



Österreichischer Gewerkschaftsbund

Bundesministerium für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit und Konsumentenschutz  
Stubenring 1  
1010 Wien

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom  
BMASGK-92101/0020-IX/A/3/2018

Unser Zeichen, BearbeiterIn  
Mag. RH/MW

Klappe (DW) Fax (DW)  
39172

Datum  
08.11.2018

## **Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Ärztegesetz 1998 sowie das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz geändert werden**

### **Z. 1: § 2 Abs. 2 ÄrzteG**

Durch diese Bestimmung soll der Umfang der ärztlichen Vorbehaltstätigkeit auf „komplementär- und alternativmedizinische Heilverfahren“ ausgedehnt werden.

In den Erläuterungen wird auf die Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes hingewiesen: „Die Abgrenzung des ärztlichen Vorbehaltsbereichs ist grundsätzlich nur nach objektiven Kriterien vorzunehmen. Maßgebend für die Zugehörigkeit einer Tätigkeit zum ärztlichen Vorbehaltsbereich ist demnach, ob die angewendete Methode ein gewisses Mindestmaß an Rationalität aufweist und für die Durchführung das typischerweise durch ein Medizinstudium vermittelte umfassende Wissen erforderlich ist.“

Daher stellt sich die Frage, welche dieser komplementär- und alternativen Methoden nun darunterfallen, welche auch auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründet sind und welche Methoden als „heilkundliche Angebote, die regelmäßig auch gesundheitsgefährdend sein können“ (Erläuterungen S. 2) einzustufen sind.

Der grundsätzliche Gedanke, teilweise gefährliche „Behandlungen“ unter ärztliche Aufsicht zu stellen, ist zu begrüßen. Ob mit einer Unterordnung unter die ärztlichen Vorbehaltstätigkeiten damit der beste Weg gewählt wurde, bleibt zweifelhaft.

Denn auch für alternative Methoden sind in den meisten Fällen Ausbildungen nötig, die die richtige Anwendung sicherstellen sollen. Wie das BMASGK bzw. die Ärztekammer in Zukunft die Qualität bei der Anwendung solcher Methoden sicherstellen wird, bleibt abzuwarten.

Johann-Böhm-Platz 1  
A-1020 Wien  
U2 Station Donaumarina  
Telefon +43 1 534 44 DW  
Telefax +43 1 534 44 DW

[www.oegb.at](http://www.oegb.at)  
[www.mitgliederservice.at](http://www.mitgliederservice.at)  
[www.betriebsraete.at](http://www.betriebsraete.at)  
E-Mail: [oegb@oegb.at](mailto:oegb@oegb.at)

ZVR Nr. 576439352  
DVR Nr. 0046655  
ATU 16273100

IBAN: AT21 1400 0010 1022 5007  
BIC: BAWAATWW

Außerdem wurden viele dieser Methoden auch von anderen Gesundheitsberufen verwendet. Wenn alle diese Methoden nun unter den Vorbehaltsbereich der ÄrztInnen fallen, kommt es für diese Berufsgruppen zu teilweise doch gravierenden Einschränkungen.

Wir regen daher an, dass diese Bestimmung noch einmal überarbeitet wird.

### **Z. 9: § 40a Abs. 3 ÄrzteG**

Hier würde sich empfehlen, die Wörter „im Einsatz“ aufzunehmen, da sonst nach dem Wortlaut die entsprechende Kleidung dauernd getragen werden müsste, wenn die Funktion ausgeübt wird.

### **Z. 10: § 47 Abs. 7 ÄrzteG**

Diese Bestimmung ist sehr ungenau. Es ist nur die Beendigung der primärärztlichen Tätigkeit angeführt. Wenn der Titel allerdings „Primarärztin/Primararzt im Ruhestand“ lautet, sollte auch nur dieser Endigungsgrund (Pension, Ruhestand) in Frage kommen.

Grundsätzlich erscheint ein solcher Titel aber generell verzichtbar.

### **Z. 11: § 47a ÄrzteG (Anstellung und Vertretung)**

#### Anstellung von ÄrztInnen:

Der vorliegende Entwurf sieht die Möglichkeit der Anstellung von ÄrztInnen in Ordinationsstätten und Gruppenpraxen vor (§ 47a Abs. 1). Eine solche Möglichkeit wird von uns unter Einhaltung gewisser Rahmenbedingungen begrüßt, doch sind diese Rahmenbedingungen (noch) nicht gegeben.

Diese Maßnahme soll eine „Attraktivierung der ärztlichen Berufsausübung“ bewirken. Zur Vermeidung und/oder Schließung von Versorgungslücken ist daher ein solcher Plan durchaus zu unterstützen.

Allerdings ist dafür eine Reihe von flankierenden Maßnahmen nötig.

Das Gesetz sieht eine Höchstgrenze für eine solche Anstellung vor, im Umfang von einem Vollzeitäquivalent in Ordinationsstätten und zwei Vollzeitäquivalenten in Gruppenpraxen. Ein Vollzeitäquivalent soll 40 Wochenstunden entsprechen.

Diese Rechnung in Vollzeitäquivalenten ist eher ungeeignet. Eine Aufteilung auf mehrere Personen würde zwar die erlaubte Grenze nicht überschreiten, aber gleichzeitig eine deutliche Ausweitung der personellen Kapazitäten bedeuten.

Im Falle einer solchen „großen“ Praxis bzw. Gruppenpraxis würden die Unterschiede zwischen Ambulatorium und Gruppenpraxis aber dementsprechend schwierig bis unmöglich, was auch verfassungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen würde, da die beiden Regelungsmaterien auf unterschiedlichen Kompetenz-Tatbeständen aufbauen (Art. 10 und Art. 12 B-VG).

Ein weiteres Problem ergibt sich im Zusammenhang mit dem im ASVG vorgesehenen Stellenplan, der im Gesamtvertrag verankert ist, sowie mit den jeweiligen regionalen Strukturplänen. Eine flexible Anstellungsmöglichkeit würde eine Steuerung der Versorgungsplanung durch den Stellenplan bzw. RSG erschweren, was im Endeffekt auch ökonomische Auswirkungen hätte.

Um solche Probleme zu verhindern, schlagen wir daher eine nach Köpfen definierte Höchstgrenze sowie eine Anrechnung auf den Stellenplan vor. Weiters sollte ein Zustimmungsrecht der Kassen im Vertragspartnerbereich verankert werden, was ja in den Erläuterungen auch schon angedacht wurde.

#### Vertretung von ÄrztInnen:

Mit der vorliegenden Novelle soll auch die Vertretung von ÄrztInnen durch andere ÄrztInnen geregelt werden.

Nach dem Gesetzestext liegt eine Vertretung vor, „wenn die vertretende Ärztin/der vertretende Arzt und die vertretene Ärztin/dervertretene Arzt nicht überwiegend gleichzeitig in der Ordinationsstätte oder Gruppenpraxis ärztlich tätig sind“.

Diese Regelung würde eine gleichzeitige Tätigkeit von Vertretung und der vertretenen Ärztin/dem vertretenen Arzt zulassen, denn die Definition von „überwiegend“ fehlt.

Unserer Meinung nach ergibt sich schon aus der Begrifflichkeit des Wortes Vertretung, dass eine solche nur vorliegen kann, wenn die Person, die vertreten werden soll, nicht anwesend ist. In diese Richtung deuten auch die Erläuterungen zu § 47a Abs. 3 (Seite 8 der Erläuterungen). Dort ist zu lesen:

„Unter Vertretung versteht man die ordnungsgemäße Fortführung einer Ordination durch eine andere Ärztin/einen anderen Arzt, **im Falle einer persönlichen Verhinderung** der Ordinationsstätteninhaberin/des Ordinationsstätteninhabers oder der Gesellschafterinnen/Gesellschafter der Gruppenpraxis. **In der Abwesenheit** der Ordinationsinhaberin/des Ordinationsinhabers oder der Gesellschafterinnen/Gesellschafter der Gruppenpraxis ist die bestellte Vertreterin/der bestellte Vertreter Behandlerin/Behandler der Patientin/des Patienten.“

Wir regen daher an, das Wort „überwiegend“ aus dem Entwurf zu streichen.

#### **Artikel 2 und 3: §§ 5 ASVG und 2 F-SVG**

Die explizite Ausnahme der VertretungsärztInnen und der NotärztInnen aus der Vollversicherung wird abgelehnt. Die Regelungen zielen darauf ab, abseits der festgelegten sozialversicherungsrechtlichen Regeln für das Vorliegen eines Dienstverhältnisses für bestimmte Personengruppen Sonderregelungen zu schaffen. Dies unabhängig von der tatsächlichen Sachlage, die eigentlich Grundlage für eine Einordnung der Tätigkeit sein sollte.

Eine Durchbrechung der arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Normen zugunsten einer Berufsgruppe oder einer bestimmten Berufstätigkeit (hier Vertretung einer Ärztin/eines Arztes und Notarzt-Tätigkeit) höhlt das solidarische Sozialsystem aus.

Wir lehnen eine solche Ausnahmebestimmung aus der Pflichtversicherung und eine ex-lege Bestimmung als selbstständige Tätigkeit daher ab.

Wir ersuchen um Berücksichtigung unserer Stellungnahme.



Wolfgang Katzian  
Präsident



Mag. Bernhard Achitz  
Leitender Sekretär