist eine Verschlechterung zu erwarten.
4. Reine Gesetzgebungsakte können eine Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung für sich alleine niemals bewirken, wie dieser Gesetzentwurf offensichtlich glauben machen will. Es bedarf daher gleichlaufend eines gesundheitspolitischen Umdenkens zur Neustrukturierung unseres öffentlichen Gesundheitswesens, wofür die Österreichische Ärztekammer
 - 4.1. ihr gesundheitspolitisches Konzept im Herbst 2008 erarbeitet und der politischen Öffentlichkeit vorgestellt hat. **Kern dieses Konzepts ist die Überführung sämtlicher Spitalsambulanzleistungen in das Kassenvertragssystem der sozialen Krankenversicherung!**
 - 4.2. **Damit Finanzierung aus zwei Töpfen**, einen durch die „Öffentliche Hand“ (Steuern) für die stationäre Versorgung und einen durch die SozKV für den ambulanten Leistungsbereich. Eine offizielle gesundheitspolitische Diskussion ist über dieses Konzept unter dem Gesichtspunkt einer neuen 15a-Vereinbarung im Jahre 2013 endlich zu führen. Unser Konzept enthält eine wirkungsvolle, versorgungsverbessernde und kostensenkende Umstrukturierung unseres Gesundheitswesens; das obendrein einfach umsetzbar ist und damit der Kritik des Rechnungshofes, dass die Gesundheitsreform nicht voran komme, Abhilfe schaffen könnte.
5. Die Österreichische Ärztekammer fordert daher, als Vertreterin des Berufsstandes, der für das Gesundheitswesen die Hauptlast und Hauptverantwortung trägt, nämlich der Ärzteschaft, eine offizielle gesundheitspolitische Diskussion auf Bundes- und Landesebene sofort zu beginnen und ersucht u.a. das **Parlament** in einer Enquete und die **Landeshauptleutekonferenz**, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Dies auch deshalb, weil die Landeshauptleute gem. § 52c ÄrzteG sowie § 3a KAKuG, die zuständige Zulassungsbehörde für wahlärztliche tätige Gruppenpraxen sowie für selbständige Ambulatorien sein sollen.

Die folgende Grafik zeigt, dass die stärkste Kostendynamik im Bereich der Spitalsambulanzen vorherrscht. Im Bereich der Vertragsarzthonorare, der durch die

Honorarpolitik im Verhandlungswege zwischen Ärztekammern und Sozialversicherungsträger eine kontrollierte Entwicklung nimmt und dies bei einer gleichzeitigen Steigerung des VPI um ca. 21% und der GKK-Quartalsfälle um 17%:



Mag. Sin/ 074

II. Teil: Grundsätzliche kritische verfassungs-, EU- und berufsrechtliche Stellungnahme und Positionierung der ÖÄK

A. EU-rechtliche Beurteilung

1. Zum EU-rechtlichen Erfordernis der Kohärenz

Der EG-Vertrag (Artikel 137 und 152 Abs 5) und die dazu ergangene Judikatur des EuGH gestehen den Mitgliedstaaten einen weitreichenden nationalen Gestaltungsspielraum in Angelegenheiten des Gesundheitswesens und des Systems der sozialen Sicherheit zu. Dieser beinhaltet auch das Recht auf Eingriffe in die vom EG-Vertrag gewährten Grundfreiheiten wie etwa die Niederlassungsfreiheit. Der EuGH hat mehrfach judiziert, dass es den Mitgliedstaaten unter bestimmten Voraussetzungen gestattet ist, die Erbringung von Dienstleistungen im Bereich der ärztlichen und klinischen Versorgung einzuschränken (vgl. in diesem Sinne Urteile vom 13.5.2003, Müller-Fauré und van Riet, C-385/99, Slg. 2003, I-4509, Randnr. 67, sowie Watts, Randnr. 105), wenn eine solche Maßnahme durch bestimmte Ziele, wie etwa die Planung der Infrastruktur der Gesundheitsversorgung oder die Sicherung des finanziellen Gleichgewichts der sozialen Sicherheit, gerechtfertigt sowie in kohärenter und systematischer Weise dazu geeignet ist, diese Ziele zu erreichen (vgl. in diesem Sinne zuletzt das „Hartlauer-Urteil“ vom 10.3.2009, C-169/07, mwN).

Der vorliegende Entwurf geht unrichtigerweise von der Prämisse aus, das europarechtliche Erfordernis der Kohärenz sei mit bedingungsloser Gleichbehandlung von Gruppenpraxen und Ambulatorien gleichzusetzen. Dies ist jedoch nicht zutreffend. Der EuGH versteht unter dem Grundsatz der **Kohärenz** eine Regelung, die

- in sich selbst stimmig ist – also keine Ausnahmetatbestände enthält, die das durch die Regelung angestrebte Ziel unterminieren (vgl. in diesem Sinne Urteil Petersen, C-341/08 vom 12.1.2010, Randnr. 53), und die
- in ein logisches und widerspruchsfreies System eingebettet ist, das darauf abzielt, das angestrebte Ziel zu verwirklichen.

In der Rechtssache Hartlauer wurde die österreichische Rechtslage in ihrer Gesamtsystematik, die eine Bedarfsprüfung für selbständige Ambulatorien bei gleichzeitigem Fehlen jeglicher Genehmigungsregelung für ärztliche Gruppenpraxen gleicher Größe vorsah, als inkohärent betrachtet, weil die durch die Regelung verfolgten Ziele einer Planung der Infrastruktur der ambulanten

Gesundheitsversorgung sowie der Sicherung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit nur hinsichtlich einer bestimmten Art von Versorgungseinrichtungen – und damit in den Augen des Gerichtshofs unzulänglich – verfolgt wurden. Der österreichische Gesetzgeber ist also angehalten, eine Regelung zu schaffen, die es gewährleistet, dass alle Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung mit Auswirkungen auf das System der sozialen Sicherheit einem Genehmigungsvorbehalt unterliegen, der es ermöglicht, sie in die Gesamtplanung der Infrastruktur der ambulanten Gesundheitsversorgung einzubeziehen (vgl. dazu insbesondere die Randnr. 61 und 63 des „Hartlauer-Urteils“).

Wie eine solche Regelung im Konkreten ausgestaltet wird, ist der Regelungshoheit der Mitgliedstaaten überlassen. Aus dem Hartlauer-Urteil, insbesondere den Randnummern 60 und 61, geht deutlich hervor, dass es dem nationalen Gesetzgeber unbenommen bleibt, differenzierte Regelungen für verschiedene Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung vorzusehen, wenn sachliche Unterschiede zwischen diesen Einrichtungen eine differenzierte Regelung rechtfertigen.

Die im Ministerialentwurf vorgesehenen Einschränkungen hinsichtlich der Organisationsdichte und –struktur von Gruppenpraxen, des Ärztevorbhalts der Gesellschafter und ihrer Verpflichtung zur persönlichen Berufsausübung, des Verbots der Anstellung anderer Ärzte sowie der Einschränkung hinsichtlich der Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe konstituieren wesentliche Unterschiede zwischen ärztlichen Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien. Diese unterschiedlichen Merkmale führen dazu, dass die beiden Kategorien von Leistungsanbietern die vom Gesetzgeber verfolgten Planungsziele in unterschiedlicher Weise berühren (vgl. Randnr. 60 des Hartlauer-Urteils). Insbesondere aufgrund des Anstellungsverbots von Ärzten in der Gruppenpraxis ist das Potential einer neuen Gruppenpraxis als Leistungsanbieter und Kostenfaktor im Sozialversicherungssystem gegenüber dem selbständigen Ambulatorium von vornherein begrenzt. Die Gruppenpraxis entfaltet daher nicht dieselbe Wirkung für das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit wie die Errichtung eines neuen selbständigen Ambulatoriums (vgl. Randnr. 61 des Hartlauer-Urteils).

Die im Ministerialentwurf getroffene Unterscheidung zwischen ärztlichen Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien würde – auch im Lichte des europarechtlichen Kohärenzgebots – eine wesentlich deutlicher differenzierte Regelung

des Zulassungsverfahrens rechtfertigen, als sie im vorliegenden Entwurf vorgesehen ist.

2. Zu den EU-rechtlichen Vorgaben für behördliches Ermessen

In der Rechtssache Hartlauer wurde die österreichische Bedarfsprüfung für private Krankenanstalten in der Rechtsform eines selbständigen Ambulatoriums auch deshalb für EU-rechtswidrig befunden, weil der **Ermessensausübung** durch die nationalen Behörden keine hinreichenden Grenzen gesetzt wurden. Damit ein System der vorherigen behördlichen Genehmigung trotz des Eingriffs in eine Grundfreiheit der EU gerechtfertigt ist, muss es nämlich auf objektiven, nicht diskriminierenden, im Voraus bekannten Kriterien beruhen (vgl. Randnr. 64 des Hartlauer-Urteils). Die bloße Formulierung von Grundsatzklärungen und allgemeinerpolitischen Zielen in der Begründung der nationalen Regelung kann insoweit nicht als ausreichend angesehen werden (vgl. in diesem Sinne EuGH vom 13.12.2007, C-250/06, Randnr. 46).

§ 52c Abs 1 und 2 Ärztegesetz idF des Gesetzesentwurfs werden dem vom Gerichtshof statuierten Erfordernis allerdings nicht gerecht. Die dort angeführten „Kriterien“ sind äußerst allgemein formuliert und werden darüber hinaus durch den jeweils vollziehenden Landeshauptmann interpretiert und im Einzelfall konkretisiert. Für den einzelnen Rechtsunterworfenen ist es unmöglich, vorherzusehen, ob in einer bestimmten Fallkonstellation mit einer Zulassung zu rechnen ist oder nicht, zumal es aufgrund unterschiedlicher öffentlicher politischer Erklärungen in den verschiedenen Bundesländern zu unterschiedlichen Vollzugspraktiken kommen wird. Im Gegensatz zum Zulassungsverfahren für selbständige Ambulatorien, wo § 3a KaKuG eine optionale Vorabfeststellung des Vorliegens der Voraussetzungen vorsieht, enthält § 52c Ärztegesetz auch kein Instrument, das unter Vermeidung wesentlichen Planungsaufwands seitens des Antragstellers für Klarheit sorgen könnte.

Eine Ermessensausübung durch den Landeshauptmann anhand unbestimmter „Kriterien“ wie in § 52c Abs 1 und 2 ÄrzteG idF des Entwurfs vorgesehen, ist nach der Rechtsprechung des EuGH nicht zulässig. Damit das Zulassungsverfahren den Vorgaben des EuGH entspricht, bedarf es konkreter Kriterien, deren Vorliegen oder Nichtvorliegen für den Rechtsunterworfenen vorhersehbar ist, sowie einer gesicherten bundesweit einheitlichen Vollziehung.

B. Verfassungsrechtliche Beurteilung

1. Zum Verhältnis von EU-Recht und nationalem Verfassungsrecht

In den Materialien zu dem Entwurf eines Bundesgesetzes zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung wird wiederholt auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofs in der Rechtssache Hartlauer vom 10. März 2009 verwiesen, welches eine Änderung der österreichischen Rechtslage hinsichtlich der Bedarfsprüfung für private Krankenanstalten in der Rechtsform eines selbständigen Ambulatoriums erforderlich macht. Inhaltlich dienen die vorgesehenen Regelungen laut den Erläuterungen „partiell dazu, den Anforderungen im „Hartlauer GmbH“-Erkenntnis des EuGH nachzukommen (Gleichbehandlung von Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien im Bereich des Marktzugangs)“.

Bei der Ausführung des Gemeinschaftsrechts bleibt der Gesetzgeber gemäß herrschender Lehre und ständiger Judikatur des Verfassungsgerichtshofes aber jedenfalls insoweit an bundesverfassungsgesetzliche Vorgaben gebunden, als eine Umsetzung gemeinschaftsrechtlicher Vorgaben durch diese nicht inhibiert wird. Der Gesetzgeber unterliegt in diesen Fällen also einer doppelten Bindung, nämlich einer Bindung an das Gemeinschaftsrecht und einer Bindung an den verfassungsgesetzlich gezogenen Rahmen (vgl. VfGH vom 4.10.2003, ZI. G 53/03 ua, oder VfGH vom 3.3.1998, ZI. G450/97).

2. Zur Berufsausübungsfreiheit von Ärzten

Grundsätzlich ist der Gesetzesentwurf unter zwei voneinander unabhängigen übergeordneten Zielsetzungen zu beurteilen: Zum einen geht es um die Freiheit von Ärzten, sich zum Zweck ihrer Berufsausübung zusammenzuschließen; zum anderen um die Schaffung „bedarfsorientierter, neuer Versorgungsangebote“ im ambulanten Bereich.

Die ärztliche Berufsausübung ist durch die verfassungsgesetzliche Gewährleistung der Erwerbsfreiheit geschützt (zB VfSlg 13.184/1992, 13.826/1994). Teil dieser Freiheit ist es, dass sich Ärzte – wie auch andere freie Berufe (vgl *Dujmovits*, Recht der freien Berufe, in Holoubek/Potacs, Hrsg, Öffentliches Wirtschaftsrecht, Bd 1, 2. Aufl, 2007, 397, 432 ff) – zum Zweck ihrer Berufsausübung in Gesellschaften zusammenschließen dürfen. Eingriffe in diese Freiheit müssen durch ein öffentliches Interesse gerechtfertigt

und in ihrer Ausgestaltung nicht unverhältnismäßig sein. Untersucht man den Entwurf unter diesem Blickwinkel, so bestehen folgende verfassungsrechtliche Bedenken:

Erstens ist kein Grund ersichtlich (es wird auch in den Erläuternden Bemerkungen dazu nichts ausgeführt), warum sich Ärzte mit Einzelverträgen lediglich mit Sonderversicherungsträgern (BVA, VAEB und/oder SVA) nicht ohne zusätzlicher Bedarfsprüfung zu einer Gesellschaft zusammenschließen dürfen. Das Abstellen auf Verträge mit Gebietskrankenkassen in § 52b Abs 1 Z 2 des Entwurfs verstößt gegen die Erwerbsfreiheit der betroffenen Ärzte.

Zweitens trifft auch das in den Erläuternden Bemerkungen angeführte Argument der Kompetenzverteilung nicht zu; es gilt nämlich ganz allgemein, dass aus der Kompetenzverteilung nicht Fragen der Grundrechtskonformität beantwortet werden können. Außerdem ist durch die in § 52 Abs 3 des Entwurfs übernommene Wortformel der Judikatur des VfGH, dass nämlich eine Gruppenpraxis nicht die Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt aufweisen darf, die kompetenzrechtliche Problematik ohnehin gelöst.

Drittens kann eine wirksame Spitalsambulanzenentlastung nur funktionieren, wenn sich Spitalsärzte und niedergelassene Ärzte zu erleichterten Bedingungen zu einer Ärztesgesellschaft zusammenschließen können! Spitalsentlastung kann nicht funktionieren, wenn sich bereits jetzt vorhandene Kassenärzte zusammenschließen, da diesfalls die Kapazität nicht erweitert wird, sondern es nur zu einer verbesserten Versorgung ihrer bisherigen Patienten kommen wird. Interessante Leistungsangebote werden notwendig sein.

Viertens besteht das grundsätzliche Problem, durch welches öffentliche Interesse es gerechtfertigt sein soll, die im ÄrzteG zu regelnde Gründung von Gruppenpraxen dann einer Bedarfsprüfung zu unterwerfen, wenn sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen zu erbringen beabsichtigt. Es liegt auf der Hand, dass es sich nicht um Interessen des Patientenschutzes handeln kann. Sollte es sich um Interessen der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit handeln, wäre die Frage jedenfalls nicht als Gründungsvoraussetzung im Ärzterecht zu regeln. Das Ob und Wie von Kostenersätzen hat nichts mit der Frage der Zulässigkeit der Gründung einer Gesellschaft als solcher zu tun!

Die Österreichische Ärztekammer bleibt bei ihrer in der bisherigen Diskussion des vorliegenden Entwurfs stets betonten Grundhaltung, dass es auch WahlärztInnen möglich sein muss, sich ohne zusätzliche Bedarfsprüfung zu vergesellschaften. Die Argumentation der Bedarfsprüfung für Gruppenpraxen als alleinige Maßnahme zur Vermeidung der (behaupteten bzw. überbewerteten) angebotsinduzierten Nachfrageausweitung erscheint nämlich unter Kenntnis der Abrechnungsmodalitäten nicht nachvollziehbar. Die Vertragspartnerschaft zwischen Ärztekammern und Krankenkassen hat dauerhaft unter Beweis gestellt, dass es tauglichere und adäquatere Mittel der Kontrolle der Kostenentwicklung gibt, als eine derart strikte Marktzugangsbeschränkung. Die dynamische aber kontrollierte Entwicklung der Wahlarztrückersätze ist v.a. auch unter dem Aspekt der Redimensionierung bzw. Stagnation der Vertragsarztzahlen zu sehen (-7,7% Vertragsärzte aller Kassen in den letzten 10 Jahren, +1% bei den GKKs). Daher kann davon ausgegangen werden, dass das frei zugängliche Wahlarztsystem bereits in der Vergangenheit Versorgungsengpässe des Vertragsarztsystems dynamisch abgefedert hat, ohne zu einer nennenswerten Kostensteigerung zu führen. Es erscheint nicht nachvollziehbar, warum die derzeit hierfür verantwortlichen Mechanismen nicht im selben Ausmaß wirken sollten, wenn der Leistungserbringer eine Ärzte-GmbH ist. Gerade ein flexibler Marktzugang der Leistungsanbieter ermöglicht eine dynamische Anpassung an die Erfordernisse einer sich verändernden Gesellschaft und garantiert eine durchgängige medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung.

Sollte man dennoch bei der gewählten (unserer Meinung nach verfassungsrechtlich nicht notwendigen) Systematik bleiben wollen, so wäre der Ausnahmekatalog von der Bedarfsprüfung in § 52b Abs 1 Z 2 des Entwurfs aber zumindest um Wahlärzte zu erweitern, die bereits eine bestimmte Zeit (z.B. drei Jahre) allein tätig waren und sich nunmehr mit anderen Wahlärzten oder Vertragsärzten vergesellschaften wollen; hier wäre der Bedarf automatisch deshalb gegeben, da diese Ärztinnen und Ärzte ohnedies bereits einen Patientenstock aufgebaut haben.

Wahlarztrückersätze (in €)

Jahr	Summe KV	GKK	BKK	VAEB	BVA	SVA	SVB	exkl. SVA
1998	50.177.104	34.189.080	274.049	2.244.646	7.322.515	0	5.871.602	50.177.104
1999	50.024.127	36.204.879	328.191	2.379.527	9.084.104	0	1.710.955	50.024.127
2000	52.463.464	38.398.727	335.603	2.278.584	9.657.929	0	1.445.681	52.463.464
2001	58.397.997	42.883.484	337.209	2.565.914	10.573.231	0	1.631.360	58.397.997
2002	64.600.206	47.536.639	374.142	2.659.253	11.881.973	0	1.699.041	64.600.206
2003	70.645.020	52.214.829	380.813	2.924.921	12.930.433	0	1.742.429	70.645.020
2004	75.625.490	54.824.798	441.135	3.238.186	14.585.942	0	2.053.634	75.625.490
2005	79.266.697	57.847.613	369.180	3.576.191	15.063.570	0	2.410.143	79.266.697
2006	82.413.636	59.708.005	392.780	3.800.776	16.052.552	0	2.459.523	82.413.636
2007	100.581.564	68.092.340	404.296	3.962.543	17.973.968	7.650.804	2.497.613	92.930.760
2008	115.824.635	69.834.714	378.645	4.222.794	19.199.830	19.101.740	3.086.906	96.722.889
1998-2008 (Mittlere Wachstumsrate)								
	8,7%	7,4%	3,3%	6,5%	10,1%		-6,2%	6,8%
2003-2008 (Mittlere Wachstumsrate)								
	10,4%	6,0%	-0,1%	7,6%	8,2%		12,1%	6,5%
Relation zu Arzthonorarer 1998								
	3,2%	3,1%	1,5%	2,7%	3,9%		10,4%	3,4%
1998	Relation zu Ärztlichen Hilfe 1998							
	2,2%	2,1%	1,1%	2,1%	2,9%		7,4%	2,3%
	Relation zu Versicherungsleistungen 1998							
	0,6%	0,5%	0,3%	0,6%	0,9%		1,9%	0,6%
Relation zu Arzthonorarer 2008								
	5,6%	4,6%	2,4%	4,7%	8,2%	13,2%	4,0%	5,0%
2008	Relation zu Ärztlichen Hilfe 2008							
	3,5%	2,8%	1,5%	3,3%	5,4%	8%	2,6%	3,1%
	Relation zu Versicherungsleistungen 2008							
	0,9%	0,7%	0,4%	0,8%	1,4%	2%	0,6%	0,8%

Es ist nicht davon auszugehen, dass die Aufwendungen im Zuge der Wahlarztrückersätze durch das Angebot determiniert werden, sondern vielmehr durch die Zahlungsbereitschaft der Patienten und in Folge der "Verrechnungsbereitschaft" des Patienten gegenüber der KV, die in Folge durch Satzungsregelungen weiter eingeschränkt werden.

Datenquelle: Statistiken des HV, Darstellungen Mag. Sinabell/ÖAK

3. Zum Ziel des Entwurfs „Schaffung bedarfsorientierter, neuer Versorgungsangebote im ambulanten Bereich“

Die in § 52c Abs 2 vorgesehenen Kriterien sind zu „neutral“ formuliert. Sie lassen mit anderen Worten nicht erkennen, ob das Vorliegen einer „ruralen Bevölkerungsstruktur“, das Vorliegen von bestimmten Verkehrsverbindungen oder bestimmte Entwicklungstendenzen in der Medizin „für“ oder „gegen“ die positive Beurteilung einer beantragten Gruppenpraxis sprechen. Dies ist schon allein deshalb von Bedeutung, da § 52c Abs 3 Z 2 auf das „Vorliegen der Kriterien gemäß Abs 2“ abstellt. Abs 2 statuiert jedoch keine Kriterien.

Es wäre demgegenüber zu empfehlen, eine Wendung von der Art aufzunehmen: **„sofern sie geeignet ist, die Ambulanzleistungen in der nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt zu entlasten“.**

Mit dem verfassungsrechtlichen Legalitätsprinzip ist der letzte Satz des § 52c Abs 1 nicht zu vereinbaren. Danach soll der Landeshauptmann ermächtigt werden, den Versorgungsauftrag der Gruppenpraxis „durch Auflagen“ zu bestimmen. Der Ermächtigung mangelt es an jeglicher inhaltlicher Determinierung. Eine gesetzlich nicht determinierte Gestaltungsbefugnis des Landeshauptmanns ist jedoch mit rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht zu vereinbaren. Unklar bleibt hier auch das Zusammenspiel von Auflagen des Landeshauptmanns und solcher im Gruppenpraxis-Einzelvertrag (vgl. nämlich § 52b Abs2 des Entwurfs).

C. Zu den Erläuternden Bemerkungen

Allgemeiner Teil der Erläuterungen:

Auf Seite 4 wird die Kompetenzproblematik Heil- und Pflegeanstalten bzw. Gesundheitswesen des B-VG angesprochen und Literatur dazu zitiert, wobei in erster Linie die Rechtsauffassung von „Stöger, Krankenanstaltenrecht“ vertreten wird. Zu beachten ist jedoch auch die Rechtsauffassung von Raschauer, wonach davon auszugehen ist, dass im Rahmen des Kompetenztatbestandes "Gesundheitswesen" gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG bisher auch schon die Führung von Gruppenpraxen möglich war. Dazu auch VfGH (VfSlg. 13.023/1992) welche Regelungen über das sachliche Substrat der ärztlichen Berufsausübung dem Kompetenztatbestand Gesundheitswesen (Ordinationen, Ordinationsgemeinschaften, Apparategemeinschaften) zuordnet. In diesem Sinne auch: VfGH (VfSlg. 14.444/1996): Ärzten ist im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufes die Bildung von "Außengesellschaften" zu ermöglichen; Regelungen eines solchen Inhalts können rechtssystematisch nur im Rahmen des Ärztegesetzes 1998, d.h. auf der Grundlage des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG getroffen werden. Raschauer geht von intrasystematischen Fortentwicklungen im Bereich des "Gesundheitswesens" aus.

Auf Seite 4 der Erläuterungen, letzter Absatz, findet sich die Rechtsmeinung, dass eine Anstellung von Ärzten durch Ärzte nur im Rahmen einer Regelung nach Artikel 12 Abs 1 Z 1 B-VG im Rahmen der Kompetenz „Heil- und Pflegeanstalt“ möglich ist.

Diese Thematik ist derzeit in der Literatur durchaus strittig behandelt und eine eindeutige Position, wie in den EB, ausgeführt, kann aus unserer Sicht nicht begründet werden. Diese Rechtsauffassung erachten wir eher als Mindermeinung. Sie widerspricht der derzeitigen tatsächlichen Praxis. Dies betrifft auch eine zahlenmäßige Begrenzung der Anstellung von anderen Gesundheitsberufen, die derzeit auch nicht erfolgt.

Zu den europarechtlichen Ausführungen auf Seite 5 verweisen wir auf unsere Anmerkungen unter Punkt A. Die Aussage, dass aus europarechtlicher Sicht eine Bedarfsprüfung, wie insbesondere im Absatz 3 festgehalten, für sämtliche

Ordinationsstätten zum Tragen kommen soll, ist nicht zutreffend und daher zu streichen.

Zu den Ausführungen im Rahmen der Überschrift **Legislativer Handlungsbedarf (Seite 5)** dritter Absatz: Die Ansicht der ÖÄK wird verkürzt dargestellt; es kommt nicht deutlich hervor, dass es sich um zwei unterschiedliche Systeme handelt: Zum einen Ambulatorium mit Fremdgesellschaftern und zum anderen Gruppenpraxis mit ausschließlich berufsberechtigten Ärzten, die ja mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung befasst sind. Der Arzt übt diese Tätigkeit idR zwar nicht als öffentlicher Bediensteter, aber als Inhaber eines freien Berufes aus. Berufsberechtigte ÄrztInnen verfügen über ein absolviertes Studium und mind. 3-6jähriger postpromotioneller Ausbildung (§ 4 iVm § 27 leg cit), sowie der Verpflichtung sich regelmäßig fortzubilden. ÄrztInnen sind verantwortlich für die gewissenhafte Behandlung und haben das Wohl der PatientInnen zu wahren (§ 49 leg cit). Zu beachten ist der besondere Charakter der ärztlichen Behandlung. Falsche Behandlungen sind hochgradig geeignet, einen Schaden der Gesundheit der Bevölkerung herbeizuführen. Wegen der Finanzierung der gesundheitlichen Leistungen aus öffentlichen Mitteln werden ÄrztInnen deshalb zahlreiche Bindungen auferlegt.

III. Teil: Grundsätzliche Kritik und Positionierung der ÖÄK betreffend die Qualitätssicherung und die ÖQMed NEU – partnerschaftliches Modell

Unseren Ausführungen betreffend die Qualitätssicherung und die ÖQMed Neu/partnerschaftliches Modell stellen wir im Folgenden die diesbezügliche Positionierung der ÖÄK voran.

3.1. Positionierung der ÖÄK

- **Die Österreichische Ärztekammer verfügt über die medizinisch-fachliche Expertise aller ÄrztInnen und für alle ÄrztInnen!**
- **Wir haben die Erfahrung anhand 18.000 evaluierter ärztlicher Ordinationen und Gruppenpraxen! Denn:**
- **Wir haben die Bundeseinheitlichkeit von fachspezifischen Qualitätskriterien im Sinne der Art. 15a Vereinbarung für ärztliche Ordinationen und Gruppenpraxen anhand der Qualitätssicherungsverordnung 2006 als erste Berufsgruppe und als erster Teil des ambulanten Gesundheitsversorgungssektors bereits umgesetzt!**
- **Wir haben die Umsetzungskompetenz, auch zur Weiterentwicklung der ärztlichen Qualitätssicherung in einem partnerschaftlichen Modell! In einer gemeinsamen Initiative mit der Sozialversicherung hat die Österreichische Ärztekammer hierzu bereits ein Kooperationsabkommen erarbeitet!**
- **Wir bekennen uns zu einer bundeseinheitlich gleichförmigen ärztlichen Qualitätsevaluierung im ambulanten Versorgungssektor!**
- **Wir wollen die ärztliche Qualitätssicherung weiter unterstützen und wir werden sie weiterentwickeln!**

3.2. Aktuelle ärztliche Qualitätssicherung

Der vorliegende Novellierungsentwurf soll zur *Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung* führen, so zumindest der programmatische Titel des Entwurfes. Wir stellen im Folgenden dar, welche Schritte die Österreichische Ärztekammer im Wege der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und

Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) gemeinsam mit der niedergelassenen Ärzteschaft zur ärztlichen Qualitätssicherung in den letzten sechs Jahren unternommen hat.

3.2.1. 18.000 Ordinationen u. Gruppenpraxen bundeseinheitlich evaluiert

Die Österreichische Ärztekammer hat, darauf ist hinzuweisen, auf Grundlage ihres gesetzlichen Auftrages im Wege der ÖQMed im Bereich der Qualitätssicherung in den letzten sechs Jahren einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung geleistet:

Durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, (ÖQMed) wurden mit Stichtag 14.04.2010 17.871 ärztliche Ordinationen und Gruppenpraxen bundeseinheitlich nach denselben Struktur- und Prozessqualitätskriterien, die auf Basis der Qualitätssicherungsverordnung 2006 erarbeitet wurden, evaluiert und zertifiziert.

Diese rund 18.000 Ordinationen mussten – mit Unterstützung durch die ÖQMed im Hinblick auf Verbesserungsmaßnahmen – am Ende des Evaluierungsprozesses 100 % der rund 60 Qualitätskriterien erfüllen, um letztendlich die Bestätigung zu erhalten, ihrer Berufspflicht, der ärztlichen Qualitätsevaluierung, zu entsprechen.

3.2.2. Bundeseinheitlichkeit, Transparenz, Patientenorientierung

Den Forderungen der Art. 15a-Vereinbarung und des Gesundheitsqualitätsgesetzes nach **Bundeseinheitlichkeit, Transparenz und Patientenorientierung** wurde dabei zur Gänze Rechnung getragen:

3.2.2.1. Bundeseinheitlichkeit (gem. § 4 Abs. 1 GQG)

Sowohl die fachspezifischen Qualitätskriterien als auch die dem jeweiligen Leistungsspektrum entsprechenden Ausstattungslisten (sie berücksichtigen den Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung) und der Evaluierungsprozess selbst waren **bundesweit einheitlicher Maßstab für alle zu evaluierenden Ordinationen und Gruppenpraxen.**

Entsprechend den ärztegesetzlichen Qualitätsbestimmungen hat die ÖQMed in der Evaluierung auch solche Ordinationen und Gruppenpraxen, die über keinen öffentlichen Versorgungsauftrag verfügen, also keine Kassenverträge haben, bundesweit einheitlich nach den zitierten Kriterien evaluiert.

3.2.2.2. Transparenz (gem. § 4 Abs. 2 Z 5 GQG) und Qualitätsberichterstattung

Im Wissenschaftlichen Beirat für Qualitätssicherung waren neben dem Bundesministerium für Gesundheit und der Ärzteschaft, die Sozialversicherung, die Volksanwaltschaft, die Patienten-anwaltschaft sowie die PatientInnen vertreten und haben die Empfehlungen dieses Gremiums zu den Qualitätskriterien, den Grundsätzen der Evaluierung und Kontrolle sowie zum Qualitätsregister gemeinsam erarbeitet.

Die Evaluierungsergebnisse liegen in anonymisierter Form vor und wurden im Ärztlichen Qualitätsbericht 2009 veröffentlicht. Sie sind darüber hinaus in einem Qualitätsregister erfasst.

3.2.2.3. Patientenorientierung – Beteiligung der Betroffenen (gem. § 4 Abs. 1 und Abs. 2 Z 3 GQG)

Die Forderungen des Gesundheitsqualitätsgesetzes, bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards **patientenorientiert und unter Einbindung möglicher Betroffener** vorzugehen, wurden im Rahmen der Qualitätsevaluierung in mehrfacher Hinsicht erfüllt:

Im Wissenschaftlichen Beirat waren mit besonderem Fokus auf Patientenbedürfnisse und Patienteninteressen ein Vertreter der Patienten-anwaltschaft, Dr. Bachinger, sowie Nat.rat.Abg. Dr. Haidlmayer vertreten.

Im Rahmen der Qualitätskriterien wurden die Bedürfnisse der Information und des direkten Kontaktes der PatientInnen besonders berücksichtigt.

Als Informationsquelle vor dem Arztbesuch wurde zusätzlich ein öffentliches internetbasiertes Barrierefreiheitsregister eingerichtet, über das

sich PatientInnen noch vor dem Ordinationsbesuch über mögliche Barrieren oder zu besonderen Serviceleistungen der jeweiligen Ordinationen informieren können. Der Nutzerbeirat des Barrierefreiheitsregisters setzt sich aus anerkannten Interessensvertretungen für PatientInnen mit Einschränkungen der körperlichen oder geistigen Integrität zusammen.

3.3. Weiterentwicklung der ärztlichen Qualitätssicherung

Aufgrund der medizinisch-fachlichen Expertise und der bewiesenen Umsetzungskompetenz der ÖÄK haben wir uns entschlossen, die ärztliche Qualitätssicherung gemeinsam mit der österreichischen Sozialversicherung in einem partnerschaftlichen Modell für eine Qualitätssicherung NEU weiterzuentwickeln.

3.3.1. Qualitätssicherung NEU – partnerschaftliches Modell

Anhand einer Kooperationsvereinbarung Österreichische Ärztekammer – Hauptverband wurde im Juni 2009 das partnerschaftliche Modell vorgestellt, in dem wir vorgeschlagen haben, den Wissenschaftlichen Beirat der ÖQMed sowie den Evaluierungsbeirat neu zu strukturieren und eine partnerschaftliche Vertretung der Ärzteschaft und der Sozialversicherung unter Einbeziehung der Vertretung des Bundesministeriums für Gesundheit sowie dem Vorsitz des BIQG im Wissenschaftlichen Beirat, von Patientenvertretern sowie einer Vertretung für die medizinischen Fakultäten vorzusehen.

3.4. Option der Beleihung

Mit der ausdrücklichen Unterscheidung zwischen dem eigenen und dem übertragenen Wirkungsbereich durch die 13. Ärztegesetznovelle hat der Gesetzgeber im übertragenen Wirkungsbereich (§ 117b Abs. 1 Z 5 ÄrzteG) die Möglichkeit der Beleihung der ÖQMed eröffnet: Die Österreichische Ärztekammer lehnt jedoch die Aufgabenübernahme der ÖQMed als „beliehenes Unternehmen“ strikt ab. Ein direktes Weisungsrecht des Bundesministers für Gesundheit beispielsweise an die Geschäftsführung der ÖQMed ist mit unserem Verständnis der Selbstverwaltung der Interessensvertretung des freien Berufes der ÄrztInnen in ein von dieser errichtetes und zu betreibendes Unternehmen unvereinbar!

3.5. Zu den gesetzlichen Aufgaben im Rahmen des übertragenen Wirkungsbereiches gem. § 117c Abs. 1 Z 5 ÄrzteG

Die Österreichische Ärztekammer lehnt – wie oben ausgeführt – eine Konstruktion der Beleihung für die ÖQMed ebenso ab, wie ein direktes Weisungsrecht des Bundesministers für Gesundheit an die Organe der Gesellschaft.

Dem Ergebnis einer Besprechung des Bundesministeriums für Gesundheit, der ÖÄK und des Verfassungsdienstes am 12.05.2010 folgend, schlagen wir daher vor, die Aufgaben gem. § 118a ÄrzteG in den übertragenen Wirkungsbereich der ÖÄK zu § 117c Abs. 1 Z 5 ÄrzteG zu übernehmen, indem

- die gesetzlichen Aufgaben der ÖQMed aus dem § 118a zu streichen sind und
- im übertragenen Wirkungsbereich der ÖÄK unter § 117c Abs. 1 Z 5 ÄrzteG anzuführen sind,
- wobei sich die ÖÄK bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 117c Abs. 1 Z 5 ÄrzteG der ÖQMed als Hilfsapparat bedienen kann.
- bei der Wahrnehmung dieser übertragenen Aufgaben unterliegt die ÖÄK (wie im gesamten übertragenen Wirkungsbereich) dem Weisungsrecht des Gesundheitsministers.

3.6. Zu den konkreten Qualitätsbestimmungen im Entwurf vgl. Teil IV.

IV. Teil: Position zu den ASVG-Bestimmungen

Zu Z 7 (§ 32h)

Vertragspartner-Analysen auf der Basis von Kennzahlen bzw. Durchschnittswerten sind untaugliche Instrumente, da diese Werte nicht verallgemeinerungsfähig sind. Über- bzw. Unterschreitungen von Durchschnittswerten sagen nichts über Qualität bzw. Ökonomie ärztlicher Behandlungen aus. Wir sprechen uns daher ausdrücklich gegen eine Verankerung solcher Mechanismen der Vertragspartner-Analyse aus.

Zu Z 16 (§ 131 Abs 1 2. Satz)

Vgl. dazu die Anmerkungen zu § 342a Abs 2.

Zu Z 40 (§ 341 Abs 3)

Die Streichung der Wortfolge „oder der Gruppenpraxis“ bzw. der Wortfolge „oder für den Sitz der Gruppenpraxis“ erfolgt offensichtlich in Hinblick auf die Neufassung des § 343 Abs 1 3. Satz. Dennoch ist in § 341 Abs 3 klarzustellen, dass jene Bereiche eines Gesamtvertrages, welche auf Einzelvertragsebene (mit Zustimmung von Kammer und Kasse) nicht modifiziert wurden, ebenfalls – wie bisher – für Einzelverträge gelten und dagegen verstoßende Vereinbarungen rechtsunwirksam sind.

Außerdem ist die nunmehrige Differenzierung zwischen Einzelordinationen und Gruppenpraxen in § 341 Abs 3 nicht nachvollziehbar, da § 343 Abs 1 3. Satz für beide gilt.

Zu Z 44 (§ 342a Abs 2)

Es ist ein wesentlicher Grundpfeiler des Vertragspartnerrechts, dass die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren ist. Dieses Prinzip darf in Zusammenhang mit Gruppenpraxen nicht in Frage gestellt werden. Jegliche über dieses Grundprinzip hinausgehende Gestaltung von Honorierungsmodellen sollte den Gesamtvertragspartnern überlassen bleiben. Es wird begrüßt, dass dies für fachgleiche Gruppenpraxen anerkannt und der ursprüngliche Entwurf entsprechend adaptiert wurde. Darüber hinaus wird allerdings von jenen Bundesländern, in denen keinerlei Pauschalhonorierungen im derzeitigen gesamtvertraglichen Tarifsysteem vorgesehen

sind, ein verpflichtendes Pauschalmodell für fachübergreifende Gruppenpraxen, wie es § 342a Abs 2 des Entwurfs vorsieht, abgelehnt, zumal degressive Honorierungsmodelle als Steuerungsinstrument jedenfalls ausreichen.

Da für eine einheitliche elektronische Diagnosen- und Leistungsdokumentation jegliche Grundlagen fehlen bzw. solche bis dato ohne Einbindung der Österreichischen Ärztekammer entwickelt wurden, lehnen wir eine Aufnahme dieses Instruments für Gruppenpraxen ausdrücklich ab. Aus einer solchen Maßnahme könnte sich für niedergelassene Ärzte eine zusätzliche bürokratische Belastung ergeben, ohne dass damit irgendein Mehrwert verbunden wäre.

Zu Z 45 (§ 343 Abs 1 4. Satz)

Die Regelung, dass Auflagen, welche in einem Zulassungsverfahren gem § 52c ÄrzteG erteilt wurden, auch Inhalt des jeweiligen Einzelvertrages werden, ist nicht nachvollziehbar. Für Gruppenpraxen mit Kassenverträgen ist nämlich ein Zulassungsverfahren gem § 52c ÄrzteG gar nicht vorgesehen. Dieser Satz ist daher ersatzlos zu streichen.

Zu Z 45 (§ 343 Abs 1a)

Es wird akzeptiert, dass für die Nachbesetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle eine Bandbreite festzulegen ist. Dies sollte jedoch nicht bloß prozentmäßig möglich sein, da auch andere Modelle für eine Bandbreite denkbar sind. Bei einer rein prozentmäßig definierten Bandbreite wäre u.U. gar nicht sicher gestellt, dass die Gruppenpraxis tatsächlich eine Auswahlmöglichkeit hat. § 343 Abs 1a 4. Satz sollte daher lauten: „Für die Nachbesetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle ist zwischen den Vertragspartnern eine Bandbreite festzulegen, innerhalb derer die Bewerbungen, aus denen die Gruppenpraxis auswählen kann, liegen müssen.“

Zu Z 51 (§ 343 Abs 4)

Die Neuordnung des Kündigungsrechts entspricht der einvernehmlich zwischen BMG, Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer ausverhandelten Fassung.

Übergangsbestimmungen

Im Gesetz bedarf es folgender Klarstellungen:

1. Für bereits bestehende Gruppenpraxen in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft müssen auch hinkünftig, ohne jegliche zeitliche Befristung, bestehende Gesamtverträge gelten.
2. Für Gruppenpraxen in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft, welche nach Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzesentwurfs gegründet werden, muss ebenfalls der bestehende Gruppenpraxen-Gesamtvertrag zur Anwendung kommen.
3. Bestehende Gruppenpraxen-Gesamtverträge sollen per Gesetz auch für neu gegründete Gruppenpraxen in der Rechtsform der GmbH sowie für Umgründungen von OGs in GmbHs anwendbar sein. Damit wird gewährleistet, dass sehr rasch der politische Wunsch nach ÄrzteGmbHs auch in der Realität umgesetzt werden kann, da in der überwiegenden Anzahl der Länder und Träger Gruppenpraxis-Gesamtverträge für Offene Gesellschaften bestehen. Durch die Änderung der Rechtsform ergeben sich keine zwingenden Gründe für Abänderungen der bestehenden Regelungen.

Darüber hinaus fordern wir - wie in zahlreichen Besprechungen deklariert - aus verfassungsrechtlichen Gründen dringendst die ersatzlose Streichung des durch das 4. SRÄG eingeführten § 647 Abs 4 letzter Satz (Altersgrenze für Inhaber von bestehenden Einzelverträgen).

V. Teil: In den Entwurfstext eingearbeitete Verbesserungsvorschläge inkl. Wohlfahrtsfonds

Einleitung:

Die Österreichische Ärztekammer hat gegen den Entwurf dem Grunde nach erhebliche Bedenken! Im Folgenden wird dennoch – um die Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit zu dokumentieren – ein überarbeiteter Textentwurf (exklusive ASVG) übermittelt. Dies in der Erwartung, dass unsere Vorschläge in der parlamentarischen Beratung und Beschlussfassung berücksichtigt werden! Es sollte dabei der Titel des Gesetzentwurfes „Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“ beachtet werden und den Ärzten, als wesentliche Leistungserbringer, eine verbesserte Berufsausübung und Patientenversorgung ermöglicht werden.

Entwurf, Stand 12.5.2010

Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 (14. Ärztegesetz-Novelle), das Zahnärztegesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (72. Novelle), das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert werden (Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Ärztegesetzes 1998 (14. Ärztegesetz-Novelle)

Das Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 144/2009, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

Die selbstständige Ausübung des ärztlichen Berufes ist auch als Gruppenpraxis in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung zulässig.

2. § 3 Abs. 3 zweiter und dritter Satz lauten

„Ein gleichzeitiges Tätigwerden für mehr als eine Abteilung oder Organisationseinheit ist unzulässig. Sofern krankenanstaltenrechtliche Organisationsvorschriften keine dauernde Anwesenheit eines Facharztes erfordern,

können Turnusärzte vorübergehend auch ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes an einer Abteilung oder sonstigen Organisationseinheit für ein Sonderfach tätig werden, sofern sie bereits

1. im Rahmen des Turnus in dem betreffenden Sonderfach hinreichend ausgebildet worden sind, und
2. über die für ein vorübergehendes Tätigwerden ohne Aufsicht entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen,

wobei auch diesfalls ein gleichzeitiges Tätigwerden für mehr als eine Abteilung oder Organisationseinheit unzulässig ist.“

3. Die Überschrift des § 8 lautet:

„Ausbildung zum Facharzt und Ausbildung in einem Additivfach“

4. § 8 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Ausbildung in Additivfächern, die einen besonderen Bezug zur Allgemeinmedizin aufweisen, steht auch Ärzten für Allgemeinmedizin unter Anwendung des § 11 offen.“

5. Im § 43 Abs. 4 Z 2 wird der Ausdruck „spezielle Ausbildung im Rahmen eines Sonderfaches“ durch den Ausdruck „Ausbildung in einem Additivfach“ ersetzt.

6. Im § 49 Abs. 2a wird der Ausdruck „der Österreichischen Ärztekammer“ durch den Ausdruck „der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH“ ersetzt.

7. § 49 Abs. 2b lautet:

„(2b) Ergibt die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit oder unterbleibt aus Gründen, die der Arzt oder die Gruppenpraxis zu vertreten hat, die Evaluierung gemäß Abs. 2a, so stellt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung auch einen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, dar, sofern die fachspezifischen Qualitätsstandards im Hinblick auf die Prozess- oder Strukturqualität betroffen sind.“

8. § 49 Abs. 4 erster Satz lautet:

„Die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin (Diplom- und Doktoratsstudium) sind, sofern sie vertrauenswürdig und gesundheitlich geeignet sind, zur unselbständigen Ausübung der im Abs. 5 genannten Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt.“

8a. § 27 Abs 3a. lautet:

Ärzte, die ihren Beruf als Gesellschafter einer Gruppenpraxis auszuüben beabsichtigen, haben zusätzlich den Gesellschaftsvertrag vor Eintragung im Firmenbuch der Österreichischen Ärztekammer im Wege der Ärztekammern in den Bundesländern zu übermitteln. Die Österreichische Ärztekammer hat daraufhin dem Firmenbuch eine Stellungnahme, insbesondere über den Namen der Firma, abzugeben.

8b. § 29 Abs 1 Z 7 lautet:

7. Jede Eröffnung, Erweiterung oder Schließung von Ordinations- und Apparategemeinschaften und/oder Gruppenpraxen sowie den Beginn und das Ende der Beteiligung an einer solchen, ungeachtet der Verpflichtung gemäß § 27 Abs 3a.;

9. §§ 52a und 52b samt Überschriften lauten:

„Zusammenarbeit im Rahmen von Gruppenpraxen

§ 52a. (1) Die Zusammenarbeit von Ärzten, 1, kann weiters auch als selbstständig berufsbeauftragte Gruppenpraxis in der Rechtsform einer

1. offenen Gesellschaft im Sinne des § 105 des Unternehmensgesetzbuches (UGB), BGBl. I Nr. 120/2005, oder
2. Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) im Sinne des GmbH-Gesetzes (GmbHG), RGBl. Nr. 58/1906,

erfolgen.²

1 Dieser Halbsatz ist mangels berufsrechtlicher Relevanz zu streichen.

2 Für die EB: Die Streichung wird begründet damit, dass die Zahnärzte zwischenzeitig ein vollkommen eigenes Berufsbild, das sich ausdrücklich von dem ärztlichen unterscheidet, haben. Deshalb erfolgte auch mit 1.1.2006 die berufsrechtliche und organisationsrechtliche Trennung und auch Unterscheidung. Zahnärzte

(2) In der Firma der Gruppenpraxis sind jedenfalls der Name eines Gesellschafters und die in der Gruppenpraxis durch die Gesellschafter vertretenen Fachrichtungen anzuführen. Gruppenpraxen und deren Gesellschafter sind ausschließlich Mitglieder der Ärztekammern in den Bundesländern.³

(3) Eine Gruppenpraxis darf keine Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG aufweisen. In diesem Sinne gilt Folgendes:

1. Der Gruppenpraxis dürfen als Gesellschafter nur zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärzte angehören.
2. Andere natürliche Personen und juristische Personen dürfen der Gruppenpraxis nicht als Gesellschafter angehören und daher nicht am Umsatz oder Gewinn beteiligt werden, ausgenommen im Verlassenschaftswege für die Dauer eines Jahres.
3. Die Übertragung und Ausübung von übertragenen Gesellschafterrechten ist unzulässig, es sei denn im Falle des Gesellschafterwechsels
4. Die Berufsbefugnis der Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als Gesellschafter beteiligten Ärzte.
5. Die Tätigkeit der Gruppenpraxis muss auf die
 - a) Ausübung von Tätigkeiten im Rahmen der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis einschließlich Hilfstätigkeiten und mit der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis im direkten Zusammenhang stehende Tätigkeiten von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie
 - b) Verwaltung des Gesellschaftsvermögens beschränkt werden.
6. Jeder Gesellschafter ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet⁴.
7. Unzulässig sind
 - a) die Anstellung von zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Ärzten, sofern sie nicht Gesellschafter sind; davon ausgenommen sind Ärzte in Ausbildung in Lehrgruppenpraxen sowie
 - b) das Eingehen sonstiger arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der Gesellschafter zu anderen Ärzten oder Gesellschaften, insbesondere durch den Abschluss von freien Dienstverträgen, und

sind nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechnete. Die vorgesehene Regelung würde jedenfalls partiell zu einer Vermischung dieser Situation führen können, woraus sich rechtliche wie organisatorische (Kammermitgliedschaft), derzeit unabhärbare Fragen und Unvereinbarkeiten ergeben würden. Für die Aufrechterhaltung einer derartigen Regelung im Ärztegesetz besteht daher kein Grund mehr.

In diesem Sinne sind alle Zahnärzte betreffende Formulierungen in diesem Entwurf zu bereinigen und vice versa auch im Zahnärztegesetz.

Dem Vernehmen nach wird dies auch von der zahnärztlichen Interessenvertretung gewünscht.

3 Die persönlichen Rechte und Pflichten von Kammerangehörigen, die als Gesellschafter einer Gruppenpraxis ihren ärztlichen Beruf ausüben, sind höchstpersönliche Rechte und Pflichten, was bedeutet, dass insbesondere das Wahlrecht sowie die Verpflichtungen zur Zahlung von Kammerumlagen und Beiträgen zum Wohlfahrtsfonds auch bei Gruppenpraxen ausschließlich den entsprechenden Gesellschaftern obliegen und die Ärztekammer direkt auf diese durchgreifen kann.

4 In den EB ist dagegen vom Schwerpunkt der Berufsausübung die Rede. Dies kann aber nicht in jedem Fall der maßgeblichen persönlichen Berufsausübung in der GP entsprechen und gehört daher richtiggestellt. Z.B. könnte der Schwerpunkt der beruflichen Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis im Spital liegen, die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis im Vergleich dazu von geringerem Ausmaß sein. Ein weiteres Beispiel betrifft teilzeittätige Ärztinnen. Die Tätigkeit in der GP muss jedenfalls in einem ausgewogenen proportionalen Innenverhältnis zu den Gesellschaftsanteilen stehen.

5 Ein Verbot der Anstellung von Gesellschaftern ergibt weder gesellschaftsrechtlich noch steuerrechtlich Sinn und ist auch nicht als Abgrenzungskriterium gegenüber Krankenanstalten in der Betriebsform eines Ambulatoriums geeignet und daher ersatzlos zu streichen, wofür auch verfassungsrechtliche Bedenken und das GmbH-Recht sprechen.

Leiharbeitsverhältnissen, zum Zweck der Erbringung ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis, die über das Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung hinausgeht.⁶

8. Eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als den in Z 1 Genannten ist nur in einem Ausmaß zulässig, das keine Regelung in einer Anstaltsordnung erfordert. (Zitierung dieser gesetzlichen Bestimmung in den EB's: KAKuG)⁷
 9. Die Berufsausübung der Gesellschafter darf nicht an eine Weisung oder Zustimmung der Gesellschafter (Gesellschafterversammlung) gebunden werden.
 - 10.. Über Fragen der Berufsausübung entscheiden ausschließlich die entsprechend berufsberechtigten Gesellschafter. Gegen den Willen jener Gesellschafter, die über die den Gegenstand einer Entscheidung überwiegend betroffene Berufsberechtigung verfügen, darf keine Entscheidung getroffen werden.
 - 11.. Für die Patienten ist die freie Arztwahl unter den Gesellschaftern/Gesellschafterinnen derselben Fachrichtung zu gewährleisten.
- (4) Eine Gruppenpraxis darf im Bundesgebiet nur einen Berufssitz haben, der zugleich Berufssitz der an ihr beteiligten Ärzte ist. Darüber hinaus darf eine Gruppenpraxis in Form einer Vertragsgruppenpraxis unter nachfolgenden Voraussetzungen mehrere in die Ärzteliste einzutragende Standorte im Bundesgebiet haben:
1. Die Anzahl der Standorte darf die Anzahl der an der Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafter nicht überschreiten.
 2. Einer der Standorte muss zum Berufssitz der Gruppenpraxis erklärt werden.
 3. Jeder Gesellschafter darf zwar unbeschadet des § 45 Abs. 3 an sämtlichen Standorten der Gruppenpraxis seinen Beruf ausüben, in diesem Fall jedoch keinen sonstigen Berufssitz haben.
 4. Es kann eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden.

(5) Im Gesellschaftsvertrag ist zu bestimmen, ob und welche Gesellschafter zur Geschäftsführung und Vertretung berechtigt sind. Zum Abschluss von Behandlungsverträgen für die Gesellschaft ist jeder Gesellschafter berechtigt. Die vorübergehende Einstellung oder Untersagung der Berufsausübung bis zur Dauer von sechs Monaten hindert Ärzte nicht an der Zugehörigkeit zur Gesellschaft, wohl aber an der Vertretung und an der Geschäftsführung.

(6) Jeder Gesellschafter ist, insbesondere durch eine entsprechende Gestaltung des Gesellschaftsvertrags, zur Einhaltung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, insbesondere der Anmeldungspflicht nach § 29 Abs. 1 Z 7 einschließlich der Vorlage des Gesellschaftsvertrages und gegebenenfalls des Bescheids über die Zulassung als Gruppenpraxis gemäß § 52c verpflichtet. Jeder Gesellschafter ist für die Erfüllung seiner Berufs- und Standespflicht persönlich verantwortlich, diese Verantwortung kann weder durch den Gesellschaftsvertrag noch durch Beschlüsse der Gesellschafter oder Geschäftsführungsmaßnahmen eingeschränkt oder aufgehoben werden.

(7) Soweit in diesem Bundesgesetz auf Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, approbierte Ärzte oder Fachärzte abgestellt werden, sind die jeweiligen Bestimmungen auf Gruppenpraxen gegebenenfalls anzuwenden.

Anm.: In §§ 27 und 29 ist eine Bestimmung aufzunehmen, wonach die Gesellschaftsverträge vor der Eintragung in die Ärzteliste im Wege der Landesärztekammern der Österreichischen Ärztekammer vorzulegen sind.

Gründung von Gruppenpraxen

§ 52b. (1) Die Gründung einer Gruppenpraxis setzt die

1. Eintragung in das Firmenbuch,
2. Zulassung des Landeshauptmanns gemäß § 52c, sofern nicht

⁶ In den EB ist klarzustellen, dass es nur um die persönliche Leistungserbringung über den Vertretungsfall hinaus gehen kann; nicht aber organisatorische-apparative oder räumliche Zusammenarbeit (Gruppenpraxis mit Apparategemeinschaft). Davon nicht erfasst sind ärztliche konsiliarische Zusammenarbeiten gem. § 49 Abs 2 ÄrzteG sowie Zuweisungen zu anderen Sonderfächern, die Beiziehung eines Anästhesisten zu Eingriffen etc.

⁷ Ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass eine derartige Formulierung aufgrund der fächerspezifisch unterschiedlichen Dynamik der Medizin problematisch ist, unter Umständen aber als äußerster Kompromiss dann akzeptiert werden könnte, wenn unsere Vorschläge inhaltlicher Kriterien zur Definition der Ambulatorien, den ärztlichen Dienst und den ergänzenden Inhalten einer Anstaltsordnung in das Gesetz einfließen.

- a) jeder Gesellschafter bereits einen Einzelvertrag mit den jeweiligen Krankenversicherungsträgern hat oder die zu gründende Gruppenpraxis bereits im Stellenplan vorgesehen ist und jeweils die Voraussetzungen des Abs. 2 vorliegen oder
 - b) die Gruppenpraxis ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen zu erbringen beabsichtigt, sowie
3. Eintragung in die Ärzteliste

voraus.

(2) Die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a hat unter Bedachtnahme des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) (§ 84a ASVG) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige durch die jeweilige Landesärztekammer an den zuständigen Landeshauptmann über eine wechselseitige schriftliche Zusage zwischen der Gesellschaft oder Vorgesellschaft und der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse über einen unter Bedachtnahme auf den jeweiligen RSG abzuschließenden Gruppenpraxis-Einzelvertrag (§ 342a ASVG in Verbindung mit § 342 ASVG) hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten). Mit der Anzeige hat der Landeshauptmann unverzüglich die jeweilige Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses zu befassen, welche binnen 4 Wochen ab Eintreffen der Anzeige eine Äußerung an die Österreichische Ärztekammer abgeben kann⁸.

(3) Die Gruppenpraxis darf ihre ärztliche Tätigkeit nur nach Eintragung in die Ärzteliste, die gegebenenfalls erst nach Zulassung gemäß § 52c oder Befassung der Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses gemäß Abs. 2 letzter Satz erfolgen darf, aufnehmen.

(4) Wenn eine Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. b sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt, sind diesbezüglich geschlossene Behandlungsverträge hinsichtlich des Honorars nichtig, worüber der Patient vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären ist. Gleiches gilt, wenn eine Gruppenpraxis gemäß § 52c zugelassene Gruppenpraxis über das zugelassene Leistungsangebot hinaus sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt.“⁹

10. Nach § 52b werden folgende §§ 52c und 52d samt Überschriften eingefügt:

„Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung

§52c. (1) NEU soll lauten wie folgt:

Der Landeshauptmann hat auf Antrag einer Gesellschaft oder Vorgesellschaft, die die Gründung einer Gruppenpraxis gem. § 52b beabsichtigt, die Zulassung zu erteilen, falls folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Das Vorhaben darf dem jeweils geltenden RSG nicht widersprechen und
2. das Vorhaben muss zu einer Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet führen.

Das Erfordernis nach Z 2 ist jedenfalls erfüllt, wenn

alle beteiligten Gesellschafter im Versorgungsgebiet der Gruppenpraxis bereits drei Jahre niedergelassen waren. 10

⁸ Durch diese Möglichkeit einen Ausschuss zu befassen, in dem die Gesamtvertragspartner paritätisch vertreten sein sollen, kann eine spitalsentlastende Funktion einer neuer Vertragsgruppenpraxis diskutiert und allenfalls auch definiert werden. Die von diesem Ausschuss allenfalls abgegebene Äußerung an die Österreichische Ärztekammer dient dieser als Unterstützung und ist in keinem Fall eine Eintragungsvoraussetzung für eine solche Gruppenpraxis. Die enge Frist ist notwendig, weil ansonsten insbesondere bei der Nachbesetzung von ausgeschiedenen Vertragsärzten Versorgungsengpässe entstehen können.

⁹ Die Wortfolge „Abs 1 Z 2 lit a oder eine gemäß“ ist ersatzlos zu streichen, da sich die Zulässigkeit über das Spektrum des Gesamtvertrags hinausgehender Leistungen (sogenannter außervertraglicher Leistungen) aus dem Kassenrecht, insbesondere den gesamtvertraglichen Regelungen ergibt (s. auch die Entscheidung der Bundesschiedskommission zum sogenannten außervertraglichen Raum).

¹⁰ In den EB ist festzuhalten, dass die vorgeschlagenen Prüfungskriterien der Zielsetzung dienen bei der Prüfung eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung einerseits und das finanzielle Gleichgewicht des Systems andererseits zu sichern.

(2) Über das Vorliegen der Voraussetzung nach Abs. 1 kann eine gesonderte Entscheidung beantragt werden.

(3) Der Landeshauptmann hat im Rahmen des Antrags das Leistungsangebot der Gruppenpraxis (Leistungsvolumen, Leistungsspektrum und allenfalls auch, sofern beantragt, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten) zu bestimmen..

(4) Der Landeshauptmann kann im Rahmen des Zulassungsverfahrens zur Frage der Verbesserung des Versorgungsangebotes ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme der jeweiligen Landesgesundheitsplattform einholen¹¹.

(5) Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben auch

1. die betroffenen Sozialversicherungsträger,
2. die örtlich zuständige Landesärztekammer,
3. die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten.

(6) Gegen Bescheide gemäß Abs. 1, 7 und 8 ist eine Berufung unzulässig

(7) Wesentliche Änderungen des Leistungsangebots (Abs. 1) bedürfen der Zulassung durch den Landeshauptmann unter Anwendung der Abs. 1 bis 6.

(8) Der Landeshauptmann hat Bescheide zurückzunehmen, wenn rechtliche Voraussetzungen ungeachtet vorheriger Abmahnung nicht mehr erfüllt sind.¹²

(9) Der Landeshauptmann hat der Österreichischen Ärztekammer die Zurücknahme eines Bescheids gemäß Abs. 6 unverzüglich mitzuteilen. Die Österreichische Ärztekammer hat umgehend die Streichung der Gruppenpraxis aus der Ärzteliste durchzuführen.

Berufshaftpflichtversicherung

§ 52d. (1) Eine ärztliche Tätigkeit als niedergelassener Arzt oder ausschließlich als Wohnsitzarzt darf erst nach Abschluss und Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer aufgenommen werden.

(2) Die Österreichische Ärztekammer hat im Rahmen des übertragenen Wirkungsbereichs durch Verordnung nach Maßgabe der Gefahreneignigkeit der Tätigkeit fachspezifische Mindestversicherungssummen sowie allfällige weiters notwendige Versicherungsbedingungen festzulegen.

(3) Eine Kündigung des Versicherungsvertrags durch den Versicherer wegen Eintritt des Versicherungsfalls ist ausgeschlossen. Neben dem Versicherungsnehmer kann auch dessen Haftpflichtversicherung im Rechtsweg direkt in Anspruch genommen werden.¹³ Jedem zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung verpflichteten Arzt

Ärzte, die bereits drei Jahre als niedergelassene Ärzte tätig waren und einen Patientenstock aufgebaut haben und damit eine Versorgungswirksamkeit bewirkt haben, sollen sich zu einer Optimierung dieser Versorgungswirksamkeit vergesellschaften dürfen.

11 Der Entwurfstext ist aus zwei Gründen höchst problematisch: Einerseits lässt EuGH-Hartlauer ein Zulassungsregime nur zu, wenn es ermessensfrei ausgestaltet ist. Das bedeutet, dass bei Erfüllung gesetzlich bestimmter Kriterien ein Rechtsanspruch auf Zulassung bestehen muss, andernfalls der Grundsatz der Niederlassungsfreiheit verletzt ist. Andererseits gebietet das Legalitätsprinzip des österreichischen Verfassungsrechts, dass Gegenstand von Verwaltungsverfahren, von einzuholenden Gutachten und Stellungnahmerechten mitbeteiligter Parteien inhaltlich bestimmt sein müssen. Diese Voraussetzungen sind bei der Zielbestimmung des Abs. 1 bei den nicht bestimmten Gutachtensthema gem. Abs. 3 und der inhaltlich nicht bestimmten Parteistellung gem. Abs 4 in verfassungswidriger Weise nicht erfüllt. Insoweit entspricht der vorliegende Entwurf weder dem Unionsrecht (EugH-Hartlauer) noch dem Rechtsstaatsprinzip der österreichischen Bundesverfassung. Der Entwurf ist daher diesbezüglich zu konkretisieren.

12 Darunter sind folgende Sachverhalte zu verstehen: die Streichung aus der Ärzteliste, der Entfall der Haftpflichtversicherung, die Nichterfüllung des Leistungsangebotes gem. Antrag bzw. dessen Überschreitung. Ziffer 1 und 2 sind zu streichen, da sie zu unbestimmt sind und unverhältnismäßige Eingriffe in die Erwerbsfreiheit implizieren. Tatsächlich ist eine derartige Bestimmung bei den Ambulatorien nicht vorgesehen, weil derartige Bedenken offensichtlich berücksichtigt worden sind. Die Ziffer 3 ist deshalb zu streichen, da sie im geänderten Formulierungsvorschlag des Abs. 7 (Überschreitung der Berufsbefugnis) enthalten ist.

13 Analogie zum KFZ-Breich.

ist auf dessen Verlangen vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs ein mit ihm kontrahierendes Versicherungsunternehmen zu üblichen Konditionen zuzuweisen.¹⁴ Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, der örtlich zuständigen Landesärztekammer innerhalb eines halben Jahres ab Inkrafttreten dieses Gesetzes das Bestehen einer Versicherung iS des § 52d ÄrzteG schriftlich zu bestätigen.

(4) Bei einer Gruppenpraxis in Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung hat die Versicherung auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen einen Arzt auf Grund seiner Gesellschafterstellung bestehen. Besteht die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang, so haften neben der Gruppenpraxis in Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung auch die Gesellschafter unabhängig davon, ob ihnen ein Verschulden vorzuwerfen ist, persönlich in Höhe des fehlenden Versicherungsschutzes.

(5) Die Versicherung ist während der gesamten Dauer der ärztlichen Berufsausübung aufrecht zu erhalten. Der Österreichischen Ärztekammer ist vom Versicherer

1. im Zuge der Eintragung in die Ärzteliste der Abschluss sowie
2. jederzeit auf Verlangen das Bestehen

eines entsprechenden Versicherungsvertrags nachzuweisen.

(6) Der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig. Die Versicherer sind verpflichtet, der Österreichischen Ärztekammer unaufgefordert und umgehend jeden Umstand zu melden, der eine Beendigung oder Einschränkung des Versicherungsschutzes oder eine Abweichung von der ursprünglichen Versicherungsbestätigung bedeutet, und auf Verlangen über solche Umstände Auskunft zu erteilen.

(7) Die Österreichische Ärztekammer kann Rahmenvereinbarungen für Berufshaftpflichtversicherungen abschließen.“

11. § 59 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer kann bei einer Beeinträchtigung der gesundheitlichen Eignung oder Vertrauenswürdigkeit zum Zweck der Sicherstellung der Erfüllung der Berufspflichten mit Bescheid Auflagen, Bedingungen oder Befristungen vorschreiben. Werden die vorgeschriebenen Auflagen, Bedingungen oder Befristungen ungerechtfertigt nicht erfüllt, so führt dies zum Wegfall der gesundheitlichen Eignung oder Vertrauenswürdigkeit.“

11a. § 68 Abs 1 Z 2 lautet:

2. seinen Berufssitz, Dienstort oder - bei Wohnsitzärzten - seinen Wohnsitz im Bereich dieser Ärztekammer hat und¹⁵

11b. § 91 Abs.3 lautet wie folgt:

(3) „Die Umlagen sind unter Bedachtnahme auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit **anhand der Einnahmen (Umsätze), Einkünfte oder beidem bzw. unter Berücksichtigung der Art der Berufsausübung der Kammerangehörigen festzusetzen, wobei die Höhe der Umlagen betragsmäßig oder in Relation zu einer Bemessungsgrundlage festgesetzt werden kann. Bei Beteiligung eines Kammerangehörigen an einer Gesellschaft, die ärztliche Leistungen erbringt, kann sein im Gesellschaftsvertrag oder in einer sonstigen Vereinbarung festgesetzter Anteil am Umsatz (Umsatzanteil) oder unabhängig von dessen Ausschüttung sein Anteil am steuerrechtlichen Gewinn der Gesellschaft als Bemessungsgrundlage berücksichtigt werden. Geschäftsführerentgelte von Gesellschaftern von Ärzte-Gesellschaften sind jedenfalls in die Bemessungsgrundlage mit einzubeziehen. Geschäftsführerentgelte von Ärzten, die als ärztliche Leiter gleichzeitig auch Geschäftsführer derselben Krankenanstalt sind, gelten als Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit.** Die Höchstgrenze der Kammerumlage beträgt 3 vH der Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit **einschließlich der Umsatzanteile an Gesellschaften, die ärztliche Leistungen erbringen.** Die Umlagenordnung kann einen Mindestsatz für die Kammerumlage vorsehen. Näheres ist in der Umlagenordnung zu regeln. Für den Fall einer verspäteten Entrichtung der Kammerumlage durch Kammerangehörige kann die Umlagenordnung die Vorschreibung von angemessenen Mahnspesen vorsehen.

¹⁴ Analog zu § 25 KHVg.

¹⁵ Für Gesellschafter von Gruppenpraxen zählt der Berufssitz der Gruppenpraxis als Berufssitz. Ein Standort einer Gruppenpraxis zählt nicht als Berufssitz.

Begründung: Mit dieser Bestimmung sollen auch die Umsatz- oder Gewinnanteile von Kammerangehörigen an Gesellschaften, die ärztliche Leistungen erbringen, der Kammerumlagenpflicht unterlegt werden. Bei der Berechnung der Höchstgrenze der Kammerumlage sind Umsatzanteile von Kammerangehörigen an Gesellschaften, die ärztliche Leistungen erbringen, zu berücksichtigen. Es soll die Regelung des § 91 (3) mit § 109 (2) abgestimmt werden: Durch diese Formulierung wird zum Ausdruck gebracht, dass bei der Festlegung der Kammerumlage wie bei den Wohlfahrtsfondsbeiträgen auch der Umsatz aus ärztlicher Tätigkeit zugrunde gelegt werden kann, bzw. die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auch ausschließlich am Umsatz gemessen werden kann (was gerade iZm der möglichen Berufsausübung im Rahmen von Kapitalgesellschaften relevant sein wird). Außerdem soll durch die Verwendung des Wortes „bzw.“ klargestellt werden, dass die beiden genannten Faktoren (wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und Leistungserfordernisse der Kammer in Relation zur Berufsgruppe, der der Arzt angehört) nicht kumulativ beachtet werden müssen.

11c. § 91 Abs. 4 Ärztegesetz zweiter Satz lautet wie folgt:

Die Umlagenordnung kann vorsehen, dass Kammerangehörige, verpflichtet sind, alljährlich bis zu einem in der Umlagenordnung zu bestimmenden Zeitpunkt schriftlich alle für die Errechnung der Kammerumlage erforderlichen Angaben zu machen und auf Verlangen die geforderten Nachweise über die Richtigkeit dieser Erklärung vorzulegen; wenn dieser Verpflichtung nicht rechtzeitig und vollständig entsprochen wird, erfolgt die Vorschreibung auf Grund einer Schätzung; diese ist unter Berücksichtigung aller für die Errechnung der Kammerumlage bedeutsamen Umstände vorzunehmen.

Begründung: Die Streichung des Halbsatzes erfolgt zur Klarstellung, da auch Ärzte, die den Beruf ausschließlich in einem Dienstverhältnis ausüben, Nebeneinkünfte aus ärztlicher Tätigkeit haben können (z.B. in Kenntnis des Umstandes, dass Arzthonorare aus der Behandlung von Patienten der Sonderklasse bezogen werden).

11d. § 102 Abs 8 lautet:

Eine Minderung der Witwen-(Witwer-) Versorgung kann die Satzung unter folgenden Voraussetzungen vorsehen:

1. Beträgt der Altersunterschied der Ehepartner mehr als zehn Jahre und hat die Ehe weniger als fünf Jahre bestanden, kann die Witwen-(Witwer-) Versorgung entfallen. Dies gilt nicht, wenn der Tod des Ehegatten durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist.
2. Beträgt der Altersunterschied der Ehepartner mehr als zehn Jahre und hat die Ehe fünf Jahre oder länger bestanden, so kann die Satzung nach Maßgabe versicherungsmathematischer Grundsätze eine Minderung bis auf 20 v.H. der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem/der Verstorbenen im Zeitpunkt seines/ihres Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte, vorsehen.

11e. § 109 Abs. 2 lautet wie folgt:

(2) Bei der Festsetzung der Höhe der für den Wohlfahrtsfonds bestimmten Beiträge ist auf die Leistungsansprüche, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit anhand der Einnahmen (Umsätze), Einkünfte oder beidem bzw. auf die Art der Berufsausübung der beitragspflichtigen Kammerangehörigen Bedacht zu nehmen. Die Höhe der Beiträge kann betragsmäßig oder in Relation zu einer Bemessungsgrundlage festgesetzt werden.

Bei Beteiligung eines Kammerangehörigen an einer Gesellschaft, die ärztliche oder zahnärztliche Leistungen erbringt, kann sein im Gesellschaftsvertrag oder in einer sonstigen Vereinbarung festgesetzter Anteil am Umsatz (Umsatzanteil) oder unabhängig von dessen Ausschüttung sein Anteil am steuerrechtlichen Gewinn der Gesellschaft als Bemessungsgrundlage berücksichtigt werden. Geschäftsführerbezüge von Gesellschaftern von Ärztegesellschaften bzw. Zahnärztesgesellschaften sowie von Ärzten oder Zahnärzten, die als ärztliche bzw. zahnärztliche Leiter auch Geschäftsführer derselben Krankenanstalt sind, sind jedenfalls in die Bemessungsgrundlage mit einzubeziehen. Näheres ist in der Beitragsordnung zu regeln.

Begründung:

- siehe Erläuterung zu § 91 Abs 3.)
- Mit dieser Bestimmung sollen auch die Umsatz- oder Gewinnanteile von Wohlfahrtsfondsangehörigen an Gesellschaften, die ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen erbringen, der Beitragspflicht unterlegt werden.

11f. § 109 Abs 3 lautet wie folgt:

(3) Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds darf 18 vH der jährlichen Einnahmen aus ärztlicher oder sowie zahnärztlicher Tätigkeit **einschließlich Umsatzanteile an Gesellschaften, die ärztliche oder zahnärztliche Leistungen erbringen**, nicht übersteigen.

Begründung: Bei der Berechnung der Höchstgrenze der Wohlfahrtsfondsbeiträge sind **Umsatzanteile von Wohlfahrtsfondsangehörigen an Gesellschaften, die ärztliche oder zahnärztliche Leistungen erbringen, zu berücksichtigen.**

11g. In § 109 Abs 5 wird das Wort „personenbezogen“ gestrichen.

Begründung: § 109 Abs 5 ÄrzteG spricht von einem (bloß) „personenbezogenen“ Abzug, dennoch soll in Hinkunft auch ein Abzug von den Honoraren, die an die Ärzte-GmbHs bezahlt werden, erfolgen.

11h. § 110a Abs 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für den Fall einer verspäteten Entrichtung von Wohlfahrtsfondsbeiträgen durch Kammerangehörige kann die Beitragsordnung die Vorschreibung von angemessenen Mahnspesen vorsehen.“

11i. § 118 ÄrzteG sowie § 117b Abs 1 Z 7 werden ersatzlos gestrichen.¹⁶

12. § 118a samt Überschrift lautet:

„Österreichische Gesellschaft für

Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

§ 118a. (1) Der von der Österreichischen Ärztekammer errichteten und zu betreibenden Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) obliegt insbesondere

1. die Erarbeitung von fachspezifischen Qualitätskriterien sowie die Erarbeitung¹⁷ und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
2. die Erarbeitung ~~von Empfehlungen für die Gestaltung~~¹⁸ und regelmäßige Anpassung der Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c,
3. die Qualitätsevaluierung,
4. die Qualitätskontrolle sowie
5. die Führung eines Qualitätsregisters.

(2) Der Präsident und der Finanzreferent der Österreichischen Ärztekammer haben in der Generalversammlung die Österreichische Ärztekammer ~~als Alleingesellschafter~~¹⁹ zu vertreten. Die

¹⁶ Wenn alle freiberuflich tätigen Ärzte gesetzlich verpflichtend eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen müssen, ist kein Bedarf für eine subsidiäre Haftung der Ärztegemeinschaft im Rahmen des Solidarfonds der Österreichischen Ärztekammer mehr gegeben.

¹⁷ Die **Erarbeitung fachspezifischer Qualitätskriterien** sollte – wie bisher in § 118a Abs. 2 Z 1 – unbedingt explizit formulierte Aufgabe der ÖQMed bleiben. Qualitätssichernde Maßnahmen wie im Entwurf vorgesehen, sind dazu ein Diminutiv.

Auch in der AG Qualität wurde mit dem Hauptverband gemeinsam die **Aufgabe der inhaltlichen Gestaltung der Qualitätskriterien**, die dann einheitlich für alle ambulanten Leistungsanbieter relevant sein sollen, vereinbart.

¹⁸ Die Einschränkung auf „Empfehlung“ entspricht nicht dem Konzept der Bindungswirkung der Ergebnisse der Arbeit des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMed; Es ist klargestellt, dass die Qualitätssicherungsverordnung gem. § 118c nicht von der ÖQMed selbst erlassen wird.

¹⁹ Ob die ÖÄK Alleingesellschafterin bleibt oder weitere Gesellschafter in ihre GesmbH aufnimmt, liegt in ihrer autonomen Rechtsgestaltung.

~~Generalversammlung hat keine inhaltlichen Kompetenzen im Bereich der Qualitätssicherung.²⁰ Der Geschäftsführung, die aus einem Geschäftsführer zu bestehen hat und 21 von der Generalversammlung zu bestellen ist, obliegt auch die rechtsgeschäftliche Vertretung der ÖQMed²². Die Geschäftsführung hat in allen Organen der ÖQMed Sitz- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht. Unbeschadet der Stellung der Österreichischen Ärztekammer als Alleingesellschafter unterliegen die Organe der ÖQMed bei der Erfüllung der Aufgaben gemäß Abs. 1 der Weisung durch den Bundesminister für Gesundheit.²³ § 195h gilt auch für die Organe der ÖQMed.“~~

13. § 118b samt Überschrift lautet:

„Wissenschaftlicher Beirat

§ 118b. (1) Die ÖQMed hat neben den nach dem GmbHG verpflichtend vorzusehenden Organen auch einen Wissenschaftlichen Beirat einzurichten. Der Wissenschaftliche Beirat hat die Organe der ÖQMed und der Österreichischen Ärztekammer in der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben in der Qualitätssicherung zu beraten. Der Wissenschaftliche Beirat hat eine Geschäftsordnung zu beschließen, die die Erfüllung der ihm

20 Die Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats sowie des Evaluierungsbeirats sind klar umschrieben und als „Zuständigkeiten“ geregelt. Eine über diese Zuordnung getroffene Einschränkung der Kompetenzen der Generalversammlung der ÖQMed ist überschießend und greift unverhältnismäßig in die Autonomie der Gesellschafterin ein.

Die ÖQMed ist eine GesmbH, die von der ÖÄK zwar aufgrund des Ärztegesetzes zu gründen war und die auch gesetzliche Aufgaben zu erfüllen hat, jedoch muss es der Gesellschafterin ÖÄK autonom überlassen bleiben, diese GmbH, die im Übrigen ausschließlich aus Mitteln der Ärztinnen und Ärzte finanziert wird, für weitere dem Gesellschaftsvertrag entsprechende Zwecke einzusetzen. Die ärztliche Qualitätssicherung besteht im Übrigen nicht nur aus Maßnahmen zur Sicherstellung der Erfüllung der ärztlichen Berufspflicht iSv § 49 Abs. 2a! Sowohl die Generalversammlung als auch die Geschäftsführung haben in der Qualitätsarbeit der ÖQMed zusätzliche Aufgaben, die über § 118a Abs. 1 hinausgehen!!!

21 Die Gestaltung der Geschäftsführung obliegt der Gesellschafterin. *§ 15 Abs. 1 GmbHG: Die Gesellschaft muss einen oder mehrere Geschäftsführer haben. (...) Die Bestellung erfolgt durch Beschluss der Gesellschafter.* Eine diesbezügliche ärztegesetzliche Einschränkung auf einen Geschäftsführer widerspricht dem GmbH-Gesetz und ist daher zu streichen.

22 Die ÖQMed ist eine GesmbH, ihre rechtsgeschäftliche Vertretung durch die Geschäftsführung ist im GmbHG geregelt. *Vgl. § 19 GmbHG: Die Gesellschaft wird durch die von den Geschäftsführern in ihrem Namen geschlossenen Rechtsgeschäfte berechtigt und verpflichtet; (...)* – Eine Wiederholung dieser gesellschaftsrechtlichen Bestimmung ist daher überflüssig.

23 Das Weisungsrecht des Bundesministers für Gesundheit ist zur Gänze zu streichen!!! Die Österreichische Ärztekammer hat gemäß § 118 Abs. 1 Z 22 die „Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung durch Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, soweit diese im überwiegenden Interesse der Ärzte gelegen sind (Evaluierung gemäß § 49 Abs. 2a)“ im eigenen Wirkungsbereich wahrzunehmen. Dazu regelt das Ärztegesetz die Aufgaben der ÖQMed und ihrer Organe, als ein Instrumentarium mit vorbereitender und exekutiver Funktion, derer sich die ÖÄK zu bedienen hat. Die ÖQMed selbst hat keine behördliche oder rechtsgestaltende Kompetenz! Daraus folgt naturgemäß auch eine ersatzlose Streichung des letzten Satzes des Entwurfes, nämlich der Geltung des § 195h Ärztegesetz, der die Möglichkeit der Amtsenthebung der Organe der ÖQMed zur Folge hätte.

In diesem Zusammenhang verweisen wir hier schon auf § 118c Abs. 2, demzufolge gemäß § 195g Abs. 2 Ärztegesetz ohnedies ein Weisungsrecht des Bundesministers im Falle der Qualitätssicherungs-Verordnung an die Vollversammlung der ÖÄK, vorgesehen ist. Dieses Weisungsrecht an das gesetzlich zuständige Organ zur Erlassung einer für die niedergelassenen Ärzteschaft verbindlichen Verordnung wird von der ÖÄK akzeptiert.

übertragenen Aufgaben sicherstellt. ~~Die Geschäftsordnung bedarf für ihre Wirksamkeit der Zustimmung durch den Bundesminister für Gesundheit.~~²⁴

(2) Der Wissenschaftliche Beirat besteht aus

1. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH, der den Vorsitz führt, und einem weiteren Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,
2. ~~zwei~~ ²⁵ einem Vertreter des Bundesministers für Gesundheit,
3. zwei Vertretern des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
4. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten weisungsfreien Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,
5. einem Vertreter der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin,
6. einem Vertreter der Bundessektion Fachärzte,
7. einem Vertreter der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte,
8. einem Vertreter der Österreichischen Akademie der Ärzte,
9. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer als Gesellschafter der ÖQMed ~~für Qualitätssicherung,~~
10. einem von der Universitätskonferenz bestellten Vertreter der Medizinischen Universitäten,
- ~~11. einem Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie~~²⁶
12. einem Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich,

die, sofern nicht anderes bestimmt wird, von der betreffenden Einrichtung entsandt werden und über hinreichende Erfahrung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung verfügen sollen. Die Entsendung der Vertreter sowie deren Stellvertreter für den Fall ihrer Verhinderung ist der ÖQMed unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(3) Das Zusammentreten des Wissenschaftlichen Beirats wird durch die Unterlassung einer Entsendung nicht gehindert.

(4) Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats haben aus ihrem Kreis einen Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

(5) Alle Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats sind antrags- und stimmberechtigt. Bei Abstimmungen mit Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (Dirimierungsrecht).

(6) Die Kosten für die Teilnahme der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats haben die entsendenden Einrichtungen selbst zu tragen.

(7) Der Wissenschaftliche Beirat ist vom Vorsitzenden nach Bedarf oder auf Wunsch eines Mitglieds gemäß Abs. 2 Z 1, 2, 3 oder 9 einzuberufen.

(8) Zu den Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats gemäß Abs. 1 gehört insbesondere die Erstattung von Empfehlungen im Zusammenhang mit der Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c einschließlich der

1. inhaltlichen Gestaltung der Qualitätskriterien sowie
2. 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.“

²⁴ Die wesentlichen Elemente einer Geschäftsordnung ist in den folgenden Bestimmungen bereits geregelt. Daher ist eine Vorlagepflicht zwecks Zustimmung des BMG als Wirksamkeitserfordernis überschießend.

²⁵ Die Neugestaltung des Wissenschaftlichen Beirats basiert auf dem Beschluss der ÖÄK für ein neues partnerschaftliches Modell in der Qualitätssicherung mit dem Hauptverband der Sozialversicherung und einem Konsenspapier, das dem BMG vorgelegt wurde. Darin ist die Vertretung des durch die beiden Vertreter des BIQG sowie einem Vertreter des BMG vorgesehen und unseres Erachtens ausreichend.

²⁶ Ein Vertreter der Bundesarbeitskammer ist im neuen partnerschaftlichen Modell der Qualitätssicherung nicht vorgesehen. Vorstellbar ist ein Sitz ohne Antrags- und Stimmrecht. Wenn dies nicht sachgerecht erscheint, müsste aus denselben Gründen nunmehr auch ein Vertreter der Bundeskurie der angestellten Ärzte zusätzlich vorgesehen werden.

14. § 118c samt Überschrift lautet:

„Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung

§ 118c. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat nach Befassung des Wissenschaftlichen Beirats und auf Grundlage seiner Empfehlung sowie nach Befassung der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte durch Verordnung

1. die zu evaluierenden Kriterien,
2. das Verfahren zur Evaluierung und Kontrolle durch die ÖQMed unter Beachtung der Verfahrensgrundsätze des § 118e sowie
3. das von der ÖQMed zu führende Qualitätsregister

für eine Geltungsdauer von fünf Jahren zu regeln.

(2) Die Österreichische Ärztekammer hat im Fall der Absicht, bei der Ausgestaltung der Verordnung von der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats abzuweichen, diesen Umstand dem Wissenschaftlichen Beirat und dem Bundesminister für Gesundheit unverzüglich schriftlich mitzuteilen und umfassend zu begründen. Der Bundesminister für Gesundheit hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen gemäß § 195g Abs. 2, insbesondere eine nochmalige Befassung und Einholung einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats, zu veranlassen.

(3) Die Österreichische Ärztekammer hat die Inhalte der Verordnung im Sinne des § 49 laufend weiter zu entwickeln und die Verordnung erforderlichenfalls auch vor Ablauf der fünfjährigen Geltungsdauer anzupassen.“

15. Nach § 118c werden folgende §§ 118d und 118e samt Überschriften eingefügt:

„Evaluierungsbeirat

§ 118d. (1) Die ÖQMed hat neben den nach dem GmbHG verpflichtend vorzusehenden Organen auch einen Evaluierungsbeirat einzurichten. Der Evaluierungsbeirat hat auf der Grundlage der Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c die Organe der ÖQMed bei der Planung, Durchführung und praxisgerechten Umsetzung der Evaluierung und Kontrolle, gegebenenfalls auch bei der Beurteilung individueller Evaluierungsergebnisse, zu unterstützen. Der Evaluierungsbeirat hat eine Geschäftsordnung zu beschließen, die die Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben sicherstellt. ~~Die Geschäftsordnung bedarf für ihre Wirksamkeit der Zustimmung durch den Bundesminister für Gesundheit.~~²⁷

(2) Der Evaluierungsbeirat besteht aus einem Plenum und Evaluierungsausschüssen, die in den Bundesländern nach regionalen Erfordernissen einzurichten sind.

(3) Das Plenum des Evaluierungsbeirats ist für die Erfüllung jener Aufgaben gemäß Abs. 1 zuständig, die von bundesländerübergreifender Relevanz sind.

(4) Die Evaluierungsausschüsse in den Bundesländern sind für individuelle Evaluierungen, insbesondere gemäß § 118e Abs. 1 dritter Satz, zuständig.

(5) Das Plenum des Evaluierungsbeirats besteht aus

1. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der den Vorsitz führt, und einem weiteren Vertreter der Österreichischen Ärztekammer,
2. je einem Vertreter der Ärztekammern in den Bundesländern,
- ~~3. einem Vertreter des Bundesministers für Gesundheit,~~
4. einem Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
5. je einem Vertreter der Gebietskrankenkassen,
6. einem Vertreter der Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
7. einem Vertreter der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
8. einem Vertreter der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
9. einem Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
10. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,
11. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten weisungsfreien Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,

²⁷ Die wesentlichen Elemente einer Geschäftsordnung ist in den folgenden Bestimmungen bereits geregelt. Daher ist eine Vorlagepflicht zwecks Zustimmung des BMG als Wirksamkeitserfordernis überschießend.

~~12. einem Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie~~

13. einem Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich,

die, sofern nicht anderes bestimmt wird, von der betreffenden Einrichtung entsandt werden und über hinreichende Erfahrung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung verfügen sollen. Die Entsendung der Vertreter sowie deren Stellvertreter für den Fall ihrer Verhinderung ist der ÖQMed unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(6) Die Mitglieder des Plenums des Evaluierungsbeirats haben aus ihrem Kreis mit absoluter Mehrheit einen Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

(7) Ein Evaluierungsausschuss besteht aus

1. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der den Vorsitz führt,

2. einem Vertreter der Ärztekammer des betreffenden Bundeslandes,

~~3. einem Vertreter des Bundesministers für Gesundheit,~~

4. einem Vertreter der betreffenden Gebietskrankenkasse,

5. einem gemeinsamen Vertreter der im Abs. 5 Z 6 bis 9 genannten Versicherungsträger,

6. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,

7. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten weisungsfreien Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,

~~8. einem Vertreter der Arbeitskammer des betreffenden Bundeslandes sowie~~

9. einem Vertreter der Wirtschaftskammer des betreffenden Bundeslandes,

die, sofern nicht anderes bestimmt wird, von der betreffenden Einrichtung entsandt werden und über hinreichende Erfahrung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung verfügen sollen. Die Entsendung der Vertreter sowie deren Stellvertreter für den Fall ihrer Verhinderung ist der ÖQMed unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(8) Die Mitglieder des Evaluierungsausschusses haben aus ihrem Kreis mit absoluter Mehrheit einen Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

(9) Das Zusammentreten des Plenums und der Evaluierungsausschüsse wird durch die Unterlassung einer Entsendung nicht gehindert.

(10) Alle Mitglieder des Plenums und der Evaluierungsausschüsse sind antrags- und stimmberechtigt. Bei Abstimmungen mit Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (Dirimierungsrecht).

(11) Die Kosten für die Teilnahme der Mitglieder des Plenums und der Evaluierungsausschüsse haben die entsendenden Einrichtungen oder im Fall des Abs. 5 Z 6 und Abs. 7 Z 5 das Mitglied selbst zu tragen.

Verfahrensgrundsätze zur Evaluierung und Kontrolle

§ 118e. (1) Sofern in der Verordnung gemäß § 118c kein kürzeres Intervall bestimmt wird, hat die ÖQMed zumindest alle fünf Jahre und darüber hinaus im Anlassfall unter Einbindung des Evaluierungsbeirats eine Evaluierung der niedergelassenen Ärzte einschließlich Gruppenpraxen mittels fachspezifischer Evaluierungsbögen unter Nutzung der elektronischen Datenübertragung nach Maßgabe der technischen Ausstattung (Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a) durchzuführen. Die ÖQMed hat die Ergebnisse der Selbstevaluierung stichprobenartig durch Besuche der Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte von Gruppenpraxen zu überprüfen. Unabhängig von den durch Selbstevaluierung initiierten Besuchen der Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte von Gruppenpraxen hat die ÖQMed solche Besuche auch aufgrund begründeter Anregungen

1. der Österreichischen Ärztekammer,

2. der Ärztekammern in den Bundesländern,

3. der Sozialversicherungsträger,

4. des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,

5. der weisungsfreie Vertreter von Patienteninteressen sowie

6. der Behörden mit gesetzlicher Kontroll- bzw. Sanktionsfunktion in Bezug auf ambulant erbrachte Gesundheitsleistungen

durchzuführen (spezifische Evaluierung). Die Kosten hierfür trägt jene Stelle, die die spezifische Evaluierung anregt. Zur Teilnahme am Besuch von Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte von Gruppenpraxen ist auch ein Vertreter von Patienteninteressen berechtigt.

(2) Wenn im Rahmen der Evaluierung gemäß Abs. 1 ein Mangel in der Prozess- und/oder Strukturqualität festgestellt wird, hat die ÖQMed – erforderlichenfalls unter Setzung einer angemessenen Frist – den Arzt oder die Gruppenpraxis zur Behebung des Mangels aufzufordern. Die Kontrolle der Mängelbehebung hat erforderlichenfalls auch durch Besuche der Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte von Gruppenpraxen gemäß Abs. 3 stattzufinden, insbesondere wenn im Zusammenhang mit der Kontrolle ein Vertragskündigungsverfahren aufgrund

von Mängeln in der Prozess- und/oder Strukturqualität in Aussicht genommen wird. Wenn dem den Mängelbehebungsaufträgen²⁸ nicht nachgekommen wird, hat die ÖQMed für Qualitätssicherung unverzüglich Disziplinaranzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer zu erstatten. Sofern ein Mangel hygienische Anforderungen gemäß § 56 Abs. 1 Z 1 betrifft, hat die ÖQMed darüber zusätzlich die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde sowie die örtlich zuständige Landesärztekammer ~~unverzüglich~~ schriftlich zu verständigen.

(3) Die ÖQMed hat das Ergebnis der Evaluierung einschließlich beabsichtigter und durchgeführter Kontrollen eines Vertragsarztes oder einer Vertragsgruppenpraxis jenen gesetzlichen Krankenversicherungsträgern sowie Krankenfürsorgeeinrichtungen²⁹ ~~unaufgefordert~~ schriftlich bekannt zu geben, die Vertragspartner des Vertragsarztes oder der Vertragsgruppenpraxis sind, wobei diese berechtigt sind, einen Arzt der betreffenden Fachrichtung zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen. Im Falle mehrerer Vertragspartner sind diese berechtigt, gemeinsam einen Arzt der betreffenden Fachrichtung zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen.

(4) Die Selbstevaluierungsbögen sowie die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sind in ein Qualitätsregister aufzunehmen und zu anonymisieren.

(5) Die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sind dem Bundesminister für Gesundheit anonymisiert zur Verfügung zu stellen.“

16. Im § 122 Z 6 wird der Ausdruck „§ 117 Abs. 2 Z 4 bis 11“ durch den Ausdruck „§ 117b Abs. 2 Z 4 bis 11“ ersetzt.

17. § 124 Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Für mit der Prüfung der Vertrauenswürdigkeit (§ 4 Abs. 2 Z 3 in Verbindung mit § 59) zusammenhängende Fragen kann vom Vorstand ein beratender Ausschuss (Ehrenrat) eingerichtet werden. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder werden vom Vorstand nominiert. Nähere Vorschriften über die Struktur und Aufgaben des Ehrenrates sind durch die Satzung festzulegen.“

18. Nach § 229 wird folgender § 230 samt Überschrift eingefügt:

„Übergangs-, In-Kraft- und Außer-Kraft-Tretens-Bestimmungen zur 14. Ärztegesetz-Novelle

§ 230. (1).³⁰

(2).³¹

(1) Gruppenpraxen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 in die Ärzteliste eingetragen sind, bleiben von §§ 52b Abs. 1 bis 3 sowie 52c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 auch bei einem Wechsel der Rechtsform unberührt.

(2) Ärzte und Gruppenpraxen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 in die Ärzteliste eingetragen sind, haben den Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung für die freiberufliche ärztliche Tätigkeit gemäß § 52d längstens binnen 18 Monaten ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 zu erbringen.

(3) Die Funktionsdauer des Wissenschaftlichen Beirats gemäß § 118b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 144/2009 endet mit dem ersten Zusammentreten des Wissenschaftlichen Beirats gemäß § 118b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010.“

²⁸ Im Evaluierungsprozess ist ein „abgestuftes Mahnsystem“ vorgesehen, sodass die Disziplinaranzeige nach wiederholter Mahnung letztendlich auch zur Disziplinaranzeige führt.

²⁹ auf deren Anfrage

³⁰ Es gibt keine sachliche Rechtfertigung dafür, dass die Gründung von Wahlarzt-Gruppenpraxen vom Bestehen eines Gesamtvertrags abhängt. Diese Bestimmung erscheint verfassungsrechtlich nicht haltbar und ist daher ersatzlos zu streichen.

³¹ Der Sinn dieser Bestimmung ist nicht nachvollziehbar.

Artikel 2 Änderung des Zahnärztegesetzes

Im Sinne unseres Vorschlages zu § 52a, nämlich der Herausnahme der Zahnärzte aus ärztlichen Gruppenpraxen und unserer dazugehörigen Fußnote, ist auch das ZahnärzteG vice versa in diesem Sinne zu bereinigen.

Artikel 3 Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 124/2009, wird wie folgt geändert:

1. Teil (Grundsatzbestimmungen)

1. § 2 Abs 1 Z 5 lautet:

5. selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen,
- a) die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen,
 - b) die nur jene Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe beschäftigen dürfen, deren Berufsberechtigung im Rahmen des Zulassungsbescheides liegt,
 - c) die Ärzte als Dienstnehmer nur in jenem Ausmaß beschäftigen dürfen, das quantitativ dem Zulassungsbescheid entspricht,
 - d) deren Tätigkeit auf den im Zulassungsbescheid festgelegten Umfang beschränkt ist,
 - e) die über einen ärztlichen Leiter verfügen müssen, der den Gesellschaftern gegenüber weisungsgebunden ist und dem eine ärztegesetzkonforme Berufsausübung *lege artis* auf Facharztniveau bzw. AM-Niveau zu garantieren ist und der zur Wahrung dessen den anderen Ärzten gegenüber weisungsberechtigt ist,
 - f) die der Qualitätssicherung durch die ÖQMed unterliegen und
 - g) die über eine Anstaltsordnung verfügen müssen.
 - h) Unzulässig sind
 - aa) die Anstellung von Ärzten über das bescheidmäßig festgelegte Ausmaß hinaus sowie
 - bb) das Eingehen sonstiger arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der Gesellschafter zu anderen Ärzten oder Angehörigen des zahnärztlichen Berufs oder Gesellschaften oder anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen, insbesondere durch den Abschluss von freien Dienstverträgen, Dienstverträgen, und Leiharbeitsverhältnissen, zum Zweck der Erbringung ärztlicher Leistungen im Ambulatorium.
 - i) Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist.
 - j) Die Durchführung von Hausbesuchen ist nicht zulässig.“

1a. § 1 Abs 1 wird folgender Satz angefügt:

“Die Durchführung von Hausbesuchen ist nicht zulässig.“

2. In § 2 Abs. 2 lit. d wird der Ausdruck „BGBl. I Nr. 63/2002.“ durch den Ausdruck „BGBl. I Nr. 63/2002 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 63/2009;“ ersetzt.

3. Nach § 2 Abs. 2 lit. d wird folgende lit. e angefügt:

„ e) Gruppenpraxen, sofern sie nicht eine Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs 3 darstellen.“

4. § 2 Abs. 3 lautet:

„(3) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und deren Organisation durch die Anstellung von weisungsgebundenen Ärzten der einer Anstalt entspricht und dadurch eine Anstaltsordnung erfordern, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten anzusehen. Sie unterliegen den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften.“

5. Vor § 3 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten“

6. § 3 Abs. 1 lautet:

„(1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig.“

7. § 3 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. 2b und 2c gegeben ist;“

8. § 3 Abs. 2a lautet:

„(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen.“

9. Nach § 3 Abs. 2a werden folgende Abs. 2b und Abs. 2c eingefügt:

„(2b) Für Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden (im Folgenden: Fondskrankenanstalten), ist ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung nach dem Anstaltszweck und in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem jeweiligen mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgestimmten Landeskrankenanstaltenplan (§10a) entspricht.

(2c) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

1. der örtlichen Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
2. der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie
4. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin

eine Unterversorgung im Einzugsgebiet besteht.

10. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Vorlage von Unterlagen nach Abs. 2 lit. b bis d ist nicht erforderlich, wenn eine gesonderte Entscheidung über die Bedarfsfrage beantragt wird.“

11. § 3 Abs. 4 lit. a lautet:

„a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 2b oder 2c erteilt worden ist;“

12. § 3 Abs. 4 lit. e lautet:

„e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1) namhaft gemacht wurde und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 7 Abs. 4) sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;“

13. Nach § 3 Abs. 4 lit. e wird folgende lit. f angefügt:

„f) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 62g erforderlich ist.“

14. In § 3 Abs. 5 entfallen der erste bis dritte Satz. Das Zitat „Abs. 4 lit. b bis d“ wird durch das Zitat „Abs. 4 lit. b bis e“ ersetzt.

15. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 3 Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben.“

16. § 3 Abs. 7 entfällt, Abs. 8 erhält die Bezeichnung „(7)“.

17. Nach § 3 werden folgende §§ 3a und 3b samt Überschrift eingefügt, die bisherigen §§ 3a und 3b erhalten die Bezeichnung „§ 3c“ und „§ 3d“.

„Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien

§ 3a. (1) Selbstständige Ambulatorien bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten, deren Namen und deren Berufsberechtigung [Sonderfach oder Allgemeinmedizin], Zahnärzten sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
 - a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und
4. gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Pfleglinge,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3 und
5. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen.

(5) Im Bewilligungsverfahren ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme der jeweiligen Landesgesundheitsplattform zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

(6) Die Vorlage von Unterlagen nach Abs. 2 Z 2 bis 4 ist nicht erforderlich, wenn eine gesonderte Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen nach Abs. 3 beantragt wird.

(7) Die Errichtungsbewilligung hat - ausgenommen im Fall des Abs. 4 - im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum, die Anzahl der beteiligten und der tätigen Ärzte, deren Namen und Berufsberechtigung (Sonderfach oder Allgemeinmedizin und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten durch Auflagen festzulegen.

(8) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums - ausgenommen im Fall des Abs. 4 - betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer, hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Landesärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

§ 3b. (1) Eine Bewilligung zum Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn insbesondere

1. die Bewilligung zur Errichtung erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen erfüllt sind;
3. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;
4. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes (§§ 7 Abs. 1 und 7a Abs. 1) namhaft gemacht wurde sowie nachgewiesen wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird; und
5. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 62g erforderlich ist.

(2) Die Bewilligung zum Betriebe des selbstständigen Ambulatoriums eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung gemäß § 3b Abs. 9 zweiter Satz vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.

(3) Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Voraussetzungen zur Bewilligung der Errichtung und des Betriebes sowie die Sperre eines selbstständigen Ambulatoriums, das entgegen den Bestimmungen der § 2 Abs. 1 Z 5, § 2 Abs. 3, § 3a, § 3b Abs. 1, § 6 Abs. 4a und § 7 Abs. 1a und Abs. 5 betrieben wird, zu erlassen.“

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist vorzusehen, dass die Betreiber von Ambulatorien die antragskonforme Leistungserbringung kontinuierlich aufrecht zu erhalten und der Aufsichtsbehörde auf Aufforderung nachzuweisen haben.

18. Im § 5 lautet der Klammerausdruck „(§ 3 Abs. 2 lit. d und § 3a Abs. 2 Z 4)“:

18a. § 6 wird folgender Abs. 4a eingefügt:

„(4a.) Die Landesgesetzgebung hat festzulegen, dass die Anstaltsordnung in Ambulatorien im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 5 genehmigungspflichtig ist und insbesondere folgende zusätzliche Vorschriften zu enthalten hat:

- a. der Umfang der behördlichen Berechtigung;
- b. die Zeichnungsbefugnis für die Anstalt; sofern auch eine kaufmännische Leitungsfunktion bestellt ist, die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen ärztlichen Leiter und Verwaltungsleitung;
- c. die entsprechenden Weisungszusammenhänge, insbesondere die Weisungsbefugnis des ärztlichen Leiters gegenüber nachgeordneten Ärzten und dessen und deren Weisungsbefugnisse gegenüber Angehörigen anderer Gesundheitsberufe;
- d. die Verantwortlichkeit des ärztlichen Leiters zur ärztegesetzkonformen Berufsausübung lege artis auf Facharztniveau bzw. AM-Niveau;
- e. den Ausschluss der freien Arztwahl;
- f. bei fachunterschiedlich genehmigten Leistungsspektren eine abteilungsförmige Gliederung;
- g. Betriebs- und Öffnungszeiten sowie
- h. die Verpflichtung zur Kundmachung der ärztlichen Diensterteilung gegenüber den Patienten.

18b. Nach § 7 Abs 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a.) In Ambulatorien im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 5 ist der ärztliche Leiter gemäß Angestelltengesetz maßgeblich zu beschäftigen, er muss als solcher in die Ärzteliste eingetragen sein. Für den ärztlichen Leiter ist ein Stellvertreter mit definierter Einsatzzeit zu beschäftigen. Sofern der ärztliche Leiter nicht maßgeblich im Ambulatorium beschäftigt ist, muss dies sein Stellvertreter sein.“

18c. Dem § 7 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„In Ambulatorien im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 5 besteht bei Ärzten gleicher Fachrichtung keine freie Arztwahl des Patienten.“

19. § 7 Abs. 5 zweiter Satz lautet:

„Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die in Betracht kommenden Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 bis 4 vorgesehenen Bedingungen nicht entsprechen.“

20. Nach § 7 Abs. 5 zweiter Satz wird folgender Satz eingefügt:

„Die Genehmigung ist weiters zu versagen, wenn der für die ärztliche Leitung in Aussicht Genommene bereits zum ärztlichen Leiter von zwei Krankenanstalten bestellt wurde.“

21. § 7a Abs. 3 zweiter Satz lautet:

„Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die in Betracht kommenden Zahnärzte bzw. Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 und 2 vorgesehenen Bedingungen nicht entsprechen.“

22. Nach § 7a Abs. 3 zweiter Satz wird folgender Satz eingefügt:

„Die Genehmigung ist weiters zu versagen, wenn der für die ärztliche Leitung in Aussicht Genommene bereits zum zahnärztlichen bzw. ärztlichen Leiter von zwei selbstständigen Ambulatorien bestellt wurde.“

23. § 8a Abs. 5 lautet:

„(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.“

24. In § 8d erster Satz wird vor dem Wort „Krankenanstalten“ das Wort „bettenführenden“ eingefügt.

25. § 10a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.“

26. § 10a Abs. 2 lautet:

„(2) Im Landeskrankenanstaltenplan ist jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximale Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationseinheiten je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximalen Bettenzahlen je Fachbereich bezogen auf das Land, die Versorgungsregion oder bezogen auf die Standorte,
7. Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort.“

27. § 40 Abs. 1 lit. e lautet:

„e) Der § 20 mit der Maßgabe, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbstständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.“

2. Teil

(Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

28. Nach § 60 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Überprüfungen, die mit einem Ortsaugenschein verbunden sind, sind möglichst zugleich mit den nach anderen Rechtsvorschriften erforderlichen Überprüfungen durchzuführen. In der Anstalt vorhandene in Erfüllung von Verpflichtungen nach anderen Rechtsvorschriften eingeholte aktuelle Befunde und Gutachten sind dabei so weit als möglich zu berücksichtigen.“

29. Nach § 62f werden folgende § 62g samt Überschrift und § 62h eingefügt:

„Haftpflichtversicherung

§ 62g. (1) Krankenanstalten, die nicht durch eine Gebietskörperschaft, eine sonstige Körperschaft öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, haben zur Deckung der aus ihrer Tätigkeit (§ 1) entstehenden Schadenersatzansprüche eine Haftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und diese während der Dauer ihrer Betriebsbewilligung aufrecht zu erhalten. Bei Krankenanstalten, die durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, besteht ein haftungsrechtlicher Durchgriff zur Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts.

(2) Für den Versicherungsvertrag muss Folgendes gelten:

1. Die Mindestversicherungssumme muss 2 000 000 Euro für jeden Versicherungsfall betragen, und
2. der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig.

(3) Die Versicherer sind verpflichtet, der Landesregierung unaufgefordert und umgehend jeden Umstand zu melden, der eine Beendigung oder Einschränkung des Versicherungsschutzes oder eine Abweichung von der ursprünglichen Versicherungsbestätigung bedeutet oder bedeuten kann, und auf Verlangen der Landesregierung über solche Umstände Auskunft zu erteilen.

(4) Träger von Krankenanstalten, für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes, BGBl. I Nr. xx/2010 eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorliegt, und die nach Abs. 1 zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung innerhalb von sechs Monaten nach den Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2010 nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.

§ 62h. Wenn eine bettenführende Krankenanstalt gemäß § 3 Abs. 2a oder ein selbstständiges Ambulatorium gemäß § 3a Abs. 4 sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt, sind diesbezüglich geschlossene Behandlungsverträge hinsichtlich des Honorars nichtig, worüber der Pflegling vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären ist. Gleiches gilt, wenn eine bettenführende Krankenanstalt oder ein selbstständiges Ambulatorien über das bewilligte Leistungsangebot hinaus Leistungen erbringt.“

30. Nach § 65 wird folgender § 65a eingefügt:

„§ 65a. (1) Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 2 Abs. 1 Z 5 und § 2 Abs. 2 lit. d, § 2 Abs. 2 lit. e, § 2 Abs. 3, die Überschrift vor § 3, § 3 Abs. 1, Abs. 2 lit. a, Abs. 2a, Abs. 2b, Abs. 2c, Abs. 3, Abs. 4 lit. a, Abs. 4 lit. e, Abs. 4 lit. f, Abs. 5, Abs. 6, Abs. 7, §§ 3a, 3b, 3c, und 3d, die

Änderungen in § 5, § 7 Abs. 5, § 7a Abs. 3, § 8a Abs. 5, § 8d, § 10a Abs. 1 und 2 und § 40 Abs. 1 lit.e in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2010 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass jedenfalls Verfahren zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bzw. eines selbständigen Ambulatoriums, die ab dem 1. März 2011 anhängig werden, nach der Rechtslage durchzuführen bzw. fortzusetzen sind, die sich aus den entsprechenden Landesausführungsgesetzen in Ausführung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2010 ergibt.“

Artikel 4

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (72. Novelle)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 150/2009, wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 2 vierter Teilstrich lautet:

„- einer Karenz nach den §§ 15, 15a, 15b und 15d MSchG und den §§ 2, 5 und 9 des Väter-Karenzgesetzes (VKG), BGBl. I Nr. 103/2001, bei Anspruch auf Wochengeld oder während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld nach den § 3 Abs. 1 und § 5 des Kinderbetreuungsgeldgesetzes (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001.“

2. Im § 8 Abs. 1 Z 3 wird nach der lit. k folgende lit. l angefügt:

„l) Kinder, die im letzten Jahr vor Schulpflicht eine institutionelle Kinderbetreuungseinrichtung im Sinne des Art. 3 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Einführung der halbtägigen kostenlosen und verpflichtenden frühen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen, BGBl. I Nr. 99/2009, im Ausmaß von 16 Stunden oder mehr besuchen;“

3. Im § 10 Abs. 5 wird der Ausdruck „Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt und nach dem Klammerausdruck „(§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. c)“ ein Beistrich eingefügt.

4. Im § 23 Abs. 6 zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“ ersetzt.

5. Im § 28 Z 2 lit. a wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

6. § 31 Abs. 5 Z 11 lautet:

„11. über die Verrechnung der Kostenersätze zwischen den Krankenversicherungsträgern im Sinne des § 129 Abs. 4;“

7. Nach § 32g wird folgender § 32h samt Überschrift eingefügt:

„Vertragspartner-Analyse

~~§ 32h. Die Gebietskrankenkassen haben gemeinsam die Auswirkungen der Vertragspartner-Regelungen einem Controlling durch eine strukturierte Analyse mit dem Ziel zu unterziehen, eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking) zu ermöglichen.“~~

Anmerkung: Vertragspartner-Analysen auf der Basis von Kennzahlen bzw. Durchschnittswerten sind untaugliche Instrumente, da diese Werte nicht verallgemeinerungsfähig sind. Über- bzw. Unterschreitungen von Durchschnittswerten sagen nichts über Qualität bzw. Ökonomie ärztlicher Behandlungen aus. Wir sprechen uns daher ausdrücklich gegen eine Verankerung solcher Mechanismen der Vertragspartner-Analyse aus.

8. Im § 37 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, h und i“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, h, i und l“ ersetzt.

9. Im § 74 Abs. 5 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

10. Im § 104 Abs. 5 wird der Ausdruck „Lebens- oder Witwen(Witwer)schaftsbestätigungen“ durch den Ausdruck „Lebens- oder Witwen(Witwer)schafts- oder Hinterbliebenenbestätigungen“ ersetzt.

11. Im § 120 vorletzter Satz entfallen der Ausdruck „, KGG“ und der Ausdruck „sowie bei Versicherten nach § 43 Abs. 2 KGG“.

12. Im § 122 Abs. 2 wird der Strichpunkt am Ende der Z 3 durch einen Punkt ersetzt; die Z 4 entfällt.

13. § 122 Abs. 3 zweiter Satz lautet:

„Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sind jedoch nicht zu gewähren, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer einvernehmlichen Lösung des Dienstverhältnisses, einer Kündigung durch die Dienstnehmerin, eines unberechtigten vorzeitigen Austrittes oder einer verschuldeten Entlassung der Dienstnehmerin geendet hat oder wenn die Dienstnehmerin ihre vorherige Beschäftigung unmittelbar im Anschluss an eine Karenz nach § 15 MSchG aus einem dieser Gründe nicht wieder aufgenommen hat oder wenn die Dienstnehmerin durch Vereinbarung mit dem Dienstgeber die Karenz über das in § 15 Abs. 1 MSchG genannte Ausmaß hinaus verlängert hat.“

14. § 125 Abs. 1 lautet:

„(1) Bemessungsgrundlage für das Krankengeld ist der für die Beitragsermittlung heranzuziehende und auf einen Kalendertag entfallende Arbeitsverdienst, der dem/der Versicherten in jenem Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2) gebührte, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches voranging; bei freien Dienstnehmern/Dienstnehmerinnen ist die Bemessungsgrundlage aus dem Durchschnitt der drei letzten Beitragszeiträume zu bilden. Liegen solche Beitragszeiträume nicht vor, so ist der laufende Beitragszeitraum maßgebend. Lohn- und Gehaltserhöhungen auf Grund von Normen kollektiver Rechtsgestaltung sind zu berücksichtigen.“

15. § 129 samt Überschrift lautet:

„Leistungen an Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers

§ 129. (1) Haben Versicherte oder deren Angehörige ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Sprengels des für sie zuständigen Krankenversicherungsträgers, so ist der für den gewöhnlichen Aufenthalt zuständige Krankenversicherungsträger verpflichtet, Sachleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und Mutterschaft sowie die Zahnbehandlung nach § 153 ASVG gegen Verrechnung der tatsächlich entstandenen Kosten ohne Verwaltungsauslagen zu gewähren. Die Bewilligung und Übernahme der Kosten von Anstaltspflege und Heilbehelfen erfolgt nach den Bestimmungen des zuständigen Krankenversicherungsträgers. Die mit dem aushelfenden Krankenversicherungsträger in vertraglichen Beziehungen stehenden Personen und Einrichtungen (Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/Apothekerinnen usw.) sind zur Leistung nach den für sie geltenden Verträgen auch in diesen Fällen verpflichtet. Alle übrigen Leistungen sowie Kostenerstattungen und Kostenzuschüsse sind beim zuständigen Krankenversicherungsträger nach dessen Kriterien in Anspruch zu nehmen.

(2) Wird während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers eine medizinische Behandlung notwendig, gilt Abs. 1 entsprechend.

(3) Verlassen Versicherte oder deren Angehörige zum Zweck der Inanspruchnahme einer Leistung den Sprengel des zuständigen Krankenversicherungsträgers, so ist Abs. 1 entsprechend anzuwenden. Der zuständige Krankenversicherungsträger kann in seiner Krankenordnung festlegen, ob und für welche Leistungen die Einholung seiner vorherigen Zustimmung erforderlich ist.

(4) Der Hauptverband kann mit Zustimmung des Bundesministers für Gesundheit bindende Richtlinien über die Verrechnung der Kostenersätze zwischen den Krankenversicherungsträgern aufstellen. Diese Richtlinien sind im Internet zu verlaublichen.“

16. § 131 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen oder nicht nach Fallpauschalen, wenn diese einer erbrachten Einzelleistung gleichkommen, bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.“

Anmerkung: Vgl. dazu die Anmerkung zu § 342a Abs 2.

17. Im § 133 Abs. 5 wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

18. Im § 144 Abs. 4 erster Halbsatz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“, im zweiten Halbsatz der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „KAKuG“ ersetzt.

19. Im § 162 Abs. 1 entfallen im dritten Satz der Ausdruck „ , KGG“ und der Ausdruck „sowie Versicherte nach § 43 Abs. 2 KGG“.

20. Im § 162 Abs. 3 entfallen im vierten Satz der Ausdruck „oder nach dem Karenzgeldgesetz“ sowie der Ausdruck „oder des Karenzgeldgesetzes“.

21. § 175 Abs. 4 lautet:

„(4) In der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l sind Arbeitsunfälle Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der die Versicherung begründenden Schul(Universitäts)ausbildung oder dem die Versicherung begründenden Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung ereignen. Abs. 2 Z 1, 2, 5, 6, 7 und 9 sowie Abs. 6 sind entsprechend anzuwenden.“

22. § 177 Abs. 3 lautet:

„(3) In der Unfallversicherung der nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten stehen die Schul(Universitäts)ausbildung, der Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung im letzten Jahr vor Schulpflicht (§ 175 Abs. 4) und die in § 175 Abs. 5 und § 176 Abs. 1 Z 11 und 12 angeführten Tätigkeiten einer Beschäftigung im Sinne der Abs. 1 und 2 gleich.“

23. Die Überschrift zu § 181b lautet:

„Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“

24. Im § 181b wird jeweils der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

25. Die Überschrift zu § 192 lautet:

„Unfallheilbehandlung für bestimmte Gruppen von Teilversicherten“

26. Im § 192 erster Satz wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

27. Im § 195 Abs. 7 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

28. Im § 199 Abs. 2 wird der Ausdruck „den Ehegatten“ durch den Ausdruck „den Ehegatten/die Ehegattin oder den eingetragenen Partner/die eingetragene Partnerin“ ersetzt.

29. Im § 203 Abs. 2 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

30. Im § 204 Abs. 4 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

31. Im § 210 Abs. 1 wird der Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i teilversicherten Schülern und Studenten“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten“ ersetzt.

32. Im § 212 Abs. 3 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i teilversicherten Schülern und Studenten“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten“ ersetzt.

33. Im § 214 Abs. 4 wird der Ausdruck „dem Ehegatten“ durch den Ausdruck „dem Ehegatten/der Ehegattin oder dem eingetragenen Partner/der eingetragenen Partnerin“ und der Ausdruck „dem Vater, der Mutter,“ durch den Ausdruck „den Eltern“ ersetzt.

34. Im § 216 wird der Ausdruck „nach § 215a“ durch den Ausdruck „nach den §§ 215a und 220“ ersetzt.

35. Im § 319a Abs. 2 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

36. Im § 335 Abs. 3 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c, h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c, h, i und l“ ersetzt sowie nach dem Ausdruck „Ausbildung“ der Ausdruck „, die institutionelle Kinderbetreuung“ eingefügt.

37. Im § 339 Abs. 1 wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

38. Die Überschrift des Abschnittes II des sechsten Teiles lautet:

„Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (Hauptverband) zu den Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten“

39. Nach der Überschrift des Abschnittes II des sechsten Teiles wird folgende Überschrift eingefügt:

**„1. Unterabschnitt
Ärztinnen/Ärzte“**

40. Im § 341 Abs. 3 entfällt im ersten und zweiten Satz jeweils die Wortfolge „oder der Gruppenpraxis“ und im zweiten Satz die Wortfolge „oder für den Sitz der Gruppenpraxis“.

Anmerkung: Die Streichung der Wortfolge „oder der Gruppenpraxis“ bzw. der Wortfolge „oder für den Sitz der Gruppenpraxis“ erfolgt offensichtlich in Hinblick auf die Neufassung des § 343 Abs 1 3. Satz. Dennoch ist in § 341 Abs 3 klarzustellen, dass jene Bereiche eines Gesamtvertrages, welche auf Einzelvertragsebene (mit Zustimmung von Kammer und Kasse) nicht modifiziert wurden, ebenfalls – wie bisher – für Einzelverträge gelten und dagegen verstoßende Vereinbarungen rechtsunwirksam sind. Außerdem ist die nunmehrige Differenzierung zwischen Einzelordinationen und Gruppenpraxen in § 341 Abs 3 nicht nachvollziehbar, da § 343 Abs 1 3. Satz für beide gilt.

41. Im § 342 Abs. 2 erster Satz lautet:

„Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren.“

42. § 342 Abs. 2a Z 4 lautet:

„4. die allgemeine Kostenentwicklung getrennt nach Vertragsärztinnen/Vertragsärzten sowie Vertrags-Gruppenpraxen;“

43. § 342 Abs. 3 wird aufgehoben.

44. Nach § 342 wird folgender § 342a samt Überschrift eingefügt:

„Sonderregelungen für Gruppenpraxen

§ 342a. (1) Ergänzend zu § 342 sind in den Gesamtverträgen für Vertrags-Gruppenpraxen spezielle Regelungen im Hinblick auf deren spezifische Versorgungsaufgaben (insbesondere hinsichtlich Öffnungszeiten und Leistungsspektren) und Honorierung vorzusehen.

(2) Die Vergütung der Tätigkeit von Gruppenpraxen ist unbeschadet des § 342 Abs. 2 auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdocumentation zu vereinbaren. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen von Gruppenpraxen ist in den Gesamtverträgen zu regeln. Leistungen von Gruppenpraxen, in denen mehrere Fachrichtungen vertreten sind, sind jedenfalls nach Pauschalmodellen (zB Fallpauschalen) zu honorieren. Bei der Vergütung der Tätigkeit sind das Leistungsspektrum und die durch die Organisation als Gesellschaft allenfalls möglichen Wirtschaftlichkeitspotentiale (Synergieeffekte) zu berücksichtigen.

Anmerkung: Da für eine einheitliche elektronische Diagnosen- und Leistungsdocumentation jegliche Grundlagen fehlen bzw. solche bis dato ohne Einbindung der Österreichischen Ärztekammer entwickelt wurden, lehnen wir eine Aufnahme dieses Instruments für Gruppenpraxen ausdrücklich ab. Aus einer solchen Maßnahme könnte sich für niedergelassene Ärzte eine zusätzliche bürokratische Belastung ergeben, ohne dass damit irgendein Mehrwert verbunden wäre.

Es ist ein wesentlicher Grundpfeiler des Vertragspartnerrechts, dass die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren ist. Dieses Prinzip darf in Zusammenhang mit Gruppenpraxen nicht in Frage gestellt werden. Jegliche über dieses Grundprinzip hinausgehende Gestaltung von Honorierungsmodellen sollte den Gesamtvertragspartnern überlassen bleiben. Es wird begrüßt, dass dies für fachgleiche Gruppenpraxen anerkannt und der

ursprüngliche Entwurf entsprechend adaptiert wurde. Darüber hinaus wird allerdings von jenen Bundesländern, in denen keinerlei Pauschalhonorierungen im derzeitigen gesamtvertraglichen Tarifsystem vorgesehen sind, ein verpflichtendes Pauschalmodell für fachübergreifende Gruppenpraxen, wie es § 342a Abs 2 des Entwurfs vorsieht, abgelehnt, zumal degressive Honorierungsmodelle als Steuerungsinstrument jedenfalls ausreichen.

(3) Die vorherige Zustimmung der Gesamtvertragsparteien ist erforderlich, wenn nach dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit einer Vertrags-Gruppenpraxis

1. ein oder mehrere Gesellschafter/innen
 - a) zusätzlich in diese aufgenommen werden oder
 - b) unter Mitnahme der Planstelle aus der Gesellschaft ausscheiden oder
2. sich eine Änderung hinsichtlich der medizinischen Fachgebiete, die von der Vertrags-Gruppenpraxis vertreten werden, ergibt.

(4) Schließen sich Vertragsärztinnen/Vertragsärzte zu einer Gruppenpraxis auf Grund des § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a ÄrzteG 1998 oder des § 26 Abs. 1 Z 2 lit. a ZÄG zusammen, so erlöschen ihre bisherigen Einzelverträge. An die Stelle der Einzelverträge tritt ein Gruppenpraxis-Einzelvertrag. Dieser hat der zwischen den Vertragsärzten und der jeweiligen Gebietskrankenkasse abgegebenen wechselseitigen schriftlichen Zusage zu entsprechen. Im Falle des Ausscheidens eines Gesellschafters/einer Gesellschafterin unter Mitnahme der Planstelle aus der Gesellschaft (Abs. 3 Z 1 lit. b) lebt der erloschene Einzelvertrag wieder auf.

(5) Steht für eine Gruppenpraxis kein Gruppenpraxis-Gesamtvertrag in Geltung, können zur Sicherstellung oder Verbesserung des Sachleistungsangebotes vom Hauptverband unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung Einzelverträge mit Gruppenpraxen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Ein solcher Einzelvertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird, und der zuständigen Ärztekammer.“

45. § 343 Abs. 1 wird durch folgende Abs. 1 und 1a ersetzt:

„(1) Die Auswahl der Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Die Einzelvertragsparteien können mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer 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. ~~Wurden in einem Zulassungsverfahren nach § 52c ÄrzteG 1998 Auflagen erteilt, so sind diese Inhalt des jeweiligen Einzelvertrages.~~ Einzelverträge, die nicht im Rahmen der jeweils nach § 342 Abs. 1 Z 1 vereinbarten Zahl und örtlichen Verteilung abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Hauptverbandes und der zuständigen Ärztekammer, bei Nichteinigung der Zustimmung des Hauptverbandes und der Österreichischen Ärztekammer. Mit approbierten Ärzten (§ 44 Abs. 1 ÄrzteG 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt hat gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

Anmerkung: Die Regelung, dass Auflagen, welche in einem Zulassungsverfahren gem § 52c ÄrzteG erteilt wurden, auch Inhalt des jeweiligen Einzelvertrages werden, ist nicht nachvollziehbar. Für Gruppenpraxen mit Kassenverträgen ist nämlich ein Zulassungsverfahren gem § 52c ÄrzteG gar nicht vorgesehen. Dieser Satz ist daher ersatzlos zu streichen.

(1a) Zur Auswahl nach Abs. 1 sind auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerberinnen und Bewerber um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien). Dabei sind auch die fachliche Eignung der Bewerberinnen und Bewerber und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen. Für den Fall der Vergabe eines Gruppenpraxis-Einzelvertrages ist die Bewertung der sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärztinnen/Ärzte als Gesamtes vorzusehen. Für die Nachbesetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle ist zwischen den Vertragspartnern eine Bandbreite festzulegen, innerhalb derer die Bewerbungen, aus denen die Gruppenpraxis auswählen kann, liegen müssen. ~~Für die Nachbesetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle ist prozentmäßig eine Bandbreite festzulegen, innerhalb derer die Bewerbungen, aus denen die Gruppenpraxis auswählen kann, liegen müssen.~~ Die Reihungskriterien haben jedenfalls dem Gleichheitsgebot, der Erwerbsausübungs- und Niederlassungsfreiheit sowie den Bestimmungen der Europäischen

Menschenrechtskonvention, BGBl. Nr. 210/1958, zu entsprechen. Vor Erlassung dieser Verordnung ist der Hauptverband anzuhören.“

Anmerkung: Es wird akzeptiert, dass für die Nachbesetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle eine Bandbreite festzulegen ist. Dies sollte jedoch nicht bloß prozentmäßig möglich sein, da auch andere Modelle für eine Bandbreite denkbar sind. Bei einer rein prozentmäßig definierten Bandbreite wäre u.U. gar nicht sicher gestellt, dass die Gruppenpraxis tatsächlich eine Auswahlmöglichkeit hat.

46. Die bisherigen Abs. 1a und 1b des § 343 erhalten die Bezeichnung „(1b)“ und „(1c)“.

47. Im § 343 Abs. 2 Z 4 bis 6 entfällt jeweils der Ausdruck „persönlich haftenden“.

48. Der Punkt am Ende der Z 7 des § 343 Abs. 2 wird durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 8 angefügt:
„8. des Verstoßes gegen § 342a Abs. 3 Z 1 lit. a oder Z 2.“

49. Dem § 343 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Rechtsfolge des Erlöschens des Einzelvertrages nach Z 4 und 5 kann nicht nach § 44 Abs. 2 StGB nachgesehen werden.“

50. Im § 343 Abs. 3 entfällt der Ausdruck „persönlich haftender“.

51. § 343 Abs. 4 lautet:

„(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Der Krankenversicherungsträger kann nur wegen wiederholter nicht unerheblicher oder wegen schwerwiegender Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen unter Angabe der Gründe schriftlich kündigen. Der gekündigte Arzt/die gekündigte Ärztin oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Die Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der Landesschiedskommission aufschiebende Wirkung. Eine Vertrags-Gruppenpraxis kann die Kündigung des Einzelvertrages abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen Gesellschafter, der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt. Eine vom gekündigten Arzt/von der gekündigten Ärztin (von der gekündigten Gruppenpraxis) eingebrachte Berufung an die Bundesschiedskommission hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung.“

Anmerkung: Die Neuordnung des Kündigungsrechts entspricht der einvernehmlich zwischen BMG, Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer ausverhandelten Fassung.

52. § 343 Abs. 5 wird aufgehoben.

53. Nach § 343b wird folgende Überschrift eingefügt:

„2. Unterabschnitt Zahnärztinnen/Zahnärzte“

54. § 343d lautet:

„§ 343d. (1) Auf die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Angehörigen des zahnärztlichen Berufs nach dem Zahnärztegesetz finden die Bestimmungen dieses Abschnittes mit der Maßgabe Anwendung, dass

1. an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer sowie
2. an die Stelle des Wortes ärztlich das Wort zahnärztlich in der jeweils grammatikalisch anzuwendenden Form tritt,
3. die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Zahnärztinnen/Zahnärzten sowie den Gruppenpraxen durch einen gemeinsamen Gesamtvertrag zu regeln sind und
4. § 342 Abs. 1 Z 1a nicht anzuwenden ist.

(2) Die Bestimmungen des 3. Unterabschnittes des Abschnittes II des sechsten Teiles sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass

1. in den Verfahren nach den §§ 344 Abs. 2 und 345a zwei Beisitzer/Beisitzerinnen durch die zuständige Landes Zahnärztekammer bestellt werden,
2. im Verfahren nach § 345 Abs. 1 zwei Beisitzer/Beisitzerinnen auf Vorschlag der Österreichischen Zahnärztekammer bestellt werden,

wobei jeweils Angehörige und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen jener Landes Zahnärztekammer nach dem Zahnärztekammergesetz, BGBl. I Nr. 154/2005, die dem Gesamtvertrag unterliegt, auf dem der streitgegenständliche Einzelvertrag beruht, nicht Beisitzer/Beisitzerin sein dürfen;

3. die Kanzleigeschäfte der in den §§ 344 und 345a vorgesehenen Kommissionen kalenderjährlich abwechselnd von den Landes Zahnärztekammern und den Gebietskrankenkassen jener Länder zu führen sind, in denen die betreffende Kommission eingerichtet ist oder im Einzelfall einzurichten ist.“

55. Nach § 343d wird folgende Überschrift eingefügt:

„3. Unterabschnitt Schiedsverfahren“

56. § 344 Abs. 2 lautet:

„(2) Die paritätische Schiedskommission besteht aus einem/einer Richter/in des Ruhestandes als Vorsitzendem/Vorsitzende und vier Beisitzern/Beisitzerinnen. Der/die Vorsitzende soll durch längere Zeit hindurch in Arbeits- und Sozialrechtssachen tätig gewesen sein. Er/Sie ist vom Bundesminister für Justiz jeweils auf fünf Jahre zu bestellen. Je zwei Beisitzer/Beisitzerinnen – von denen jeweils ein/eine Arzt/Ärztin sein muss – werden von der zuständigen Ärztekammer und vom Krankenversicherungsträger, der Partei des Einzelvertrages ist, bestellt.“

57. Im § 344 Abs. 3 entfällt im zweiten Satz der Ausdruck „oder wird dem Antragsteller schriftlich mitgeteilt, dass wegen Stimmgleichheit keine Entscheidung zustande kommt“.

58. Nach § 347 Abs. 4 wird folgender Abs. 4a eingefügt:

„(4a) Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband legen gemeinsam in einer Richtlinie fest, nach welchen Methoden der medizinischen und statistischen Wissenschaften Parameter ermittelt werden, welche vor den Kommissionen nach den §§ 344, 345, 345a und 346 zur Beurteilung der Einhaltung von Vertragspflichten zu berücksichtigen sind.“

59. § 363 Abs. 4 lautet:

„(4) Die im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l genannten Schulen, Lehranstalten, Universitäten und institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen haben jeden Unfall im Sinne des § 175 Abs. 4 oder 5 bzw. § 176 Abs. 1 Z 11 oder 12, durch den eine nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i oder l unfallversicherte Person getötet oder körperlich geschädigt worden ist, längstens binnen fünf Tagen dem zuständigen Träger der Unfallversicherung auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck in dreifacher Ausfertigung zu melden. Auf die gleiche Weise haben die meldepflichtigen Stellen die Berufskrankheit eines nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l in der Unfallversicherung Teilversicherten binnen fünf Tagen nach dem Beginn der Krankheit (§ 120 Z 1) dem zuständigen Träger der Unfallversicherung zu melden.“

60. Im § 460e wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

61. Im § 538d Abs. 2 Z 4 wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

62. Nach § 651 wird folgender § 652 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. IV des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 (72. Novelle)

§ 652. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. September 2010 die §§ 5 Abs. 2, 8 Abs. 1 Z 3 lit. l, 10 Abs. 5, 28 Z 2 lit. a, 31 Abs. 5 Z 11, 32h samt Überschrift, 37, 74 Abs. 5, 120, 122 Abs. 2 Z 3 und 4 sowie Abs. 3, 125 Abs. 1, 129 samt Überschrift, 131 Abs. 1 zweiter Satz, 162 Abs. 1 und 3, 175 Abs. 4, 177 Abs. 3, 181b samt Überschrift, 192 samt Überschrift, 195 Abs. 7, 203 Abs. 2, 204 Abs. 4, 210 Abs. 1, 212 Abs. 3, die Überschrift des Abschnittes II des sechsten Teiles und die Überschriften des 1., 2. und 3. Unterabschnittes, 319a Abs. 2, 335 Abs. 3, 341 Abs. 3, 342 Abs. 2 erster Satz, 342 Abs. 2a Z 4, 342a samt Überschrift, 343 Abs. 1, 1a, 1b und 1c sowie Abs. 2 bis 4, 343d, 344 Abs. 2 und 3, 347 Abs. 4a und 363 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;

2. rückwirkend mit 1. Jänner 2010 die §§ 104 Abs. 5, 199 Abs. 2, 214 Abs. 4 und 216 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;
3. rückwirkend mit 20. April 2002 die §§ 23 Abs. 6, 133 Abs. 5, 144 Abs. 4, 339 Abs. 1, 460e und 538d Abs. 2 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;
- (2) Die §§ 342 Abs. 3 und 343 Abs. 5 treten mit Ablauf des 31. August 2010 außer Kraft.
- (3) Der Bundesminister für Gesundheit hat dafür zu sorgen, dass die Österreichische Ärztekammer bei der Entwicklung sektorenübergreifender Abrechnungsmodelle für den ambulanten Bereich eingebunden wird. Die Gruppenpraxen sind verpflichtet, die Verrechnung ihrer Leistungen spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2013 auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation durchzuführen.
- (4) § 125 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 ist auf jene Versicherungsfälle anzuwenden, die nach dem 1. November 2010 eingetreten sind.“
- (5) Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des BGBl. I Nr. xxx/2010 bestehende Gesamtverträge für Gruppenpraxen in der Rechtsform einer Offenen Gesellschaft sind, solange kein neuer Gesamtvertrag abgeschlossen wird, auch weiterhin auf diese anzuwenden, unabhängig davon, ob solche Gruppenpraxen in der Rechtsform einer Offenen Gesellschaft zu diesem Zeitpunkt bereits bestehen oder erst danach gegründet werden.
- (6) Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des BGBl. I Nr. xxx/2010 bestehende Gesamtverträge für Gruppenpraxen in der Rechtsform einer Offenen Gesellschaft sind bis zum Abschluss eines Gesamtvertrages für Gruppenpraxen in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung auch auf diese anwendbar, insofern die Zustimmung der zuständigen Ärztekammer und des zuständigen Krankenversicherungsträgers vorliegt.“

Anmerkung:

1. *Für bereits bestehende Gruppenpraxen in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft müssen auch hinkünftig, ohne jegliche zeitliche Befristung, bestehende Gesamtverträge gelten.*
2. *Für Gruppenpraxen in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft, welche nach Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzesentwurfs gegründet werden, muss ebenfalls der bestehende Gruppenpraxen-Gesamtvertrag zur Anwendung kommen, jedenfalls, solange es keinen (einheitlichen) Gesamtvertrag für Gruppenpraxen in der Rechtsform von OGs und GmbHs gibt.*
3. *Bestehende Gruppenpraxen-Gesamtverträge sollen per Gesetz in Einzelfällen (Zustimmung durch Kammer und Kasse) auch für neu gegründete Gruppenpraxen in der Rechtsform der GmbH sowie für Umgründungen von OGs in GmbHs anwendbar sein. Damit wird gewährleistet, dass sehr rasch der politische Wunsch nach ÄrzteGmbHs auch in der Realität umgesetzt werden kann, da in der überwiegenden Anzahl der Länder und Träger Gruppenpraxis-Gesamtverträge für Offene Gesellschaften bestehen. Durch die Änderung der Rechtsform ergeben sich keine zwingenden Gründe für Abänderungen der bestehenden Regelungen.*

VI. Teil: Sonstige aktuelle und dringende Regelungsangelegenheiten im ÄrzteG

1. § 5b – Konkretisierung

§ 5b definiert gleichgestellte Drittstaatsangehörige als Personen, die über bestimmte Aufenthaltstitel gemäß dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz verfügen. Die Referenzen zum NAG sind allerdings überschießend, denn sie umfassen auch solche Aufenthaltstitel, die nicht mit einem Zugang des Titelinhabers zum österreichischen Arbeitsmarkt verbunden sind (Beispiel: Niederlassungsbewilligung – Angehöriger gemäß § 47 Abs. 3 NAG). Auch die Daueraufenthaltskarte gemäß § 54 NAG ist nicht in allen Fällen mit Zugang zum Arbeitsmarkt verbunden.

Die ÖÄK regt daher dringend an, § 5b Z 1 und 2 folgendermaßen zu ergänzen:

„§ 5b. Personen, die nicht Staatsangehörige eines EWR-Vertragsstaates oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft sind (Drittstaatsangehörige) und

1. über einen Aufenthaltstitel mit einem Recht auf Niederlassung gemäß §§ 45, 47, 48, 49 oder 81 des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes (NAG), BGBl. I Nr. 100/2005 verfügen **und zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit im Bundesgebiet berechtigt sind,**
2. als Angehörige von freizügigkeitsberechtigten Staatsangehörigen eines EWR-Vertragsstaates, der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder von der Republik Österreich zum Aufenthalt **und zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit** im Bundesgebiet berechtigt sind und über eine Daueraufenthaltskarte gemäß § 54 NAG verfügen, oder
3. sind Staatsangehörigen eines EWR-Vertragsstaates oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft im Bezug auf die Anwendung der Richtlinie 2005/36/EG gleichgestellt.“

2. Additivfach für den Arzt für Allgemeinmedizin

Der Zugang der Ausbildung zum Additivfach Geriatrie für Ärzte für Allgemeinmedizin wird im vorliegenden Entwurf eröffnet, allerdings bedarf es weiterer Änderungen, um das Additivfach für Allgemeinmedizin im Ärztegesetz systemkonform umzusetzen.

Offen ist:

a) Schaffung der Möglichkeit der Absolvierung eines Additivfaches in einer Lehrpraxis

Formulierungsvorschlag –

§ 8 Abs 2 lautet wie folgt:

„Soweit es mit der Erreichung des Ausbildungszieles vereinbar ist, kann ein Teil der **Additivfach-** oder Facharztausbildung, insgesamt bis zur Höchstdauer von 12 Monaten, in anerkannten Lehrpraxen freiberuflich tätiger Fachärzte, **im Fall der Additivfachausbildung freiberuflich tätiger Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit dem entsprechenden Additivfach**, in für die Ausbildung zum Facharzt oder Additivfach anerkannten Lehrgruppenpraxen oder anerkannten Lehrambulatorien absolviert werden“.

Erläuterung:

Es soll die Möglichkeit geschaffen werden, das Additivfach Geriatrie in der Lehrpraxis eines Arztes für Allgemeinmedizin mit dem Additivfach Geriatrie zu absolvieren. Der Arzt für Allgemeinmedizin erlangt das Additivfach Geriatrie nach einer eigens in der Ärzte-Ausbildungsordnung zu normierenden Regelung (Vorschlag des Referates: ÖÄK- Diplom Geriatrie und einschlägige ärztliche Tätigkeit und Betreuung von geriatrischen Patienten).

b) Aufnahme von speziellen geriatrischen Einrichtungen als mögliche Ausbildungsstätten zB Sonderkrankenanstalten und Pflegeanstalten für chronisch Kranke

Formulierungsvorschlag

§ 11 Abs 1 lautet wie folgt:

„ § 11. (1) Ausbildungsstätten für die Ausbildung in einem Additivfach sind Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten von Krankenanstalten einschließlich Universitätskliniken und Klinischer Institute sowie sonstige Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten, Untersuchungsanstalten der Gesundheitsverwaltung sowie **Sonderkrankenanstalten und Pflegeanstalten gemäß den landesrechtlichen Vorschriften, die über eine ärztliche Leitung und einen ärztlichen 24-Stunden Dienst verfügen**, die von der Österreichischen Ärztekammer als Ausbildungsstätten für die Ausbildung in einem Additivfach anerkannt worden sind. Hinsichtlich der Anerkennung von Universitätskliniken, Klinischen Instituten und sonstigen Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten hat die Österreichische Ärztekammer das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur herzustellen. Die anerkannten Ausbildungsstätten sind in das von der Österreichischen Ärztekammer geführte Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsstätten für die Ausbildung in einem Additivfach aufzunehmen.

Erläuterung:

Die Ausbildung im Additivfach Geriatrie soll neben der Möglichkeit in einschlägigen Abteilungen auch in Sonderkrankenanstalten und Pflegeanstalten für chronisch Kranke absolviert werden können.

3. Ausbildungsangelegenheiten

Neuformulierung der Bestimmungen §§ 9-13. Formulierungsvorschlag liegt dem BMG vor und kann jederzeit gerne erneut übermittelt werden.

4. Anerkennung kombinierter Ausbildungen

§ 14 Abs. 3 und 4 Ärztegesetz ermächtigen die Ausbildungskommission der ÖÄK, bestimmte in einem anderen EWR-Staat oder der Schweiz absolvierte Ausbildungszeiten ohne Detailprüfung, also quasi pauschal, als der österreichischen Ausbildung gleichwertig anzurechnen. Diese Bestimmung wurde im Sommer 2006 für die sogenannten kombinierten Ausbildungen geschaffen, also jene Ärzte, die in Österreich studiert und ihre Facharztausbildung in einem anderen EWR-Staat absolviert haben.

Da das österreichische Studium nur gemeinsam mit dem österreichischen Diplom zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt ein ärztliches Basisdiplom gemäß Anhang 5.1.1. der EU-Richtlinie 2005/36/EG darstellt, verfügen österreichische Studienabsolventen mit beispielsweise deutschem Facharzt-Diplom nicht über ein vollständiges ärztliches Grunddiplom, das überall in der EU anzuerkennen ist, weshalb sie früher bei der Migration auf massive Schwierigkeiten stießen. Die Bestimmung des § 14 Abs. 3 und 4 schafft insofern Abhilfe, als die ABK in diesen Fällen ohne detaillierte Anrechnung einzelner Ausbildungszeiten die Gleichwertigkeit der ausländischen Facharztausbildung feststellen und das korrespondierende österreichische Facharzt-Diplom verleihen kann. Damit verfügen die Ärzte über einen österreichischen Studienabschluss und ein österreichisches Facharzt-Diplom, somit über ein komplettes österreichisches Basisdiplom gemäß Anhang 5.1.1. der Richtlinie, und sind voll migrationsfähig.

Die Regelung des § 14 Abs. 3 und 4 ist aber anfällig für Missbrauch. Zunehmend beobachten wir Fälle, in denen österreichische Studienabsolventen nur die Ausbildung im Hauptfach in Österreich absolvieren, sich die österreichischen Zeiten dann in Deutschland anrechnen lassen und, da die Facharzt-Ausbildung in Deutschland idR kürzer ist und keine Gegenfächer beinhaltet, eine deutsche fachärztliche Anerkennung bekommen. Diese lassen sie sich dann in

Österreich gemäß § 14 Abs. 4 Ärztegesetz pauschal anrechnen und erwerben auf diesem Weg „billig“ ein österreichisches Diplom. Die Regelung ist daher nur als vorübergehende Zwischenlösung zu sehen, solange sie notwendig ist, um österreichischen Studienabsolventen die Migration in die EU zu ermöglichen. Auch in den Materialien zur Ärztegesetznovelle 2006 wurde diese Bestimmung als vorübergehende Lösung bezeichnet.

Im September 2009 hat das BMG eine Änderungsmitteilung an die EU gerichtet, wonach in Anhang 5.1.1. der Richtlinie 2005/36/EG nur mehr der Studienabschluss als österreichisches ärztliches Basisdiplom angeführt werden soll. Sobald diese Änderung im Amtsblatt der EG kundgemacht ist, werden österreichische Studienabsolventen über ein automatisch anzuerkennendes Basisdiplom verfügen. Zu diesem kann problemlos ein Facharzt-Diplom aus einem anderen EU-Staat ergänzt werden. Der Umweg über ein österreichisches Diplom wird damit nicht mehr notwendig sein.

Wir regen daher dringend an, § 14 Abs. 3 und 4 Ärztegesetz aufzuheben, sobald die österreichische Änderungsmitteilung zu Anhang 5.1.1. der Richtlinie 2005/36/EG im Amtsblatt der EG kundgemacht wurde.

5. Bearbeitungsgebühr für Ausstellung von Bestätigungen

§ 15 Abs. 2 bis 4 Ärztegesetz idF der 12. Ärztegesetz-Novelle enthält eine Rechtsgrundlage für die Ausstellung von EU-Konformitätsbescheinigungen durch die ÖÄK. Gemäß § 13b Z 3 Ärztegesetz ist die ÖÄK berechtigt, hierfür eine Gebühr vorzuschreiben.

Beim Internationalen Büro gehen jedoch auch Anforderungen nach anderen Bestätigungen ein. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Bestätigungen der Eintragung in die Ärzteliste, der ärztlichen Tätigkeit in Österreich, einzelner in Österreich absolvierter Ausbildungszeiten und deren Anrechnungsfähigkeit auf das Facharzt-Diplom oder der Authentizität von ÖÄK-Diplomen. Für die Ausstellung dieser Bescheinigungen besteht weder eine Rechtsgrundlage, noch kann die Österreichische Ärztekammer dafür eine Gebühr vorschreiben, obwohl gerade detaillierte Aufstellungen, welche Ausbildungszeiten, an welchen Ausbildungsorten absolviert wurden, bzw. in welcher Hinsicht sie auf welche Ausbildungen angerechnet werden können, besonders hohen Verwaltungsaufwand mit sich bringen.

Anregung: Ergänzung des § 15 um eine möglichst pauschal formulierte Zuständigkeit der ÖÄK zur Ausstellung von Bestätigungen.

In § 13b Z 3 wäre dann die Referenz herzustellen, damit wir eine entsprechende Position in der Bearbeitungsgebühren-VO schaffen können.

6. Ergänzung des § 15 Ärztegesetz 1998 – Einziehung von Diplomen.

Sachverhalt: Die ÖÄK erhielt davon Kenntnis, dass eine Ausbildungszeit mit 6 Stunden Anrechnung fand und ein Additivfacharzt Diplom ausgestellt wurde. Nun beruft sich eine Ärztin auf die Anrechnung der Ausbildungszeit von 6 Stunden, die zur Ausstellung des Additivfacharzt Diplomes führte.

Es stellte sich somit im Nachhinein heraus, dass eine Ausbildung Anrechnung fand, die nicht den Erfordernissen des Ärztegesetzes und der ÄAO entsprach.

Es besteht derzeit keine gesetzliche Regelung ein Diplom wieder einzuziehen zu können, wenn nachträglich hervorkommt, dass eine für die Anrechnung / Ausstellung erforderliche Voraussetzung schon ursprünglich nicht bestanden hat.

§ 32 Abs 4 und § 33 Abs 5 ÄG kennt eine Bestimmung für die Rücknahme der erteilten Bewilligung. *Diese könnte man auch in § 15 sinngemäß wiedergeben.*

7. Wirksamkeitsdatum § 15 Ärztegesetz

Nach § 15 Ärztegesetz hat die Österreichische Ärztekammer Personen, die die allgemeinen Erfordernisse (§ 4 Abs.2), die besondere Erfordernisse (§ 4 Abs.3 Z 1 oder § 4 Abs.3 Z 1 und 2) und die Ausbildungserfordernisse (§ 4 Abs.4 und 5) erfüllen, ein Diplom über die erfolgreiche Absolvierung einer Ausbildung nach den für den Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt geltenden Ausbildungserfordernissen auszustellen.

Das Diplom über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin bzw. das Facharzt Diplom stellt im Sinne des AVG 1991 einen Bescheid dar, der mit der Ausstellung des Diplomes seine Rechtswirkung entfaltet.

Die Praxis zeigte, dass die Rechtswirksamkeit des Diplomes mit dem Zeitpunkt der Ausstellung des Diplomes (bzw. Übergabe) unter Umständen erhebliche persönliche und finanzielle Nachteile des Diplomwerbers mit sich bringt, sodass die Österreichische Ärztekammer dazu übergegangen ist, am Diplom ein Wirksamkeitsdatum zu vermerken. Das Wirksamkeitsdatum ist der dem Abschluss der Ausbildung folgende Tag. Die Eintragung der Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin/ Facharzt in die Ärzteliste erfolgt mit dem Wirksamkeitsdatum.

Beispielhaft wird dargelegt: ein Arzt beendet seine Facharztausbildung mit 31.Mai. Den Antrag auf Ausstellung des Facharzt Diplomes bringt er am 15.Juni bei der Landesärztekammer ein; die

Österreichische Ärztekammer stellt das Facharzt Diplom mit 28. Juni aus. Entsprechend den Bestimmungen des AVG 1991 erwirbt der Arzt mit 28. Juni die Facharztanerkennung. Aufgrund des zeitlichen Ablaufes in der Bearbeitung des Antrages entstehen sowohl dem Arzt (zB rechtszeitige Bewerbung um eine Kassenplanstelle) als auch dem Krankenhausträger (zB keine Verwendung als Oberarzt) erhebliche Nachteile.

Nach der Rechtsprechung des VwGH verst. Sen 28.11.1983 Slg. 11237A; gleichlautend: VwGH vom 18.11.1992, 89/12/0168 sowie VwGH vom 24.1.1994, 93/10/0173 darf die Wirkung eines Bescheides nur dann zu einem vor der Erlassung dieses Bescheides liegenden Zeitraum eintreten, wenn die konkret anzuwendende Verwaltungsvorschrift derartiges vorsieht.

Um die gepflogene Verwaltungspraxis der höchstgerichtlichen Rechtsprechung Rechnung zu tragen wird nachfolgender Formulierungsvorschlag zu § 15 Abs 1 Ärztegesetz unterbreitet:

§ 15 Abs 1 Ärztegesetz ist wie folgt zu ergänzen:

„Das Diplom kann mit einem Wirksamkeitsdatum versehen werden.“

8. Ärzteliste

8.1. Zustelladresse öffentliches Datum

Bis zur 12. ÄrzteG-Novelle war die Zustelladresse ein öffentliches Datum. Die ÖÄK und die Ärztekammer in den Bundesländern haben damit gute Erfahrungen gemacht, vor allem auch, weil diese Adresse auch an Dritte weitergegeben werden kann. Dies dient insbesondere dem Wunsch zur Entlastung kleiner und vor allem großer Spitäler, da ansonsten der Dienstort auch als Zustelladresse dienen würde und mit einer Unmenge von Informationsmaterial und Ärztepost überschwemmt werden würden.

8.2. Rückwirkende Eintragung in die Ärzteliste

Die ÖÄK erhält immer wieder davon Kenntnis, dass Ärzte (v.a. Turnusärzte) bereits viele Monate tätig waren, bevor sie in die Ärzteliste eingetragen wurden. Dies steht jedoch im Widerspruch mit § 27 Abs. 2, erster Satz, wonach sich Ärzte vor Aufnahme ihrer ärztlichen Tätigkeit anzumelden haben. Der letzte Satz des Abs. 2 normiert zwar die Verpflichtung des Dienstgebers, vor Aufnahme einer unselbständigen Ausübung des ärztlichen auf dieses

Erfordernis hinzuweisen. Oftmals werden dennoch ärztliche Tätigkeiten über ein Jahr oder länger ausgeübt, bevor der betreffende Arzt einen Antrag auf Eintragung zur Ärzteliste stellt. Deshalb soll in das Ärztegesetz eine Bestimmung aufgenommen werden, wonach der Dienstgeber den Dienstbeginn zu melden hat. Eine solche Regelung dient auch zum Schutz der entsprechenden Einrichtung.

§ 27 Abs 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Dienstgeber haben jede(n) von ihnen beschäftigte(n) Ärztin/Arzt binnen einer Woche nach Dienstbeginn schriftlich im Wege der Landesärztekammer der Österreichischen Ärztekammer zur Überprüfung der Eintragung im Sinne dieser Bestimmung zu melden und dem Arzt/der Ärztin eine Kopie der Bestätigung zur Anmeldung mitzugeben“

Ein Verstoß stellt eine Verwaltungsübertretung im Sinne des § 199 dar (vgl. Verfolgungsverjährung § 199 Abs. 5).

8.3. Verfolgungsverjährung

Es liegt der Sachverhalt vor, dass erst jetzt im Jahre 2010 der Umstand bekannt wurde, dass ein Arzt im Zeitraum von 01. Juli bis 31. Dezember 2006 als Arzt im Krankenhaus gearbeitet hatte, ohne in diesem Zeitraum in die Ärzteliste eingetragen gewesen zu sein. Eine rückwirkende Eintragung in die Ärzteliste kann nicht vorgenommen werden. Da der Arzt somit eine Verwaltungsübertretung nach § 199 Abs. 3 ÄrzteG 1998 begangen hat, wurde seitens der ÄK eine Anzeige an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde erstattet.

Die zuständige Behörde teilte mit, dass eine Verfolgung dieser Verwaltungs-übertretung nicht mehr stattfinden könne, da die Verfolgungsverjährung sechs Monate ab Beendigung des Straftatbestandes eintritt (§ 31 Abs. 2 VStG).

Hinsichtlich der Belangung von Ärzten die ohne Eintragung in die Ärzteliste ärztliche Tätigkeiten ausüben, erscheint die Verfolgungsverjährung von sechs Monaten äußerst problematisch, da viele Fälle der Ärztekammer erst später bekannt werden.

Die Möglichkeit der Einführung einer längeren Verfolgungsverjährung im ÄrzteG 1998 als Materiengesetz erscheint daher sehr sinnvoll (vgl. § 37 Abs 7 DenkmalschutzG). Wir schlagen daher folgende Formulierung vor.

§ 199 wird ergänzt:

„(5) Die Verjährungsfrist gemäß § 31 Abs. 2 VStG beginnt bei den in den Abs. 1 bis 3 aufgezählten Delikten erst ab dem Zeitpunkt, zu dem die ÖÄK oder eine Ärztekammer in den Bundesländern von den unerlaubt vorgenommenen Handlungen oder Unterlassungen Kenntnis erlangt hat und die schuldtragende Person ausgeforscht ist; die Frist endet jedenfalls fünf Jahre nach Beendigung der Tat.“

9. Mitteilungspflicht

Derzeit wird von Ärzten und Ärztinnen nicht verlangt, dass sie bei der Anmeldung zur Eintragung in die Ärzteliste Umstände melden, die die Prüfung der Vertrauenswürdigkeit oder der gesundheitlichen Eignung oder der Eigenrechtfertigung zu berücksichtigen wären. Lediglich die Vorlage eines Strafregistrauszuges oder allenfalls ein Certificate of good standing ist üblich. Jedoch sind unseres Erachtens auch Meldungen darüber zu erstatten, dass z.B. mehrere Gerichtsverfahren, die mit einem ärztlichen Fehlverhalten im Zusammenhang stehen oder ein entsprechendes Strafgerichtsverfahren, das geeignet ist die Vertrauenswürdigkeit in Zweifel zu ziehen, anhängig ist. Oder das Wissen, dass eine nicht ausreichende gesundheitliche Eignung zur ärztlichen Berufsausübung vorliegt.

Es wird daher vorgeschlagen (vgl. § 274. Abs. 1 ABGB):

Dem § 27 Abs. 2, erster Satz wird folgender Satz angefügt:

„Der Arzt hat alle Umstände, die zur Prüfung der allgemeinen und besonderen Erfordernisse im Sinne des § 4 (insbesondere Vertrauenswürdigkeit, gesundheitliche Eignung) notwendig sind bei der Anmeldung zur Eintragung mitzuteilen. Unterlässt er diese Mitteilung schuldhaft, so haftet er für die daraus entstehenden Nachteile.“

10. Nichtausübung ärztlicher Tätigkeit über eine lange Zeitspanne .

Übt ein Arzt über eine längere Zeitspanne (in einem von der ÖÄK zu prüfenden Fall - über 10 Jahre - wegen Verbüßung einer Haft und darauffolgendem Berufsausübungsverbot) die ärztliche Tätigkeit nicht aus, so sind im Rahmen der Eintragung in die Ärzteliste die Erfüllung der allgemeinen und besonderen Voraussetzungen neuerlich zu prüfen. Zu den besonderen Voraussetzungen zählt der Abschluss Studium bzw. Ausbildung zum approbierten Arzt, Arzt für

Allgemeinmedizin oder Facharzt. Es wird nicht darauf abgestellt, ob der Arzt noch über akute medizinisch-wissenschaftliche Kenntnisse verfügt.

§ 49 Ärztegesetz 1998 normiert allerdings eine Fortbildungsverpflichtung, die für alle Ärzte gilt. Diese dient der Erhaltung der Fähigkeit zur Berufsausübung nach den *leges artis*, also der Aktualisierung der im Zuge der Ausbildung oder Weiterbildung erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse, auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften.

Die ÖÄK ist vertritt daher die Ansicht, dass ein Arzt, der nach langjähriger Nichtausübung des ärztlichen Berufes wieder eingetragen werden soll Kenntnisse und Fertigkeiten über den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zu haben hat und dies auch nachzuweisen hat. Die ÖÄK sieht in Ihrer Aufgabe zur Führung der Ärzteliste auch die Verpflichtung diesen aktuellen Kenntnisstand zu prüfen, um einen Schaden für Patienten zu verhindern.

Wir ersuchen daher im Ärztegesetz eine entsprechende Regelung dafür vorzusehen.

11. § 35 Ärztegesetz 1998 Bescheide der Universität – Ärzte nur für Studienzwecke

Wenn eine Bewilligung zur unselbständigen Tätigkeit, nur für Studienzwecke durch die Universität gemäß § 35 Ärztegesetz erfolgt, wird in der Regel keine Meldung an die ÖÄK erstattet. Aus diesem Grunde kann der gesetzliche Auftrag - sinngemäße Anwendung des § 27 – nicht erfüllt werden.

Wir schlagen daher eine verpflichtend Meldung durch die Universität vor.

12. „schwarze Liste“ – Hinweis, dass Umstand vorliegt, der Prüfung der Vertrauenswürdigkeit rechtfertigt, Arzt aber dzt. nicht in ÄL eingetragen ist

13. Wohlfahrtsfonds

Mahnspesen

Anregung des VA der Ärztekammer für Wien im wohlbegrenzten Ausmaß eine Regelung zu schaffen, mit der die Kosten von Mahnverfahren vorgeschrieben werden können.

(Verursacherprinzip)

1. Im § 91 Abs. 3 ÄrzteG wird nach dem letzten Satz unter Bildung eines neuen Absatzes folgender Satz eingefügt:

„Für den Fall einer verspäteten Entrichtung der Kammerumlage durch Kammerangehörige, kann die Umlagenordnung die Vorschreibung von angemessenen Mahnspesen vorsehen.“

Honorartabelle

2. Im § 110a ÄrzteG wird nach dem zweiten Absatz folgender neuer Absatz eingefügt:

„Für den Fall einer verspäteten Entrichtung von Wohlfahrtsfondsbeiträgen durch Kammerangehörige, kann die Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung die Vorschreibung von angemessenen Mahnspesen vorsehen.“

14. Redationsversehen Disziplinarrecht (5jährige Periode §§ 180, 182)

5jährige Funktionsperiode – Anpassung des § 180

„Die Funktionsdauer der Mitglieder des Disziplinarsenates und deren Stellvertreter beträgt fünf Jahre“

§ 182 ÄG: „Für die Vertretung der Disziplinaranzeige vor dem Disziplinarsenat hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer einen Disziplinaranwalt, der rechtskundig sein muss, sowie einen Stellvertreter für diesen zu bestellen. Die Funktionsdauer des Disziplinaranwaltes und seines Stellvertreters beträgt fünf Jahre.“

15. Doppelbestrafungsverbot Diszi-Verwaltungsrecht VfGH-Erkenntnis (B 44609 vom 17.12.2009)

16. § 197 Erhöhung des Tarifes, Sonn- und Feiertagszuschlag

- Valorisierung siehe Tabelle (Anlage)
- Regelung eines 100%igen Sonn- und Feiertagszuschlages analog zu sonstigen Tätigkeiten an Sonn- und Feiertagen.

17. § 199 Abs. 3 – Redaktionsversehen Verweis auf § 27 Abs. 7, zweiter Satz

18. Übergangsbestimmung Facharzt für Arbeitsmedizin

Der Fortbestand des Sonderfaches Arbeitsmedizin ist insofern gefährdet, als es lediglich eine Handvoll neuer Fachärztinnen und Fachärzte für Arbeitsmedizin gibt. Dies hängt damit zusammen, dass die meisten Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner bereits ärztlich tätig sind, und daher keine Facharztausbildung im klassischen Sinn mehr besuchen können. Um jedoch auch weiterhin eine entsprechende Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzten für Arbeitsmedizin in Österreich zu haben, sollen bereits tägige Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner neuerlich die Möglichkeit erhalten, mittels Übergangsbestimmung doch Facharzt bzw. Fachärztin für Arbeitsmedizin werden zu können. Dafür ist u.a. sowohl eine mindestens 8-jährige einschlägige Berufserfahrung vor dem 31.12.2009, als auch das positive Bestehen der Facharztprüfung Arbeitsmedizin erforderlich. Diese Übergangsbestimmung ist auch europarechtlich unproblematisch, da sie keinen Ausbildungsnachweis im Sinne der RL 2005/36 darstellt.

Formulierungsvorschlag wie bereits besprochen:

„(1) Personen, die

1. einen anerkannten Ausbildungslehrgang gemäß § 38 des Ärztegesetzes 1998 oder gemäß §§ 14 und 15 des Ärztegesetzes 1984 erfolgreich abgeschlossen haben und
2. glaubhaft machen, nach Abschluss eines Ausbildungslehrganges gem. Ziffer 1 und vor Ablauf des 31. Dezember 2009 zumindest acht Jahre den Beruf als Arbeitsmedizinerin/Arbeitsmediziner regelmäßig ausgeübt zu haben sowie
3. vor Ablauf des 31. Dezember 2009 nachweislich mindestens 48 Fortbildungseinheiten absolviert haben, sind berechtigt, sich der Facharztprüfung im Sonderfach Arbeitsmedizin zu unterziehen.

(2) Die Österreichische Ärztekammer hat Personen gemäß Abs. 1 mit bestandener Facharztprüfung auf deren Antrag als Facharzt für Arbeitsmedizin in die Ärzteliste einzutragen und ihnen darüber eine Bestätigung

1. mit dem Hinweis auf § 230 als Rechtsgrundlage der Eintragung,
2. mit dem Hinweis darauf, dass diese Bestätigung keinen Ausbildungsnachweis im Sinne der Richtlinie 2005/56/EG darstellt, sowie
3. mit dem Hinweis, dass eine Ausstellung eines Diploms oder einer Bescheinigung gemäß § 15 nicht möglich ist,

auszustellen.

19. Übergangsbestimmung zu fremdfinanzierten Ausbildungen



Ausländische Ärzte, die eine fremdfinanzierte Ausbildungsstelle gemäß §§ 8 Abs. 5 iVm 10 Abs. 12 ÄrzteG inne haben und sodann eine EG-Daueraufenthaltsberechtigung erhalten, fallen damit unter das Regime des § 5b und gelten als EWR-Bürger. Für ein Fortführen der Ausbildung fehlt aber die Nostrifikation. Mit Erhalt der EG-Daueraufenthaltsberechtigung hätte der Arzt/die Ärztin somit die (Zusatzfach-)Ausbildung abbrechen. Damit das nicht erfolgen muss wäre eine rückwirkende Übergangsbestimmung mit Inkrafttreten der 12. ÄrzteG-Novelle zu normieren.

Diese könnte wie folgt lauten:

„Personen gemäß § 8 Abs. 5, die am ... gemäß § 8 Abs. 4 iVm §10 Abs. 12 in Ausbildung in einem Hauptfach eines Sonderfaches oder Ausbildung in einem Additivfach im stehen, sind berechtigt, ihre Ausbildung nach der vor diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage (vor 12. ÄGN) abzuschließen.“

Die Österreichische Ärztekammer ist bereit und interessiert, an weiteren Beratungen über diese für das Österreichische Gesundheitswesen so wichtige Gesetzesmaterie mitzuwirken.

Mit freundlichen Grüßen



MR Dr. Walter Dörner
Präsident