

Bundesministerium für  
Gesundheit und Frauen  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien

Dampfschiffstraße 2  
A-1031 Wien  
Postfach 240

Tel. + (1) 711 71 - 0  
Fax + (1) 711 94 - 25  
office@rechnungshof.gv.at

Wien, 8. September 2016  
GZ 300.479/011-2B1/16

## Entwurf einer Novelle zum Ärztegesetz 1998

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rechnungshof (RH) dankt für den mit Ihrem Schreiben, im RH eingelangt am 11. August 2016, GZ: BMGF-92101/0014-II/A/3/2016, übermittelten Entwurf einer Novelle zum Ärztegesetz 1998 und nimmt hiezu im Rahmen des Begutachtungsverfahrens aus der Sicht der Rechnungs- und Gebärungskontrolle wie folgt Stellung:

### 1. Allgemeines

Aufgrund der gegenständlichen Begutachtung wird auf die diesem Schreiben beigelegte umfassende Stellungnahme des RH zur Novelle des Ärztegesetzes 1998 im Jahr 2014 (GZ 300.479/010-2B1/14 vom 25. August 2014) und die damit in Zusammenhang stehende Stellungnahme des RH zur Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (GZ 300.951/008-2B1/15 vom 21. April 2015) hingewiesen. Auf beide Stellungnahmen wurde auch im Bericht des RH „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2015/9) Bezug genommen.

Der RH nimmt den vorliegenden Begutachtungsentwurf auch zum Anlass, um auf die bislang nicht umgesetzten Anregungen des RH hinzuweisen und regt an, diese zu berücksichtigen, um eine bundesweit einheitliche und qualitätsgesicherte Ärzte-Ausbildung sicherstellen zu können.

Nicht berücksichtigt wurde letztlich eine Reihe von Empfehlungen bzw. Anmerkungen des RH, wodurch ausreichende rechtliche Festlegungen bzw. Definitionen bspw. zu nachfolgenden Punkten nach wie vor fehlen:

#### (1) Qualitätssicherungsvorgaben auch für die Basisausbildung:

Solche wären erforderlich, weil eine gute, umfassende und qualitätsgesicherte Basisausbildung auch insofern von besonderer Bedeutung ist, als diese neun Monate die Grundlage für die Entscheidung für den weiteren Berufsweg (Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt) bilden (siehe auch TZ 8 des oben zitierten RH-Berichts „Ärzteausbildung“).

(2) Regelungen betreffend die Finanzierung der verpflichtenden Lehrpraxis:

Solche Regelungen wären zweckmäßig, weil diese Lehrpraxis einen wesentlichen Bestandteil der neuen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin darstellt; laut Medienberichten vom März 2016 ist die Finanzierung der Lehrpraxis bislang noch nicht sichergestellt (die Ausbildungsreform ist bereits am 1. Jänner bzw. am 1. Juli 2015 in Kraft getreten).

(3) Definition der ausbildungsrelevanten Aufgaben, Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters und des Ausbildungsverantwortlichen:

Entsprechende Festlegungen wären aus Sicht des RH erforderlich, weil beiden eine wesentliche Funktion im Rahmen der Ärzteausbildung zukommt und die Gebarungsüberprüfung des RH ergab, dass die gesetzlich vorgesehene Ausbildungsverantwortung in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen wurde (siehe auch TZ 19 und TZ 23 des RH-Berichts „Ärzteausbildung“).

(4) Definition des Ausbildungskonzepts:

Weil das Ausbildungskonzept ein zentrales Instrument für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung darstellt sowie die Gebarungsüberprüfung des RH große Unterschiede in der Interpretation dieses Begriffs und in der Qualität der Ausbildungskonzepte feststellte, wäre eine klare Definition erforderlich (siehe auch TZ 26 des oben genannten RH-Berichts „Ärzteausbildung“).

(5) genauere Definition des Ausbildungsplans:

Weil aufgrund der derzeit bestehenden rechtlichen Definition nach wie vor unklar ist, ob auch die für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin nunmehr verpflichtend vorgesehene Lehrpraxis vom Ausbildungsplan umfasst sein muss, sollten entsprechende Ergänzungen bzw. Klarstellungen erfolgen.

(6) Rotationskonzept als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte:

Dies wäre zweckmäßig, um einen reibungslosen Ablauf der gesamten Ausbildung auch vor dem Hintergrund sicherzustellen, dass es im Rahmen der seit 2015 neugestalteten Ärzteausbildung vermehrt zu Teilanerkennungen von Ausbildungsstätten kommen kann (siehe auch TZ 27 des RH-Berichts „Ärzteausbildung“).

(7) umfassende Evaluierung der gesamten Neugestaltung der Ärzteausbildung:

Eine solche erscheint angesichts der umfassenden Reform der Ärzteausbildung im Jahr 2014 jedenfalls erforderlich, um die Auswirkungen bzw. die Zielerreichung der neuen Ärzteausbildung beurteilen, Verbesserungspotenzial identifizieren und geeignete Maßnahmen setzen zu können (siehe auch TZ 3 des RH-Berichts „Ärzteausbildung“).

Darüber hinaus verweist der RH in Bezug auf § 196 des Ärztegesetzes 1998 auf seine Empfehlung im Bericht „Ärzteausbildung“, wonach betreffend die Anzahl an Ausbildungsstellen für Ärzte für Allgemeinmedizin im Interesse der nachhaltigen Versorgungssicherheit, raschestmöglich konkrete Vorgaben erlassen werden sollten und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken wäre (TZ 9).



Die geplante Klarstellung hinsichtlich des Rechts der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an Sitzungen der Vollversammlung und des Vorstands einschließlich des Rechts, über Sitzungstermine und Tagesordnungen informiert zu werden, wird vor dem Hintergrund vorangegangener Gebarungsüberprüfungen auf Ebene der Landesärztekammern Wien (nicht veröffentlicht), Kärnten (Ärzttekammer Kärnten, Kammer 2014/1) und Salzburg (Ärzttekammer Salzburg, Kammer 2015/2) vom RH schließlich positiv bewertet. Dabei hatte sich nämlich gezeigt, dass die Wahrnehmung der Aufsicht durch die jeweilige Landesregierung unterschiedlich erfolgte und deren Teilnahme an Sitzungsterminen nur zum Teil gelebte Praxis war.

## 2. Zu einzelnen Bestimmungen des Entwurfs

### Zu §§ 9 Abs. 6 und 10 Abs. 8

Die beiden Bestimmungen regeln, unter welchen Voraussetzungen die Anerkennung einer Ausbildungsstätte zurückzunehmen oder einzuschränken ist (z.B. wenn die Anerkennungsvoraussetzungen wegfallen, bei Veränderungen im Versorgungsauftrag oder der Leistungsstatistik etc.). § 11 Abs. 6 Ärztegesetz 1998 sieht dazu eine Mitteilungspflicht des Krankenanstaltenträgers vor.

Nunmehr ist im vorliegenden Entwurf in den §§ 9 Abs. 6 und 10 Abs. 8 ergänzend vorgesehen, dass der Träger der Ausbildungsstätte im Falle einer Umstrukturierung einer Ausbildungsstätte dies der Österreichischen Ärztekammer unverzüglich schriftlich bekanntzugeben hat.

Der RH weist darauf hin, dass an die Nichteinhaltung dieser Mitteilungspflichten keine Sanktionen gebunden sind. Angesichts der Bedeutung der andauernden Erfüllung der Ausbildungsvoraussetzungen durch die Ausbildungsstätte für die Sicherstellung der Ausbildungsqualität hält der RH die Aufnahme entsprechender Sanktionen bei Verletzung der Mitteilungspflichten für überlegenswert.

### Zu § 15 Abs. 1

Der vorliegende Entwurf sieht vor, dass Personen auf Verlangen der Österreichischen Ärztekammer das Diplom zur Einziehung unverzüglich zu übermitteln haben, sofern hervorkommt, dass eine für die Ausstellung erforderliche Voraussetzung schon ursprünglich nicht bestanden hat oder die Ausstellung erschlichen wurde.

Mangels entsprechender Erläuterungen ist aus Sicht des RH nicht ausreichend klargestellt, warum die Übermittlung des Diploms zwingend ein Verlangen der Österreichischen Ärztekammer voraussetzt. Gleiches gilt im Übrigen auch für den geltenden § 15 Abs. 5 Ärztegesetz 1998 (Rückübermittlung im Fall der Untersagung der Berufsausübung und des Erlöschens der Berufsberechtigung), auf den die Erläuterungen ebenfalls Bezug nehmen.

Der RH regt daher ergänzende Erläuterungen bzw. ein Überdenken der Formulierung in den beiden Bestimmungen an.

Im Unterschied zum geltenden § 15 Abs. 5 Ärztegesetz 1998 sieht der vorliegende Entwurf für § 15 Abs. 1 keine Strafbestimmung für den Fall des Zuwiderhandelns vor; eine entsprechende Novellierung des § 199 (Strafbestimmungen) enthält der vorliegende Entwurf nicht.

Der RH regt daher ebenfalls ergänzende Erläuterungen bzw. eine entsprechende Ergänzung der Strafbestimmungen an.

Zu § 27 Abs. 1

Mit dem vorliegenden Entwurf sollen — aus Gründen des Patientenschutzes — weitere personenbezogene Daten über Ärzte öffentlich sein; dies betrifft u.a. die „vorläufige Untersagung der Berufsausübung“. Mangels entsprechender Erläuterungen ist — vor dem Hintergrund des intendierten Patientenschutzes — nicht klar, warum die Ärzteliste nicht auch hinsichtlich der zeitlich beschränkten Untersagung der Berufsausübung öffentlich sein soll bzw. kann.

Zu § 117d Abs. 5

§ 117d regelt den Umgang und die Weitergabe von Daten durch die Österreichische Ärztekammer. Der geplante neue Abs. 5 sieht u.a. vor, dass die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammern in den Bundesländern nicht für Nachteile haften, die bei der Erfüllung ihrer Auskunftspflichten aufgrund von Unvollständigkeitsen oder Unrichtigkeiten der in ihren Anlagen enthaltenen Daten entstehen.

In diesem Zusammenhang wird vom RH eine entsprechende Klarstellung, wie diese Bestimmung zu verstehen bzw. vor welchem Hintergrund sie erforderlich ist, angeregt.

### 3. Redaktionelle Bemerkung zu § 117d Ärztegesetz 1998

Aus Sicht des RH ist davon auszugehen, dass der Verweis in § 117d Abs. 2 auf „Abs. 1“ (und nicht auf Abs. 2) sowie der Verweis in § 117d Abs. 3 auf „Abs. 2“ (und nicht auf Abs. 3) lauten müsste.

Von dieser Stellungnahme wird jeweils eine Ausfertigung dem Präsidium des Nationalrates und dem Bundesministerium für Finanzen übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin:  
Dr. Margit Kraker

F.d.R.d.A.:



2 Beilagen



Der  
Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Bundesministerium für Gesundheit  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien

Dampfschiffsstraße 2  
A-1031 Wien  
Postfach 240

tel. + (1) 711 71 - 0  
tel. + (1) 711 94 - 25  
office@rechnungshof.gv.at

Wien, 25. August 2014  
GZ 300.479/010-2B1/14

## Ärztegesetz-Novelle

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rechnungshof (RH) dankt für den mit Schreiben vom 25. Juli 2014, GZ. BMG-92101/0008-II/A/3/2014, übermittelten, in Betreff genannten Entwurf und nimmt im Rahmen des Begutachtungsverfahrens aus der Sicht der Rechnungs- und Gebarungskontrolle wie folgt Stellung:

### 1. Allgemein

Mit dem vorliegenden Entwurf soll das Ziel verfolgt werden, die postpromotionelle Ärzteausbildung umfassend im Sinne einer modernen und qualitätsgesicherten Ausbildung zu erneuern, um den zeitgemäßen umfangreichen Anforderungen des heutigen Stands der Wissenschaft und dem Bedarf an bestmöglicher Patientenversorgung zu berücksichtigen.

Der RH begrüßt diese Ziele grundsätzlich, merkt allerdings an, dass als konkrete Entscheidungsgrundlage für diese umfassende und gesundheitspolitisch wesentliche Neugestaltung zwar die Vorschläge der beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Ausbildungskommission<sup>1</sup> genannt werden, die wesentlichen Elemente dieser Vorschläge jedoch nicht näher ausgeführt werden. Daher wird aus Sicht des RH nicht nachvollziehbar dargelegt, auf welchen Grundlagen die Neugestaltung basiert und warum gerade die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen eine moderne und bedarfsgerechte Ärzteausbildung auch vor dem Hintergrund der Etablierung des Primary Health Care Modells sicherstellen können.

---

<sup>1</sup> gemäß Artikel 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.F. BGBl. I Nr. 199/2013

Eine solche umfassende Neugestaltung der Ärzteausbildung bedarf einer angemessenen Vorbereitung, zahlreiche diesbezügliche Herausforderungen werden im Entwurf jedoch nicht ausreichend thematisiert.

Beispielsweise ist auf die Neudefinition der Ausbildungsstätte für die Ärzteausbildung, insbesondere aber die Festlegung neuer Anerkennungsvoraussetzungen und die damit verbundenen zahlreichen Anerkennungsverfahren für Lehrpraxen und Ausbildungsstätten (derzeit deutlich über 1.000 Ausbildungsstätten) hinzuweisen. So sollen diese Verfahren laut Entwurf zwischen dem Inkrafttreten der neuen Regelungen am 1. Jänner 2015 und dem für den Beginn der neuen Ausbildung vorgesehenen 1. Juli 2015 von der dafür zuständigen Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) gleichzeitig abgewickelt werden. Wie diese den damit verbundenen Verwaltungsaufwand in derart kurzer Frist bewältigen soll, lässt der Entwurf offen. Aus Sicht des RH besteht das Risiko, dass die Anerkennungsverfahren unter diesem Zeitdruck auf eine schnelle Prüfung formaler Kriterien reduziert werden, v.a. wenn die Erläuterungen an anderer Stelle von einer durchschnittlichen Bearbeitungsdauer eines Antrages von sechs Monaten sprechen.

Auch für die Ausbildungsstätten selbst ist im Hinblick auf die erforderlichen organisatorischen und inhaltlichen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Neugestaltung der Ärzteausbildung ein hoher Zeitdruck zu erwarten. Diesbezüglich ist auch festzuhalten, dass eine rechtzeitige Vorbereitung der Anerkennungsanträge auf Seiten der Träger der Ausbildungsstätten nur dann möglich sein wird, wenn die dafür notwendigen Verordnungen des BMG (§ 24) und der ÖÄK<sup>2</sup> so rasch wie möglich erlassen werden.

Weiters werden zahlreiche Fragen, die sich im Zusammenhang mit dem Übergang von einem alten zu einem neuen Ausbildungssystem ergeben (z.B. parallele Ausbildung oder Wechsel zwischen den beiden Systemen) weder ausdrücklich geregelt noch in den erläuternden Bemerkungen angesprochen. Auch werden etwa in der Übergangsphase möglicherweise entstehende Engpässe an Ausbildungsplätzen und damit verbundene Steh- oder Wartezeiten z.B. im Zusammenhang mit der verpflichtenden Lehrpraxis oder den aufeinander aufbauenden Ausbildungsteilen (z.B. für Fachärzte: Basisausbildung, Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung) nicht thematisiert.

Vor diesem Hintergrund ist daher aus der Sicht des RH darauf hinzuweisen, dass neben dem „*notwendigen Übergangsrecht im Zusammenhang mit der Anerkennung von Ausbildungsstätten*“ auch weitere wesentliche Teile der inhaltlichen Neugestaltung der

---

<sup>2</sup> Verordnung über die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt

Ärzteausbildung in Zukunft gemäß § 24 in der Verordnung des BMG geregelt werden sollen und damit dem parlamentarischen Prozess entzogen werden; dies betrifft vor allem die abschließende Festlegung der einzelnen Fachgebiete, in denen die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen soll oder die konkrete Ausgestaltung der neunmonatigen Basisausbildung. Da der Entwurf somit selbst grundsätzliche Inhalte der Neuregelung der Ärzteausbildung nicht enthält, sondern diese der Ausgestaltung der Verordnung überlässt, kann der Entwurf aus der Sicht der Rechnungs- und Gebarungskontrolle nicht abschließend beurteilt werden.

Was die „technisch-inhaltliche“ Ausgestaltung anbelangt, lassen der Entwurf bzw. die erläuternden Bemerkungen viele Fragen offen. So werden bspw. die sachlichen Gründe für zahlreiche Neuregelungen (z.B. Basisausbildung ohne Qualitätssicherung, Wegfall der neunmonatigen Basisausbildung bei manchen – nicht genannten – Sonderfächern oder unterschiedliche Wochendienstzeiten in Krankenanstalten und Lehrpraxen) nicht näher erläutert (siehe dazu auch Pkt. 3.).

Vor dem Hintergrund der umfassenden Neugestaltung der Ärzteausbildung ist letztlich für den RH schließlich nicht nachvollziehbar, warum nur die verpflichtende Absolvierung eines Teils der Ausbildung in Lehr(gruppen)praxen evaluiert werden soll (§ 235 Abs. 9 des Entwurfes), nicht aber die Auswirkungen der gesamten Neuerungen der Ärzte-Ausbildung. Diesbezüglich wird auch auf die im Vorblatt angesprochene Interne Evaluierung im Jahr 2020 hingewiesen. Aus Sicht des RH sind die beiden darin festgelegten „Indikatoren“ (Änderung der Anzahl der Ausbildungseinrichtungen und der Ausbildungsärzte) jedenfalls nicht ausreichend, um die Erreichung der gesetzten Ziele feststellen zu können.

## **2. Zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfes**

### **2.1 Zu § 7 des Entwurfes – Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin**

Der Entwurf sieht eine Neufassung des § 7 ÄrzteG 1998 vor, der Art und Umfang der postpromotionellen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin regelt. Kernstücke der Neufassung sind die Teilung der Ausbildung in eine mindestens neunmonatige Basisausbildung und die darauf aufbauende praktische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin sowie die Einführung einer verpflichtenden Ausbildung in einer Lehrpraxis im niedergelassenen Bereich.

Für den RH ist die angestrebte Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Ausbildung allein durch die vorgesehene stufenweise Verlängerung von derzeit mindestens 36 Monaten auf langfristig mindestens 48 Monate nicht nachvollziehbar

dargestellt. Dies insbesondere deshalb, als die konkrete Ausgestaltung der Inhalte dieser allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht im Entwurf selbst, sondern erst in der Verordnung des BMG gemäß § 24 erfolgen soll.

Darüber hinaus stellt sich mangels Kenntnis der in der längeren Ausbildungszeit zu vermittelnden Ausbildungsinhalte die Frage, ob allein die Verlängerung der Ausbildung um letztlich ein Jahr die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin nicht sogar weniger attraktiv machen und den Fachbereich Allgemeinmedizin dadurch schwächen könnte.

Bezüglich der neunmonatigen Basisausbildung sprechen die Materialien auch vom Ziel der Befähigung, die 15 häufigsten Krankheiten diagnostizieren und einer weiteren Behandlung zuführen zu können. Diese Krankheiten werden allerdings nicht konkret ausgeführt, beispielhaft genannt werden lediglich Herz-Kreislaufkrankungen, Depressionsstörungen, cerebrovasculäre Erkrankungen, Alzheimer/Demenz und Diabetes.

Zu § 7 Abs. 4 des Entwurfes, der die verpflichtende Absolvierung eines Teils der Ausbildung in einer Lehrpraxis vorsieht, merkt der RH Folgendes an:

- Die Absolvierung der Lehrpraxis soll gemäß dem Wortlaut („Zuletzt“) der Bestimmung sowie den Erläuterungen zufolge nur am Ende der Ausbildung möglich sein. Da die Gründe für diese zeitliche Festlegung nicht ausreichend dargelegt werden, könnte eine flexiblere Regelung – sofern eine solche aus fachlicher Sicht vertretbar ist – zweckmäßig sein.
- Ziel der vorgesehenen Lehrpraxis ist laut Vorblatt u.a., einen Einblick in die gelebte Praxis der niedergelassenen Ärzte zu bieten.

Im Rahmen der stufenweisen Verlängerung der sechsmonatigen Lehrpraxis um zweimal drei Monate (zuerst nach sieben Jahren nach Inkrafttreten und dann nach weiteren fünf Jahren – siehe § 235 Abs. 8 des Entwurfes) kann ein Teil der über die ursprünglich verpflichtenden sechs Monate hinausgehenden Zeit jedoch wieder in Krankenanstalten (Ambulanzen und Lehrambulatorien) absolviert werden. Damit wird das auch in den Erläuterungen genannte grundsätzliche Ziel der Lehrpraxis wieder abgeschwächt.

- Obwohl der Entwurf nunmehr eine verpflichtende Absolvierung der Lehrpraxis vorsieht, regelt er nicht die Umsetzung dieser Verpflichtung, sondern überantwortet die Organisation und Durchführung ohne weitere Vorgaben der ÖÄK gemeinsam mit der Ausbildungskommission.



GZ 300.479/010-2B1/14

Seite 5 / 12

- Darüber hinaus trifft der Entwurf keine Regelung betreffend die Finanzierung der Lehrpraxis. Der RH verweist in diesem Zusammenhang auf das Pilotprojekt in Vorarlberg, dass eine Regelung über die Teilung der Kostentragung dieser Lehrpraxis zwischen den Beteiligten (etwa Land, Bund, Sozialversicherungsträger und Lehrpraxisinhaber) getroffen hat.

## 2.2 Zu den §§ 9 und 10 des Entwurfes – Ausbildungsstätten

Die zit. Bestimmungen regeln die Anerkennung von Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. zum Facharzt.

Zu § 9 Abs. 1 und § 10 Abs. 1 des Entwurfes wäre anzumerken, dass – im Unterschied zur weiteren Ausbildung zum Allgemeinmediziner bzw. zum Facharzt – für die in den ersten neun Monaten stattfindende Basisausbildung kein Anerkennungsverfahren und damit auch kein „Rezertifizierungsverfahren“ (siehe § 9 Abs. 5 bzw. § 10 Abs. 8 des Entwurfes, worin die Anerkennung auf sieben Jahre befristet wird) vorgesehen ist. Aus Sicht des RH wäre es jedenfalls erforderlich, unabhängig von der ex-lege Anerkennung als Ausbildungsstätte auch hinsichtlich der Basisausbildung hinreichende Vorgaben zur Sicherstellung der zu erreichenden Ausbildungsqualität vorzusehen.

Zu den für die Ausbildungsstätten zum Allgemeinmediziner bzw. Facharzt vorgesehenen konkreten Anerkennungserfordernissen ist Folgendes anzumerken:

- Das neue mit § 9 Abs. 3 Z 5 und § 10 Abs. 3 Z 5 des Entwurfes eingeführte Anerkennungserfordernis der Wahrnehmung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs<sup>1</sup> durch den diplomierten Pflegedienst ist aus Sicht des RH im Interesse der Ausbildungsqualität positiv zu beurteilen.
- Das Erfordernis eines schriftlichen Ausbildungskonzepts in § 9 Abs. 3 Z 6 und § 10 Abs. 3 Z 6 des Entwurfes sieht der RH im Interesse der Ausbildungsqualität ebenfalls positiv. Ergänzend wären jedoch zu definieren, was ein Ausbildungskonzept konkret beinhalten soll und eine Abgrenzung zum Ausbildungsplan (§ 11 Abs. 2 des Entwurfes) und zum Ausbildungsbuch (siehe § 26 Abs. 3 ÄrzteG 1998) vorzunehmen. Weiters sollte das Ausbildungskonzept die Vermittlung der Lerninhalte eher festlegen, als dokumentieren.

In diesem Zusammenhang ist aus Sicht des RH auch der Ausbildungsplan positiv zu beurteilen, eine konkrete Definition seiner Inhalte sollte jedoch erfolgen. So sprechen etwa die erläuternden Bemerkungen von einem Ausbildungsplan über die

---

<sup>1</sup> vgl. § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

GZ 300.479/010-2B1/14

Seite 6 / 12

gesamte Dauer der Ausbildung, lassen aber offen, was damit konkret gemeint ist. Auch ob die (verpflichtende) Lehrpraxis ebenfalls vom Ausbildungsplan umfasst sein soll, ist unklar.

- Ergänzend weist der RH darauf hin, dass Träger, die bestimmte ausbildungsrelevante Fachbereiche nicht vorhalten bzw. von Ausbildungsstätten, die nur eine Teilanerkennung besitzen, aus Sicht des RH einen solchen Ausbildungsplan für die gesamte Ausbildungszeit nur dann vorlegen könnten, wenn zuvor sämtliche Rotationen organisiert und geregelt sind; das gilt auch für die geplanten Pflichtrotationen. Vor diesem Hintergrund wäre es aus Sicht des RH zweckmäßig, das Vorliegen eines Rotationskonzepts als Anerkennungsvoraussetzung zu definieren.

Auch § 10 Abs. 5 des Entwurfes lässt bestimmte Unklarheiten erkennen. So geht weder aus dem Entwurf noch aus den erläuternden Bemerkungen hervor,

- wie viele Facharzt-VZÄ konkret pro Ausbildungsstelle vorhanden sein müssen und
- ob „*der mit der unmittelbaren Anleitung und Aufsicht der Turnusärzte betraute Facharzt*“ mit dem in § 11 Abs. 4 des Entwurfes genannten Facharzt gleichzusetzen ist. Warum der im derzeit gültigen § 10 Abs. 4 enthaltene Verweis auf § 10 Abs. 2 Z 2 zweiter Halbsatz (im vorliegenden Entwurf § 10 Abs. 3 Z 1 letzter Halbsatz) entfallen soll, wird nicht erläutert.

Zur Sicherung der Ausbildungsqualität sollte die „Kann-Bestimmung“ in § 10 Abs. 6 letzter Satz des Entwurfes überdacht werden und die erforderlichen Begleitmaßnahmen jedenfalls festgelegt werden.

Positiv ist aus der Sicht des RH im Sinne der Qualitätssicherung die mit den neuen § 9 Abs. 5 und § 10 Abs. 8 eingeführte Befristung der Anerkennung als Ausbildungsstätte zu beurteilen.

Zu den § 9 Abs. 7 und § 10 Abs. 9 des Entwurfes ist hingegen kritisch anzumerken, dass daraus nicht hervorgeht, wie die ÖÄK von den zu einer Zurücknahme oder Einschränkung führenden Umständen erfahren soll. § 11 Abs. 6 sieht zwar eine Pflicht des Trägers der Ausbildungsstätte vor, den Wegfall von Anerkennungsvoraussetzungen bekanntzugeben, eine Verletzung dieser Pflicht bleibt laut vorliegendem Entwurf aber ohne Sanktionen.

### 2.3 Zu § 11 des Entwurfes – Wahrung der Ausbildungsqualität

In § 11 Abs. 1 des Entwurfes wird im Unterschied zu den Vorgängerregelungen (§ 9 und § 10 ÄrzteG 1998) der Ärztliche Direktor nicht mehr ausdrücklich erwähnt. Da für den ärztlichen Dienst einer Krankenanstalt deren ärztlicher Leiter (als vom Träger bestelltes Leitungsorgan) verantwortlich (vgl. § 7 Abs. 1 KAKuG), und damit auch für die Organisation der Ausbildung zuständig ist, wären aus Sicht des RH die diesbezüglichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit der Ausbildung klar festzulegen. Dies vor dem Hintergrund, dass in Zukunft bspw. vermehrt Teilanerkennungen von Ausbildungsstätten ausgesprochen werden könnten und in manchen Sonderfächern Pflichtrotationen vorgesehen werden können und damit dem Ärztlichen Direktor eine noch größere Bedeutung zukommen wird.

Die in § 11 Abs. 3 des Entwurfes genannten Rollen und Aufgaben der Leiter der Ausbildungsstätte und der Leiter der Abteilung oder Organisationseinheit für die Basisausbildung sollten – abgesehen von der Lernfortschrittskontrolle – aus Gründen der Qualitätssicherung ebenfalls genauer definiert bzw. in den Erläuterungen näher ausgeführt werden.

Mit § 11 Abs. 8 dritter Satz des Entwurfes wird beabsichtigt, die bisherige Regelung, wonach 25 von 35 Wochenarbeitsstunden in der Zeit zwischen 8:00 Uhr und 13:00 Uhr zu absolvieren sind, zugunsten der Möglichkeit einer besseren Einteilung der Ausbildungszeiten entfallen zu lassen. Vor dem Hintergrund der Prüfungserfahrung des RH gewährleistet der im Entwurf vorgeschlagene Wortlaut dies allerdings nicht, weil der überwiegende Teil des fachärztlichen Personals in Krankenanstalten in der Regel eben nur bis zum frühen Nachmittag anwesend ist. Daher wäre eine umfassende Neukonzeption der Regelung zu prüfen, um das Ziel einer flexibleren Einteilung der Ausbildungszeiten zu erreichen.

### 2.4 Zu § 11a des Entwurfes – Spezialisierung

§ 11a des Entwurfes soll bei gleichzeitigem Entfall der vormaligen Additivfächer eine über die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt eines Sonderfaches hinausgehende Vertiefung ermöglichen.

Der RH weist darauf hin, dass Näheres über Dauer, Inhalt und Organisation der Spezialisierungen von der ÖÄK durch Verordnung im übertragenen Wirkungsbereich geregelt werden soll; damit wird ein weiterer wichtiger Teil der neuen Ärzteausbildung dem parlamentarischen Prozess entzogen. Zwar soll die Verordnungserlassung laut den erläuternden Bemerkungen in enger Abstimmung mit dem BMG erfolgen, wie dies genau zu geschehen hat, wird aber offen gelassen.

## 2.5 Zu den §§ 12 und 12a des Entwurfes – Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen

Hinsichtlich des in § 12a Abs. 2 Z 3 des Entwurfes genannten Ausbildungsverantwortlichen verweist der RH sinngemäß auf seine Ausführungen zu § 11 Abs. 3 des Entwurfes. Auch in § 12 (hier fehlt der Begriff „Ausbildungsverantwortlicher“ überhaupt) wäre eine entsprechende Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zweckmäßig.

Aus Gründen der Qualitätssicherung gelten die Ausführungen des RH zu den §§ 9 Abs. 3 Z 6 und 10 Abs. 3 Z. 6 für das in den §§ 12 Abs. 2 Z. 4 und 12a Abs. 2 Z 5 des Entwurfes vorgesehene Ausbildungskonzept hinsichtlich einer konkreten Definition ebenfalls sinngemäß.

## 2.6 Zu § 13 des Entwurfes – Lehrambulatorien

Auch hier wird aus Sicht des RH – abgesehen von der Lernfortschrittskontrolle – nicht genauer definiert bzw. näher ausgeführt, was unter der Ausbildungsverantwortung konkret zu verstehen ist. Der RH verweist daher sinngemäß auf seine Ausführungen zu § 11 Abs. 3 des Entwurfes.

Lehrambulatorien sollen nach der Novellierung in Zukunft die einzigen Ausbildungsstätten sein, von denen im Rahmen der Anerkennung kein schriftliches Ausbildungskonzept verlangt wird. Diese Ausnahme ist für den RH vor allem auch unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung insofern nicht nachvollziehbar, als sowohl dem Arzt in Ausbildung zum Allgemeinmediziner als auch dem auszubildenden Facharzt die Tätigkeit in anerkannten Lehrambulatorien im Ausmaß von bis zu zwölf Monaten auf seine Ausbildungsdauer angerechnet werden kann (siehe § 7 und § 8 Abs. 4 des Entwurfes).

## 2.7 Zu § 196 des Entwurfes – Grundsatzbestimmung

§ 196 Abs. 1 des Entwurfes sieht nunmehr vor, dass grundsätzlich in allen allgemeinen Krankenanstalten auf je 15 systematisierte Betten mindestens ein in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehender Arzt zu beschäftigen ist.

In den Erläuterungen wird dazu u.a. ausgeführt, dass es sich dabei um eine „*von anerkannten Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen unabhängige Ausbildungsmöglichkeit*“ handle.

Dabei stellt sich aus Sicht des RH die Frage, ob Krankenanstalten, die über keine in einem Verfahren im Sinne der §§ 9 und 10 genehmigten Ausbildungsstätten verfügen, diese Verpflichtung nur im Rahmen der neunmonatigen Basisausbildung erfüllen müssen bzw. überhaupt können. Da nämlich die Entscheidung für den weiteren Berufsweg erst nach der Basisausbildung zu treffen ist, muss der Arzt in der Basisausbildung noch kein „Arzt in Ausbildung für Allgemeinmedizin“ (wie von § 196 Abs. 1 verlangt) sein.

Andernfalls könnten durch diese Bestimmung jedoch die qualitätssichernden Anerkennungs Voraussetzungen (§§ 9 und 10) „außer Kraft“ gesetzt werden (Erläuterungen: „ ... von anerkannten Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen unabhängigen Ausbildungsmöglichkeit ... “).

Die erläuternden Bemerkungen machen weiters nicht klar, warum durch das festgelegte Mindestkontingent an Ausbildungs-Ärzten, die möglicherweise zum Teil nur für die Basisausbildung beschäftigt werden dürfen (siehe oben), die Aufrechterhaltung der ländlichen und hausärztlichen Versorgung gewährleistet werden kann. Gleichzeitig stellen die erläuternden Bemerkungen das vorgeschriebene Mindestkontingent ohnedies ganz grundsätzlich in Frage, wenn ausgeführt wird, dass auch bei den aktuellen Entwicklungen entsprechenden modernen Versorgungsstrukturen und Leistungsspektren, die das hohe Ausbildungsniveau ebenso garantieren, ein Unterschreiten des Mindestkontingents gerechtfertigt sein kann.

Keine Informationen enthalten die erläuternden Bemerkungen überdies dazu, warum Ärzte in Ausbildung zum Facharzt in einem Mangelfach nicht mehr für die Erreichung des Mindestkontingents angerechnet werden können sollen (siehe Abs. 2 der derzeit gültigen Bestimmung).

Zusammenfassend hält der RH daher fest, dass der geplante § 196 und die diesbezüglichen Erläuterungen weiterer Ergänzungen im Sinne einer Klarstellung bedürfen.

### **3. Weitere Anmerkungen**

Was die „technisch-inhaltliche“ Ausgestaltung betrifft, verweist der RH darauf, dass der Entwurf und die Erläuterungen bei zahlreichen Neuregelungen die dafür maßgeblichen Gründe nicht ausreichend darstellen oder für die Umsetzung erforderliche Ausführungen fehlen. Beispielhaft werden Folgende angeführt:

- Nicht erläutert wird etwa, warum die Anrechenbarkeit von Tätigkeiten in Lehrpraxen im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung von derzeit maximal

zwölf auf insgesamt maximal 18 Monate erhöht werden soll (§ 7 Abs. 4 des Entwurfes).

- Zu der in § 8 Abs. 1 des Entwurfes enthaltenen Ausnahmeregelung, wonach für bestimmte, in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 des Entwurfes festzulegende Sonderfächer eine Basisausbildung nicht notwendig sein soll, fehlt ebenso eine Begründung oder die Nennung von Beispielen. Dies gilt auch für § 8 Abs. 3 des Entwurfes, wonach der zuständige Bundesminister in manchen Sonderfächern eine Pflichtrotation vorsehen kann.
- Gemäß § 8 Abs. 4 des Entwurfes können in der Ausbildung zum Facharzt nur dann wenn es mit der Erreichung des Ausbildungszieles vereinbar ist, maximal zwölf Monate in anerkannten Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien absolviert werden. Der Entwurf lässt allerdings offen, wer über die Vereinbarkeit der Ausbildung in einer Lehrpraxis mit der Erreichung des Ausbildungszieles entscheidet.
- Das Vorliegen einer krankenanstaltenrechtlichen Genehmigung der Abteilung oder Organisationseinheit wird im Entwurf nicht mehr ausdrücklich als Anerkennungs voraussetzung verlangt; dies findet in den erläuternden Bemerkungen keine Erwähnung.
- Auch gehen die erläuternden Bemerkungen nicht darauf ein, für welche Sonderfächer die Möglichkeit der Leitung der Ausbildungsstätte durch einen Absolventen einer entsprechenden naturwissenschaftlichen Studienrichtung bestehen soll (§ 10 Abs. 3 Z 1 des Entwurfes).
- Die derzeit geltenden §§ 12 Abs. 2 und 12a Abs. 2 ÄrzteG 1998 sehen eine zumindest dreijährige Berufserfahrung des Lehrpraxisinhabers bzw. zumindest eines Gesellschafters der Lehrgruppenpraxis im niedergelassenen Bereich vor. Nunmehr soll dieses Erfordernis nur mehr für den Lehrpraxisinhaber gelten, aber für die Lehrgruppenpraxis entfallen; begründet wird dies in den Erläuterungen nicht.
- Die Erläuterungen zu § 12 Abs. 5 und § 12a Abs. 4 des Entwurfes enthalten keine Ausführungen darüber, aus welchen Gründen die Ausbildung in Lehr(gruppen)praxen im Vergleich zu Ausbildungsstätten in Krankenanstalten nur 30 anstelle von 35 Wochenstunden umfassen muss.

#### 4. Zu den finanziellen Auswirkungen

Im Entwurf findet sich keine Darstellung der finanziellen Auswirkungen. Im Vorblatt werden solche überhaupt verneint. Dies ist aus Sicht des RH nicht nachvollziehbar, weil mehrere Regelungen des Entwurfes bei ihrer Umsetzung finanzielle Auswirkungen erwarten lassen, bspw.:

- Lehrpraxis:

Der Entwurf enthält keine Angaben über die mit der in Zukunft verpflichtend im niedergelassenen Bereich zu absolvierenden Lehrpraxis verbundenen Kosten und deren Finanzierung.

Wie ein Pilotprojekt in Vorarlberg, auf das die erläuternden Bemerkungen auch in anderem Zusammenhang verweisen, gezeigt hat, sind finanzielle Auswirkungen zu erwarten. Allein in Vorarlberg betragen – laut Medienberichten – die kalkulierten Kosten für die Lehrpraxis rd. 270.000 EUR. Sie wurden zwischen Land (rd. 37 %, 100.000 EUR), Bund (rd. 30 %, 80.000 EUR) und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (rd. 16,5 %, 45.000 EUR) sowie allen Lehrpraxisinhabern zusammen (rd. 16,5 %, 45.000 EUR) aufgeteilt.

Wie die bundesweite Finanzierung der Lehrpraxen aussehen und ob dieses Modell nunmehr österreichweit angewendet werden soll, ist dem vorliegenden Entwurf nicht zu entnehmen.

- Anerkennungsverfahren:

Die novellierten Regelungen über die Ausbildungsstätten machen Anerkennungsverfahren nunmehr für alle Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten erforderlich, an denen Ärzte ausgebildet werden. Da auch die Regeln für die Anerkennung als Lehr(gruppen)praxis geändert werden sollen, werden auch hier neue Anerkennungsverfahren notwendig sein.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass laut den erläuternden Bemerkungen die Verfahren im Zeitraum von 1. Jänner bis 1. Juli 2015 abgeschlossen sein sollen (ein Übergangsrecht soll erst in der Verordnung des BMG geregelt werden), ist aus Sicht des RH – wie bereits angesprochen – ein nennenswerter Verfahrensaufwand bei der dafür zuständigen Ärztekammer zu erwarten; dafür fehlt jedoch eine Folgekostenabschätzung in den Erläuterungen.

GZ 300.479/010-2B1/14

Seite 12 / 12

- Elektronisches Meldesystem:

Der RH weist darauf hin, dass die Einführung eines bundesweit zugänglichen elektronischen Meldesystems durch die Ärztekammer jedenfalls mit finanziellen Auswirkungen verbunden sein wird, ohne dass diese in den Erläuterungen näher dargestellt werden.

Aus den angeführten Gründen entsprechen die Erläuterungen zu den finanziellen Auswirkungen nicht den Anforderungen des § 17 BHG 2013 und der hierzu ergangenen WFA-Finanzielle-Auswirkungen-Verordnung, BGBl. II Nr. 490/2012.

Von dieser Stellungnahme wird je eine Ausfertigung dem Präsidium des Nationalrates und dem Bundesministerium für Finanzen übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen

Der Präsident:  
Dr. Josef Moser

F.d.R.d.A.:







Bundesministerium für Gesundheit  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien

Disziplinstraße 7  
A-1031 Wien  
Postfach 260

Telefon +43 (0)1 711 31 10  
Fax +43 (0)1 711 31 25  
office@rechnungshof.gv.at

Wien, 21. April 2015  
GZ 300.951/008-2B1/15

ÄAO-2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rechnungshof (RH) dankt für den mit Schreiben  
GZ: BMG-92107/0004-II/A/3/2015 übermittelten Entwurf einer Verordnung über die  
Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur  
Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015)  
und nimmt hiezu im Rahmen des Begutachtungsverfahrens aus der Sicht der  
Rechnungs- und Gebarungskontrolle wie folgt Stellung:

## 1. Inhaltliche Bemerkungen

### 1.1 Allgemeines zum vorliegenden Entwurf

Mit dem in Rede stehenden Entwurf soll das Ziel verfolgt werden, die Ärztinnen-/  
Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO) an den aktuellen Stand der Wissenschaft  
anzupassen und im Sinne einer qualitätsgesicherten Ausbildung zu reformieren.

Die gesetzliche Grundlage der ÄAO, das Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), sollte 2014  
im Rahmen einer umfassenden Novelle (BGBl. I Nr. 82/2014) ebenfalls im Sinne einer  
modernen und qualitätsgesicherten Ausbildung auf dem letzten Stand der medizini-  
schen Wissenschaft reformiert werden. Zu dieser Novelle hat der RH mit (beiliegendem)  
Schreiben vom 25. August 2014, GZ 300.479/010-2B1/14, ausführlich Stellung  
genommen.

Darin hat der RH zwar die Ziele der neuen Ärzteausbildung grundsätzlich begrüßt,  
jedoch unter anderem auf die fehlenden Angaben bzw. Erläuterungen von konkreten  
(Entscheidungs-)Grundlagen für die umfassende Neugestaltung der Ärzteausbildung

GZ 300.951/008-2B1/15

Seite 2 / 7

auch vor dem Hintergrund der Etablierung eines Primary Health Care Modells hingewiesen.

Weiters hat der RH angemerkt, dass die zahlreichen mit dieser Neugestaltung verbundenen Herausforderungen (etwa die Vielzahl an erforderlichen Anerkennungsverfahren durch die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) innerhalb sehr kurzer Zeit, der hohe Zeitdruck für die Ausbildungsstätten, möglicherweise entstehende Engpässe an Ausbildungsplätzen etc.) nicht bzw. nicht ausreichend thematisiert werden.

Die Anregungen des RH wurden in der letztlich beschlossenen ÄrzteG 1998-Novelle bzw. im vorliegenden Entwurf nur teilweise berücksichtigt (dazu unten Punkte 1.2 ff.). Der RH hält daher grundsätzlich fest, dass die nicht berücksichtigten Anregungen des RH weiterhin aufrecht bleiben.

Der RH weist weiters darauf hin, dass sich die mit BGBl. I Nr. 82/2014 kundgemachte Novelle des ÄrzteG 1998 von dem Entwurf, den der RH begutachtete, teilweise unterscheidet.

Beispielsweise war im Entwurf zur ÄrzteG 1998-Novelle die Möglichkeit abgeschafft worden, einen Teil der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin an Ausbildungsstätten durch die Begleitung von Konsiliarärzten zu absolvieren. Diese Möglichkeit wurde letztlich doch beibehalten, allerdings unter Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und beschränkt auf einzelne Fachbereiche. Letztere legt, den Vorgaben im ÄrzteG 1998 entsprechend, der nun vorliegende Entwurf für eine ÄAO fest.

## 1.2 Zur Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

Anlage 1 der ÄAO 2015 legt die einzelnen Fachgebiete, in denen die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen wird, fest. Diese Konkretisierung wurde vom RH in seiner Stellungnahme zur ÄrzteG 1998-Novelle angeregt und wird daher begrüßt.

Der RH bemerkt hinsichtlich des nun vorliegenden Entwurfs weiters positiv, dass die Notwendigkeit einer Verlängerung der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin von mindestens 36 auf langfristig mindestens 48 Monate aufgrund der Ausbildungsinhalte (insbesondere zusätzlicher Fachbereiche) nachvollziehbarer geworden ist. Abzuwarten bleiben jedoch die Ergebnisse der – im Vorblatt zum vorliegenden Entwurf – für 2020 angekündigten Evaluierung. Als Evaluierungsmethode ist unter anderem vorgesehen, die Auswirkungen der neuen Ausbildung an der Veränderung der Anzahl der in allgemeinärztlicher Ausbildung befindlichen Ärzte zu messen.

GZ 300.951/008-2B1/15

Seite 3 / 7

In diesem Zusammenhang weist der RH darauf hin, dass er bereits in seiner Stellungnahme zur ÄrzteG 1998-Novelle – vor dem Hintergrund der umfassenden Neugestaltung der Ärzteausbildung – die darin vorgesehenen Evaluierungen (neben dem oben erwähnten Indikator etwaige Änderungen in der Anzahl der Ausbildungseinrichtungen bzw. konkreten Ausbildungsstellen sowie Evaluierung der Lehrpraxis) als nicht ausreichend erachtet hat, um die Erreichung der gesetzten Ziele feststellen zu können. Da eine umfassende Evaluierung auch im vorliegenden Entwurf nicht vorgesehen ist, hält der RH seine in der Stellungnahme zur ÄrzteG 1998-Novelle geäußerten Bedenken aufrecht.

### 1.3 Zum Ausbildungsplan (§ 21 des Entwurfs)

Der RH hatte in seiner Stellungnahme zur Novelle des ÄrzteG 1998 darauf hingewiesen, dass die im Rahmen der reformierten Ausbildung wesentlichen Instrumente Ausbildungskonzept, Ausbildungsplan und Ausbildungsbücher nicht genauer definiert bzw. voneinander abgegrenzt wurden.

Weiters hat es der RH in seiner Stellungnahme zur ÄrzteG 1998-Novelle für zweckmäßig erachtet, die Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung sowie jene des Ausbildungsverantwortlichen klar festzulegen bzw. näher zu definieren.

Der RH merkt kritisch an, dass sich entsprechende Definitionen weder in der beschlossenen ÄrzteG 1998-Novelle noch im vorliegenden Verordnungsentwurf finden.

Allerdings enthält der vorliegende Entwurf eine Klarstellung bezüglich des Ausbildungsplans und der Frage, ob ein solcher von Ausbildungsstätten, die nur eine Teilerkennung besitzen, die gesamte Ausbildungszeit umfassen muss. § 21 ÄAO stellt nunmehr klar, dass auch die Kooperationen auszuweisen sind, die jene Rotationen an andere Ausbildungsstätten oder Lehrpraxen ermöglichen, die für eine Absolvierung der gesamten Ausbildung notwendig sind. Diese Klarstellung bewertet der RH positiv.

Offen bleibt jedoch weiterhin die Frage nach der Einbeziehung der Lehrpraxis im Rahmen der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in den Ausbildungsplan; diese Lehrpraxis ist nunmehr verpflichtend und daher auch zwingend Teil der Ausbildungszeit. Der RH regt daher auch die Klarstellung der Frage nach der Einbeziehung der Lehrpraxis im Rahmen der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in den Ausbildungsplan an.

Der RH hält kritisch fest, dass weiterhin wesentliche Definitionen bzw. Festlegungen fehlen und solche im Sinne einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung zweckmäßig wären.

#### 1.4 Zur Basisausbildung (§ 6 des Entwurfs)

Zur Ausgestaltung der neunmonatigen Basisausbildung finden sich im vorliegenden Verordnungsentwurf nur die wichtigsten Eckpunkte (§ 6 ÄAO 2015).

Der RH hat es in seiner Stellungnahme zur ÄrzteG 1998-Novelle für jedenfalls erforderlich erachtet, auch hinsichtlich der Basisausbildung hinreichende Vorgaben zur Sicherstellung der zu erreichenden Ausbildungsqualität vorzusehen. Er weist darauf hin, dass sich entsprechende Vorgaben weder in der beschlossenen ÄrzteG 1998-Novelle noch im vorliegenden Verordnungsentwurf finden, weshalb er seine bereits in seiner Stellungnahme zur ÄrzteG 1998-Novelle geäußerte Kritik weiterhin aufrecht hält.

#### 1.5 Zu den Bewilligungskriterien für Lehrambulatorien (§ 12 des Entwurfs)

Der RH hatte in seiner Stellungnahme zur Novelle des ÄrzteG 1998 kritisiert, dass von Lehrambulatorien im Rahmen der Anerkennung kein schriftliches Ausbildungskonzept verlangt wurde.

Der RH hält positiv fest, dass der vorliegende Verordnungsentwurf diese Lücke schließt und das Vorliegen eines schriftlichen Ausbildungskonzepts bei den Bewilligungskriterien für Lehrambulatorien inkludiert.

#### 1.6 Zum Ausmaß der wöchentlichen Ausbildungszeit

Der RH hatte in seiner Stellungnahme zur Novelle des ÄrzteG 1998 darauf hingewiesen, dass die Erläuterungen keine Erklärung enthielten, aus welchen Gründen die Ausbildung in den Lehrpraxen bzw. Lehrgruppenpraxen 30 Wochenstunden, in Ausbildungsstätten (Krankenanstalten) bzw. Lehrambulatorien aber 35 Wochenstunden umfassen soll.

Der RH merkt vor diesem Hintergrund kritisch an, dass auch die Erläuterungen zum vorliegenden Entwurf diese Differenzierung beibehalten (siehe die Erläuterungen zu § 7 des Entwurfs), aber erneut keine Begründung für diese Differenzierung anführen, weshalb die Gründe für die unterschiedlichen Regelungen nicht nachvollzogen werden können.

GZ 300.951/008-2B1/15

Seite 5 / 7

### 1.7 Zu den Regelungen des Erfolgsnachweises über die praktische Ausbildung (§§ 19 ff. des Entwurfs)

Im 5. Abschnitt der ÄAO 2015 (§§ 19 ff. ÄAO 2015), der die Regelungen betreffend den Erfolgsnachweis über die praktische Ausbildung enthält, finden die in § 26 Abs. 3 ÄrzteG 1998 genannten Ausbildungsbücher keine Erwähnung.

Ausbildungsbücher sollen gemäß § 26 Abs. 3 ÄrzteG 1998 integrative Bestandteile der von der ÖÄK per Verordnung zu erlassenden Rasterzeugnisse sein. Dementsprechend sollte die verpflichtende Führung von Ausbildungsbüchern in der ÄAO 2015 ausdrücklich festgelegt werden.

Im Zusammenhang mit der geplanten Regelung des § 22 ÄAO 2015 zum Evaluierungsgespräch merkt der RH kritisch an, dass sowohl im Text der Bestimmung als auch in den Erläuterungen keine klare Definition des Ziels eines solchen Gesprächs enthalten ist, um dieses bspw. von einem regulären Mitarbeitergespräch abzugrenzen.

Es wäre daher das Ziel des Evaluierungsgesprächs zu definieren.

## 2. Zur Darstellung der finanziellen Auswirkungen

Gemäß § 17 Abs. 2 BHG 2013 ist jedem Entwurf für ein Regelungsvorhaben und jedem sonstigen Vorhaben, von dem Mitglied der Bundesregierung oder dem haushaltsleitenden Organ, in dessen Wirkungsbereich der Entwurf ausgearbeitet oder das Vorhaben geplant wurde, eine der WFA-Finanzielle-Auswirkungen-Verordnung (WFA-FinAV, BGBl. II Nr. 490/2012 i.d.g.F.) entsprechende Darstellung der finanziellen Auswirkungen im Rahmen der wirkungsorientierten Folgenabschätzung anzuschließen. Da finanzielle Auswirkungen jedenfalls wesentlich i.S.d. § 17 Abs. 2 BHG 2013 sind, hat aus dieser insbesondere hervorzugehen, wie hoch die finanziellen Auswirkungen auf den Vermögens-, Finanzierungs- und Ergebnishaushalt im laufenden Finanzjahr und mindestens in den nächsten vier Finanzjahren zu beziffern sein werden und wie diese finanziellen Auswirkungen zu bedecken sind.

Gemäß § 3 Abs. 2 der WFA-FinAV sind bei den Angaben zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen die Grundsätze der Relevanz, der inhaltlichen Konsistenz, der Verständlichkeit, der Nachvollziehbarkeit, der Vergleichbarkeit und der Überprüfbarkeit zu beachten.

Ergeben sich in einem Entwurf für eine Rechtsvorschrift finanzielle Auswirkungen für eine am Finanzausgleich beteiligte andere Gebietskörperschaft oder die Sozialversicherungsträger, so sind diese darzustellen.

Zufolge der dem Entwurf zugrunde liegenden Erläuterungen sind die Krankenanstaltenträger durch die Änderung der fachärztlichen Ausbildung *„in keiner Form belastet, da die Ausbildungsdauer sich jedenfalls verkürzt und damit kostensparend auswirkt. Eine konkrete Quantifizierbarkeit ist auf Grund der unterschiedlichsten Gegebenheiten in den Krankenanstalten nicht möglich.“*

Wie die Erläuterungen selbst ausführen, waren die Krankenanstalten- und Ausbildungsträger seit 2011 in den Reformprozess der Ärzteausbildung eingebunden.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum einerseits *„(e)ine konkrete Quantifizierbarkeit (...) auf Grund der unterschiedlichsten Gegebenheiten in den Krankenanstalten nicht möglich“* sein soll, andererseits aber davon ausgegangen wird, dass *„(d)ie Krankenanstaltenträger durch die Änderung der Ausbildung (...) in keiner Form belastet“* (sind).

Die Begründung für letztere Aussage, dass sich die Verkürzung der Ausbildungsdauer kostensparend auswirke, ist für den RH nur bedingt nachvollziehbar. Inwiefern in Bezug auf die konkreten finanziellen Auswirkungen für die Länder und andere Krankenanstaltenträger eine kürzere Ausbildung zum Facharzt Kosten einspart, bleibt fraglich. Denn Ärzte könnten dann mitunter früher in ein höheres Gehaltsschema aufsteigen, was für den Träger anstelle einer Kostenersparnis sogar einen Mehraufwand bedeuten würde.

Insgesamt betrachtet sind die genannten Ausführungen sehr vage und enthalten auch keine konkreteren Angaben (zumindest Schätzwerte).

Hinsichtlich der Ausbildung in Lehrpraxen gehen die Erläuterungen von finanziellen Auswirkungen erst ab 2018 aus. Der Ausbildungsteil in Lehrpraxen werde im Rahmen der Ausbildung neu von den ersten Ärzten erst ab Juli 2018 absolviert werden. Ab dem zweiten Halbjahr 2018 werde mit einem Mehraufwand für die Sozialversicherung gerechnet. Abschätzungen über diesen Mehraufwand könnten nicht getroffen werden.

Der RH weist kritisch darauf hin, dass trotz der seit mehreren Jahren laufenden Arbeiten zur neuen Ärzteausbildung die Finanzierung der in Zukunft auch verpflichtend in Lehrpraxen zu absolvierenden allgemeinärztlichen Ausbildung nach wie vor nicht geregelt ist.

Zwar weisen die Erläuterungen darauf hin, dass die ersten Ärzte diesen Ausbildungsteil im Rahmen der neuen Ausbildung erst ab Juli 2018 absolvieren werden. Es fehlen jedoch konkrete Angaben, wie bis dahin eine Finanzierung sichergestellt werden soll.

GZ 300.951/008-2B1/15

Seite 7 / 7

Letztlich wäre auch eine Schätzung der Höhe des von den Trägern der Sozialversicherung aufzubringenden Mehraufwands gem. § 2 Z 3 WFA-FinAV erforderlich.

Aus den angeführten Gründen entsprechen die Erläuterungen zu den finanziellen Auswirkungen nicht den Anforderungen des § 17 BHG 2013 und der hiezu ergangenen WFA-FinAV.

Eine Ausfertigung der vorliegenden Stellungnahme wird auch der Österreichischen Ärztekammer übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Präsidenten:  
i.A. Sektionschefin Mag. Helga Berger  
Leiterin der Sektion 1

F.d.R.d.A.:



*1 Beilage*