



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

BUNDESARBEITSKAMMER
PRINZ EUGEN STRASSE 20-22
1040 WIEN
wien.arbeiterkammer.at
DVR 0063673
ERREICHBAR MIT DER LINIE D

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel 501 65	Fax 501 65	Datum
BMASGK-	SV-GSt	Helmut Ivansits	DW 12408	DW 12695	05.11.2018
92101/0020-					
IX/A/3/2018					

Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 sowie das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz geändert werden

Die Bundesarbeitskammer (BAK) bedankt sich für die Übermittlung des Entwurfs zum Ärztegesetz und nimmt dazu wie folgt Stellung:

1. Allgemeiner Teil

Im vorliegenden Entwurf sind im Bereich des Ärztegesetzes folgende Maßnahmen geplant:

- Anstellung von Ärzten bei Ärzten und die Abgrenzung von Anstellung zur Vertretung
- Neuregelung des Vertretungsärztesystems
- Ärztlicher Beistand für Sterbende
- Verbesserung der notärztlichen Qualifikation und Einsatz von Turnusärzten für die notärztliche Versorgung
- Ausdehnung des Ärztevorbehalts auf die Komplementär- und Alternativmedizin und
- Neuregelung der Titelführung Primaria/Primarius auch im Ruhestand

Im Sozialversicherungsrecht werden Ausnahmen von bestimmten Ärztegruppen von der Vollversicherung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) bei gleichzeitiger Einbeziehung in die Unfall- bzw Pensionsversicherung nach dem Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz (FSVG) vorgenommen.

Die Anstellung von Ärzten bei Ärzten in Ordinationen (Einzelpraxen) und Gruppenpraxen soll den Arztberuf durch den Arbeitsrechtsschutz attraktiver machen und insgesamt zu einer besseren Versorgung mit ärztlicher Hilfe vor allem in unterversorgten ländlichen Regionen führen.

Vor allem im Hinblick auf die Altersstruktur von Ärzten (rund 60 % der Vertragsärzte werden 2025 das 65. Lebensjahr erreichen) sind Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage notwendig. Die Anstellung eignet sich insbesondere als Einstieg für jüngere Ärzte und für Ärzte, die auf eine günstige Work-Life-Balance Wert legen und deshalb eine unselbständige Beschäftigung einer freiberuflichen vorziehen.

Eine unbegrenzte Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten der Krankenkassen würde jedoch zu Mehrausgaben und letztlich zu Finanzierungsproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) führen. So ist evident, dass die unbegrenzte Zulassung von Anstellungen zu Mehrausgaben der Krankenkassen (KK) führen wird, weil personelle Aufstockungen bei Vertragsärzten zwangsläufig in Leistungsausweitungen (längere Öffnungszeiten, stärkere Nachfrage) münden würden. Dazu kommt, dass das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen KV durch zusätzliche wahlärztliche Angebote unter Druck gerät. Die BAK unterstützt daher Anstellungsmöglichkeiten nur unter den Voraussetzungen, dass sie zwischen den Gesamtvertragsparteien vereinbart wurden, zur Deckung eines in Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) und Stellenplan festgestellten Versorgungsbedarfs (zB bei Nichtbesetzung von im Stellenplan vorgesehenen Arztstellen) dienen und eine entsprechende einzelvertragliche Rechtsgrundlage zur Anstellung gegeben ist.

Der Entwurf grenzt die Anstellung von der Vertretung (vorübergehende Fortführung der Ordination) ab. Vertretung bedeutet die regelmäßige oder auch nur fallweise Fortführung der Ordination im Fall einer persönlichen Verhinderung, sofern der Arzt nicht in der gleichen Ordination tätig ist und die „Tätigkeit im Verhältnis zu Vertretungstätigkeit zeitlich überwiegt“. Nach Ansicht der BAK liegt eine Vertretung nur dann vor, wenn der vertretene Arzt aus persönlichen Gründen nicht in der Ordination anwesend sein kann. Daher sollte das Wort „überwiegend“ gestrichen werden.

Durch den Wandel in der Altersstruktur der Bevölkerung wird die Zahl älterer und hochbetagter Menschen, die eine palliativmedizinische Versorgung benötigen, ansteigen. Der Entwurf sieht eine Beistandspflicht von Ärzten für sterbende Menschen (ärztliche Sterbebegleitung) vor, die Ärzte ermächtigt, im Sterbeprozess die Linderung von schwersten Schmerzen und Qualen gegenüber einer Beschleunigung des Verlustes vitaler Funktionen zu priorisieren. Die BAK unterstützt die mit der Maßnahme verbundene Intention, übt jedoch Kritik an deren sprachlichen Umsetzung.

Der Entwurf verbessert die Qualifikation von Notärzten (bessere Ausbildung mit Abschlussprüfung) und lässt Turnusärzte, deren Ausbildung weitgehend abgeschlossen ist, unter bestimmten Voraussetzungen (unter Anbindung an die Krankenanstalt) zur eigenverantwortlichen Notfallversorgung zu. Abgelehnt wird die unsystematische Einbeziehung von Notärzten und Vertretungsärzten in das FSVG.

Durch die Neuregelung des Ärztevorbehalts werden auch komplementär- und alternativmedizinische Behandlungsmethoden vom Ärztevorbehalt erfasst. In Zukunft können demnach Ärzte auch nicht auf medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnissen beruhende Tätigkeiten aus-

üben. Für Nichtmediziner wird die unmittelbare Berufsausübung untersagt. Die BAK unterstützt diese Maßnahme aus Qualitätsgründen, regt jedoch im Besonderen Teil der Stellungnahme ergänzende Maßnahmen an.

2. Besonderer Teil

Zu den einzelnen Änderungsvorschlägen nimmt die BAK wie folgt Stellung:

2.1. Anstellungsmöglichkeit von Ärzten in Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (§§ 47a und 52 Abs 3 Z 7 lit a ÄrzteG)

Wie einleitend erwähnt, soll die „Anstellung von Ärzten bei Ärzten“ insofern eine Attraktivierung des Arztberufes bewirken, als viele Ärzte die allzeitige Verfügbarkeit in einer Ordination nicht mehr anstreben, sondern an einer arbeitsrechtlich geschützten (Teil)Anstellung interessiert sind. Ärzte erhalten dadurch die Option, wie niedergelassene Ärzte arbeiten zu können, ohne sich dem Risiko der Selbstständigkeit auszusetzen.

Auf der anderen Seite könnte die Schaffung der Anstellungsmöglichkeit auch zur Verschärfung des Ärztemangels am Land führen, weil für junge Ärzte eine Anstellungsmöglichkeit in Ballungsräumen durchaus attraktiver wäre, als die Selbstständigkeit in peripheren Gebieten. Mit Sicherheit wird die durch Anstellungsmöglichkeiten bewirkte Vermehrung der Ärzte in Verbindung mit angebotsinduzierter Nachfrage, insbesondere im vertragsärztlichen Bereich, einen massiven Anstieg des Honorarvolumens zur Folge haben. Da kein Übergangszeitraum vorgesehen ist, ist damit schon im Jahr 2019 zu rechnen.

Bedenkt man, dass im Rahmen der Reform der SV-Organisation bundesweite Gesamtverträge intendiert sind, von denen sich die Ärzteschaft höhere Honorartarife erwartet und geht man davon aus, dass auch der Aufbau der Primärversorgung auf Grund von langfristig wirksamen parallelen Versorgungsstrukturen Mehrausgaben verursachen wird, ist die Sorge um die Finanzierbarkeit mehr als berechtigt. Wie schon im Bereich der SV-Organisation hat die Bundesregierung in der Frage der wirkungsorientierten Folgenabschätzung keine Angaben über die zukünftige Ausgabenentwicklung gemacht.

Die Anstellung von Ärzten in Lehrpraxen ist gesetzlich geregelt, nicht aber die Anstellung in Ordinationen (Ordinationsstätten). § 52a Abs 3 Z 7 lit a ÄrzteG schließt allerdings eine Anstellung in Gruppenpraxen aus, um dadurch die Abgrenzung zur Krankenanstalt zu erleichtern. Im Umkehrschluss wird daraus gefolgert, dass dieses Anstellungsverbot nicht auch auf niedergelassene Ärzte erstreckt werden kann und eine Anstellung von Ärzten in Einzelpraxen rechtlich zulässig ist. Durch die geplante Neuregelung wird die Anstellung in Ordinationen und Gruppenpraxen möglich, aber wie es scheint nicht in allen Rechtsformen der Primärversorgung, sondern nur in Gruppenpraxen, bei Netzwerken aber nicht bei zB Vereinen. Diese Ausnahme, die sich aus § 2 Abs 5 Z 2 PrimVG ergibt, ist nach Ansicht der BAK sachlich nicht begründet.

Hinsichtlich der Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten ist die Lehre überwiegend der Auffassung, dass aus den erwähnten Gründen zwar keine berufsrechtlichen, sehr wohl aber vertragspartnerrechtliche Bedenken bestehen. Diese Rechtsmeinung wird zum einen aus dem nach § 342 ASVG zwingend im Gesamtvertrag zu regelnden Auswahlverfahren und zum anderen vor allem aus der ebenfalls dort normierten kassenärztlichen Stellenplanung begründet, die für eine flächendeckende Versorgung zu sorgen hat und aus Wirtschaftlichkeitsgründen Leistungsexpansion und Kostensteigerungen verhindern soll. Es liegt auf der Hand, dass eine ausschließlich dem Vertragsarzt (der Vertrags-Gruppenpraxis) überlassene Anstellung von Ärzten Stellenplanung und Ärzteausswahl konterkarieren würde.

Dennoch ist aus Sicht der BAK eine Anstellung zur Schließung regionaler oder lokaler Versorgungslücken sinnvoll, insbesondere dann, wenn Arztstellen trotz Bemühens der zuständigen GKK nicht besetzt werden können. In diesen Fällen sollten mit entsprechender Ermächtigung im Gesamtvertrag die Kassen in Einzelverträgen bei entsprechendem Versorgungsbedarf Anstellungsmöglichkeiten bei Vertragsärzten vereinbaren können. Nur dann, wenn die Gesamtvertragsparteien das im jeweiligen Gesamtvertrag vereinbaren und darin die freie Arztwahl sicherzustellen, soll nach Ansicht der BAK bei Vorliegen von Versorgungslücken eine Anstellung möglich sein. Ob eine solche Lücke besteht, ergibt sich aus dem auf den jeweiligen RSG beruhenden Stellenplan. Können die Planungsziele nicht umgesetzt werden, müssen sich die Vertragspartner mit Anstellungsverhältnisse behelfen können. In diesen Fällen müssen entsprechende Einzelverträge (auch bei bereits bestehenden Verträgen) abgeschlossen werden.

Sollte der Gesetzgeber jedoch diese kassenrechtlichen Schwellen aufheben wollen, ist für die Planbarkeit der Versorgung jedenfalls ein gesetzliches Zustimmungsrecht der KK zu Anstellungen bei Vertragsärzten notwendig. Dieses Instrument ist unerlässlich, um eine effiziente Versorgung sicherzustellen.

Wenn im Entwurf gefordert wird, dass die freie Arztwahl auch im Anstellungsfall zu gewährleisten ist, erhebt sich die Frage nach der Umsetzung dieser Bestimmung, zumal Behandlungsverträge nicht mit dem angestellten Arzt, sondern mit dem Inhaber der Ordination zustande kommen.

2.2. Vertretungsärzte (§ 47a Abs 3 ÄrzteG bzw § 2 Abs 2 FSVG)

Neben der Anstellungsmöglichkeit wird im vorliegenden Entwurf auch die Vertretung in Ordinationen neu geregelt. Voraussetzung für die Vertretung war bisher die Abwesenheit des Arztes aus persönlichen Gründen. In Zukunft soll eine Vertretung vorliegen, wenn Ordinationsinhaber und Vertretungsarzt nicht überwiegend parallel tätig sind, was aber (arg „nicht überwiegend“) immerhin auf einen nicht unerheblichen Teil der Ordinationszeit zutreffen könnte und dazu führen würde, dass der Begriff der Vertretung seinem eigentlichen Sinn entfremdet wird. Die BAK regt daher an, zur Klarstellung das Wort „überwiegend“ aus dem Entwurfstext zu streichen. Das würde im Ergebnis bedeuten, dass eine Vertretung nur dann vorliegt, wenn der vertretene Arzt aus persönlichen Gründen nicht in der Ordination anwesend ist bzw sein kann.

Versicherungsrechtlich gesehen ist nur eine vorübergehende Vertretung als freiberufliche Tätigkeit zu werten, eine vorübergehende Vertretung bei gleichzeitiger Berufsausübung durch den Ordinationsinhaber stellt aber eine unselbständige Tätigkeit dar. Die im Entwurf vorgenommene Festlegung einer Versicherung nach dem FSVG widerspricht den Grundsätzen des § 539a ASVG (Grundsätze der Sachverhaltsfeststellung).

2.3. Ausweitung des ärztlichen Vorbehaltsbereichs auf komplementär- und alternativmedizinische Heilverfahren (§ 2 Abs 2 ÄrzteG)

Die Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofs (VwGH) verlangt für den ärztlichen Vorbehaltsbereich ein Mindestmaß an Rationalität. Rationalität bedeutet eine auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse beruhende Behandlung. Der Entwurf entfernt sich von diesem fundamentalen Anspruch, sodass die Medizin in Zukunft nicht mehr rein wissenschaftlichen Grundsätzen entsprechen muss, wie das jahrelang von der Schulmedizin gefordert wurde, sondern dehnt den Ärztevorbekalt auf unwissenschaftliche Heilverfahren aus, die in Zukunft von Ärzten durchgeführt werden dürfen. Nach wie vor ist die Berufsausübung durch Heilpraktiker verboten.

Sieht man von den durch die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) diplomierten Fortbildungen (zB Homöopathie, Anthroposophische Medizin) ab, müssten demzufolge eigentlich alle unwissenschaftlichen Behandlungsmethoden aus der Angebotspalette der Ärzte fallen, weil sie bisher als nicht zur Schulmedizin gehörend von der Ärzteschaft vehement abgelehnt und vielfach diskreditiert wurden. Auf der anderen Seite werden Ärzten neue Einnahmequellen (wenn auch nur für Leistungen außerhalb des Kassenvertrages) erschlossen; es wird sich zeigen, welche dieser Heilverfahren Patienten in den Praxen dennoch als kassenfreies Zusatzangebot „empfohlen“ werden.

Wenngleich alternativmedizinische Verfahren nur in Ansätzen von der Schulmedizin anerkannt werden, ist in der Regel für deren Anwendung ein Mindestmaß an theoretischen und praktischen Fähigkeiten erforderlich. In Zukunft können Ärzte unabhängig davon, ob sie hierfür nur basale Kenntnisse und Techniken erworben haben, solche Heilverfahren applizieren. Nach Ansicht der BAK ist diese Erweiterung des Arztvorbehalts insbesondere wegen der fehlenden Definition des Begriffs „komplementär- und alternativmedizinische Heilverfahren“ problematisch.

So weist zum einen das BMASGK darauf hin, dass komplementäre Methoden nicht nur in der Medizin, sondern beispielsweise auch in der Psychotherapie, der klinischen Psychologie sowie in der Gesundheitspsychologie und Musiktherapie eingesetzt werden. Sollten diese nur mehr Ärzten vorbehalten sein, würde dies zu massiven Einschränkungen für die anderen Gesundheits- und Heilberufe führen.

Zum anderen sollte die ÖÄK darlegen, welche dieser Methoden von Ärzten angewendet werden können. Die BAK regt daher an, die gewünschten Methoden zB in einer Verordnung der ÖÄK anzuführen und entsprechend zu zertifizieren. Dabei versteht es sich von selbst, dass

auch eine Aufklärungspflicht über die Nichtwissenschaftlichkeit einer Methode normiert werden sollte.

2.4. Ärztliche Beistandspflicht für Sterbende (§ 49a ÄrzteG)

Nach § 2 Abs 2 Z 6a in der Entwurfsfassung umfasst die Ausübung des ärztlichen Berufes auch die Schmerztherapie und die Palliativmedizin. In Ausübung der Palliativmedizin haben Ärzte nach § 49a Abs 6a des Entwurfs Sterbende „unter Wahrung ihrer Würde“ beizustehen, wobei es zulässig sein soll, insbesondere auch Maßnahmen zu setzen, „deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlustes vitaler Lebensfunktionen überwiegt“.

Folgt man den erläuterten Bemerkungen, soll die Regelung für mehr Rechtssicherheit in der Palliativmedizin sorgen. Ob dieses Ziel erreicht wird, ist fraglich. Die Regelung könnte nämlich auch so verstanden werden, dass bei schwersten Schmerzen oder Qualen eine aktive Verkürzung des Lebens durch den Arzt zulässig sein könnte. Wo genau die Trennlinie des intendierten „Sterbenlassens“ in Würde zur aktiven Sterbehilfe verläuft, bleibt unscharf. An sich ist es Aufgabe des Arztes, für beides (Linderung von Schmerzen, Lebensverlängerung) zu sorgen. Verzichtet der Arzt auf eine lebenserhaltende (lebensverlängernde) Medikation, so kann diese wohl nur dann sein Verhalten rechtfertigen, wenn diese Behandlung für einen sterbenden Patienten insgesamt qualvoller ist als die zur Linderung von Schmerzen state of the art zur Verfügung stehende Therapie. Obwohl die erläuterten Bemerkungen auf diese Problematik durchaus Bezug nehmen und die gegenständliche Maßnahme insofern von Euthanasie unterscheiden, als sie im Sterbeprozess medizinisch indiziert sind, ist die Abgrenzung doch recht diffus und sollte in den erläuterten Bemerkungen anhand von Beispielen erläutert werden.

Da der Entwurf auf den (komparativen) „Nutzen“ einer Maßnahme abstellt, ist im Konfliktfall mit einer komplizierten Nutzenmessung oder Verhältnismäßigkeitsprüfung durch Gerichte zu rechnen.

2.5. Änderung der Ausbildung von Notärzten (§ 47a ÄrzteG)

Die BAK steht einer qualitativen Verbesserung der notärztlichen Qualifikation sowie der Einbeziehung von Turnusärzten in die notärztliche Versorgung positiv gegenüber. Fraglich ist aber, inwieweit die Intensivierung der Ausbildung den bundesweit ohnehin schon erheblichen Mangel an Notärzten nicht noch verschärft. Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes müssten daher jedenfalls mit überlegt werden.

In Zukunft ist jede ärztliche Tätigkeit in Not- und Bereitschaftsdiensten ungeachtet der wahren wirtschaftlichen Verhältnisse als freiberufliche Tätigkeit zu behandeln. Die BAK regt eine Prüfung der Tätigkeitsbereiche nach den Grundsätzen des § 539a ASVG an.

2.6. Neuregelung der Titelführung Primaria/Primarius in § 43 Abs 7 ÄrzteG

Nach dem neuen § 43 Abs 7 können Personen, die fünf Jahre lang ohne Unterbrechung berechtigt waren, die Berufsbezeichnung „Primarärztin“/„Primararzt“ oder „Primaria“/„Primarius“ zu führen, nunmehr nach der Beendigung ihrer Tätigkeit die Berufsbezeichnung mit dem Zusatz „in Ruhe“ weiterführen. Wenn schon eine Möglichkeit geschaffen wird, eine Berufsbezeichnung nach dem Ende der Ausübung des Berufes weiterzuführen, sollte diese Berechtigung nicht nur für eine einzelne im § 43 ÄrzteG genannte Berufsbezeichnung gelten, sondern für alle.

Die Verletzung der ärztlichen Beistandspflicht für Sterbende und die Verletzung der korrekten Führung der neuen Berufsbezeichnung („Primaria in Ruhe“/„Primarius in Ruhe“) werden mit einer Verwaltungsstrafbestimmung abgesichert. Dagegen werden keine Einwände erhoben.

Renate Anderl
Präsidentin
F.d.R.d.A.

Alice Kundtner
iV des Direktors
F.d.R.d.A.