

17509/AB
vom 06.05.2024 zu 18085/J (XXVII. GP)
Bundesministerium sozialministerium.at
 Soziales, Gesundheit, Pflege
 und Konsumentenschutz

Johannes Rauch
 Bundesminister

Herrn
 Mag. Wolfgang Sobotka
 Präsident des Nationalrates
 Parlament
 1017 Wien

Geschäftszahl: 2024-0.190.004

Wien, 3.5.2024

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 18085/J der Abgeordneten Philip Kucher, Genossinnen und Genossen, betreffend Patient:innenodyssee für medizinische Gutachten** unter Einbeziehung einer vom Dachverband der Sozialversicherungsträger eingeholten Stellungnahme wie folgt:

Einleitend wird festgehalten, dass es klare gesetzliche Grundlagen für die Zuerkennung von Leistungen gibt, die für die Sozialversicherung bindend sind. Ausschlaggebend für die Zuerkennung einer Leistung ist nicht eine Diagnose per se, sondern die (daraus resultierenden) ganz individuellen physischen und/oder psychischen Leistungseinschränkungen. Die Sozialversicherung hat einen klaren gutachterlichen Auftrag und ist verpflichtet, über jede:n Antragsteller:in ein objektives, auf Fakten basierendes Gutachten zu erstellen.

Jede:r Gutachter:in muss/darf gemäß § 55 Ärztegesetz ein ärztliches Zeugnis nur nach gewissenhafter ärztlicher Untersuchung und nach genauer Erhebung der im Zeugnis zu bestätigenden Tatsachen nach seinem besten Wissen und Gewissen ausstellen. Ein Gutachten stellt die wesentliche Entscheidungsgrundlage über die Gewährung bestimmter Leistungen dar und muss daher auf Fakten gestützt sein und darf nicht auf Mutmaßungen, Meinungen oder subjektiven Schilderungen basieren. Die Objektivität gewährt die Fairness und den verantwortungsvollen Umgang in der Verwendung öffentlicher Ressourcen, zu der die Sozialversicherungsträger verpflichtet sind.

Gutachterliche Tätigkeit ist klar von kurativer abgegrenzt. Die Gutachter:innen müssen der zu begutachtenden Person mit Respekt und sachlicher Empathie begegnen. Aus den genannten Gründen muss dies immer unvoreingenommen und objektiv erfolgen, im Spannungsfeld zwischen dem Individualinteresse der Antragsteller:innen und dem Gebot der Objektivität. Das ist eine Herausforderung für jede:n Gutachter:in, zumal viele ebenfalls kurativ tätige Ärzte bzw. Ärztinnen sind. Ihnen wird immer wieder mit Feindseligkeit und persönlicher Untergriffigkeit begegnet, da sie als „Hindernis auf dem Weg zur beantragten (Geld-)Leistung“ wahrgenommen werden.

Die Dauer der Untersuchung ist individuell und richtet sich nach der spezifischen Fragestellung, dem Fachgebiet, dem Ausmaß der zu sichtenden vorbestehenden Unterlagen und der Komplexität des Einzelfalls. Die Vorsichtung der Unterlagen findet oftmals im Vorhinein statt, sodass die eigentliche körperliche Untersuchung weniger Zeit in Anspruch nimmt.

Die für die Sozialversicherung tätigen Gutachter:innen weisen die erforderliche Zertifizierung bzw. Rezertifizierung durch die ÖBAK (Österreichische Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung; <https://www.oebak.at/>) auf. Inhalt und Umfang der Lehrgänge der ÖBAK wurden von Expert:innen entwickelt und werden gemäß den Erfahrungswerten aus der Praxis der Begutachtung sowie aufgrund wissenschaftlicher Entwicklungen adaptiert und laufend auf aktuellem Stand gehalten, sie beinhalten jedoch keine arztberufssimmanen Inhalte.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Führung der ÖBAK durch die Pensions- und Unfallversicherungsträger mit Einbindung der Österreichischen Ärztekammer und der Berufsvertretung der diplomierten Pflegefachkräfte erfolgt. Verpflichtende Fortbildungen finden laufend statt.

Gutachter:innen sind zudem laut § 49 Ärztegesetz – wie alle österreichischen Ärzte und Ärztinnen – verpflichtet, sich kontinuierlich fortzubilden. Es gehört zum ethischen Selbstverständnis der Ärzte und Ärztinnen, ihre fachliche Kompetenz laufend zu erweitern und auf den neuesten Stand der Forschung zu bringen. Regelmäßige Fortbildungen sind fachspezifisch durchzuführen und der zuständigen Ärztekammer zu belegen und stellen die Voraussetzung zur selbstständigen Berufsausübung dar. Die dabei laufend erworbenen wissenschaftlichen Erkenntnisse fließen in die gutachterliche Untersuchung ein. Die neuesten Standards werden außerdem bei Fortbildungsveranstaltungen, wie z.B. von der Gesellschaft der Gutachterärzte Österreichs, Landesärztekammern, Österreichischer Ärztekammer, verschiedenen Fachgesellschaften etc., vermittelt.

Fragen 1 und 2:

- *Sind Ihnen Beschwerden im Zusammenhang mit Gutachtenerstellungen bekannt?*
- *Welcher Art sind diese Beschwerden und mit welcher beauftragenden Stelle sind sie verbunden? Bitte um Auflistung nach einzelner Begutachtungsstelle.*

Beschwerden im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung sind vereinzelt bekannt. Diese ergeben sich Großteils nachdem eine beantragte Leistung nicht zuerkannt wurde. Die Ombudsstellen der Entscheidungsträger gehen jedem Einzelfall nach, die getätigten Vorhaltungen werden überprüft, der Sachverhalt aufgeklärt und mit den Beschwerdeführer:innen zeitnahe kommuniziert.

Darüber hinaus besteht für Antragsteller:innen die Möglichkeit z.B. Bescheide betreffend Pflegegeld im Rahmen der sukzessiven Kompetenz vom zuständigen Arbeits- und Sozialgericht überprüfen zu lassen (ohne Kosten für die klagende Person).

Ebenfalls besteht bei den Verfahren des Sozialministeriumservice betreffend Feststellung des Grades der Behinderung ein kostenloses Rechtsmittel.

Die vereinzelten Beschwerden betreffen im Wesentlichen jeweils den Ablauf der Begutachtung und beruhen überwiegend auf Missverständnissen über die Aufgabenstellung der Begutachtung im Unterschied zur kurativen Behandlung; sie sind verbunden mit der gutachtenden Person und dem Entscheidungsträger bzw. dem Sozialversicherungsträger.

Vereinzelte Beschwerden betreffen auch die Situation der Begutachtung, die Höhe der Einschätzung des Grades der Behinderung (GdB) bzw. der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), sowie die Zusatzeintragung „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel“, nach Beauftragung durch das Sozialministeriumservice (SMS).

Auch der Dachverband der Sozialversicherungsträger wies darauf hin, dass für Antragsteller:innen die Möglichkeit besteht, Bescheide (bspw. betreffend Pflegegeld oder die Feststellung der geminderten Arbeits-, Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit) im Rahmen der sukzessiven Kompetenz vom zuständigen Arbeits- und Sozialgericht überprüfen zu lassen (ohne Kosten für die klagende Person). Die fristgerechte Klageerhebung und damit die Veranlassung der gerichtlichen Prüfung stellt den einzigen möglichen Weg dar, um eine ablehnende Entscheidung und damit auch die zum Gesundheitszustand getroffenen medizinischen Feststellungen der Pensionsversicherungsanstalt einer genauen Prüfung zu unterziehen.

Bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) sind Beschwerden im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung bekannt. Diese ergeben sich zum großen Teil nachdem eine beantragte Leistung nicht zuerkannt wurde. Die PVA geht jedem Einzelfall nach, die getätigten Vorhaltungen werden überprüft, der Sachverhalt aufgeklärt und mit den Beschwerdeführer:innen zeitnahe kommuniziert. Die Beschwerden beziehen sich in den meisten Fällen auf getroffene Entscheidungen, teilweise auch auf den Begutachtungsprozess sowie in Einzelfällen auf einzelne Begutachter:innen.

Bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) sind die Beschwerden im Rahmen einer Pflegegelduntersuchung dahingehend, dass sich Begutachter:innen angeblich nicht ausreichend Zeit nehmen, die vorliegenden Befunde nicht in überschaubarem Maß gesichtet werden oder nicht einfühlsam genug auf die vorliegende Situation eingegangen wird. Es handelt sich um Einzelfälle (durchschnittlich rund zwei bis drei Fälle pro Monat). Es lässt sich in diesem Kontext nicht verifizieren, mit welcher beauftragenden Stelle diese Beschwerden zusammenhängen. Nach Erhalt des Bescheides liegen öfter Beschwerden bzw. Überprüfungsersuchen bezüglich der Einstufung vor.

Bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) kommt es im Bereich der Pflegegeldbegutachtungen vereinzelt zu Beschwerden. Diese betreffen im Wesentlichen jeweils den Ablauf der Begutachtung und beruhen überwiegend auf Missverständnissen über die Aufgabenstellung der Begutachtung im Unterschied zur kurativen Behandlung. Die Beschwerden sind verbunden mit der begutachtenden Person und dem Sozialversicherungsträger.

Bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) langen durchschnittlich weniger als fünf Beschwerden pro Jahr ein, die sich auf begutachtende Ärzte bzw. Ärztinnen beziehen. Vereinzelt sind Beschwerden der Tatsache geschuldet, dass in den Fachbereichen Urologie und Psychiatrie bei Gutachtern ein Fachärztemangel in den chefärztlichen Stationen vorliegt. Teilweise werden Begutachtungen in den Eigenen Einrichtungen (Rehabilitationszentren) durchgeführt, die eine entsprechende Anreise für die Versicherten verursachen. Detaillierte Aufzeichnungen über den Inhalt der Beschwerden werden nicht geführt.

Frage 3: Wie viele Gutachter sind für die einzelnen Stellen tätig und in welchem Vertragsverhältnis stehen diese zu den beauftragenden Stellen? Bitte Auflistung für jede Stelle getrennt.

Allgemein wird angemerkt, dass laut § 2 Abs. 3 Ärztegesetz jede:r zur selbstständigen Berufsausübung berechtigte Arzt bzw. Ärztin befugt ist, ärztliche Gutachten zu erstellen.

Für die PVA sind 99 interne angestellte Gutachter:innen und 980 externe Vertragsgutachter:innen tätig.

Bei der SVS bestehen derzeit mit 537 freiberuflichen Gutachter:innen (davon 331 Ärzte bzw. Ärztinnen und 206 diplomierte Pflegefachkräfte) Vereinbarungen zur Durchführung von Gutachten aus den Leistungszweigen Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung (inkl. Vollziehung Pflegegeld).

Für die BVAEB als Entscheidungsträger nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG) sind laufend rund 190 ärztliche und pflegerische Sachverständige auf Werkvertragsbasis tätig. Im Bereich der Unfallversicherung werden laufend rund 50 Gutachter:innen beigezogen. Im Bereich des Chefärztlichen Dienstes stehen zehn Ärzte bzw. Ärztinnen in (teilweiser) Verwendung für die Prüfung und Qualitätssicherung der Gutachten.

Bei der AUVA sind insgesamt 294 Gutachterärzte bzw. -ärztinnen tätig (nicht angestellt: 220; angestellt: 74). Die Begutachtung betrifft Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Rentenabfindung, Waisen- und Witwenrenten. Aufgabe der Gutachter:innen ist es, Funktionsstörungen und Funktionsausfälle in Grade der Minderung der Erwerbsfähigkeit umzusetzen. In den Eigenen Einrichtungen (Unfallkrankenhäusern, Rehabilitationszentren) sowie in den Landesstellen stehen diese im Angestelltenverhältnis. Von den chefärztlichen Stationen extern beauftragte Gutachter:innen sind auf Werkvertragsbasis tätig.

Für das Sozialministeriumservice stehen bundesweit insgesamt 694 medizinische Sachverständige zur Verfügung. Jede der 9 Landesstellen verfügt über einen leitenden Arzt bzw. eine leitende Ärztin welcher bzw. welche auch für den Qualitätssicherungsprozess verantwortlich ist.

Frage 4: Sehen Sie in der Zersplitterung der Gutachtenerstellungen ein Problem?

- a. Wenn ja, was gedenken Sie daran zu ändern?
- b. Wenn nein, warum nicht?

Es gibt unterschiedliche gesetzlich vorgesehene Verfahrensarten, bei denen Entscheidungen von medizinischen und pflegerischen Befunden und Begutachtungen abhängen. Die medizinischen Fragestellungen unterscheiden sich innerhalb der Sozialversicherung stark. Dem jeweiligen speziell ausgerichteten Gutachtensauftrag und dem speziellen Fachwissen der beigezogenen Sachverständigen kommt somit besondere Bedeutung zu.

Vom jeweiligen Sozialversicherungsträger können diese zeitlich effizient administriert werden. Diese Komplexität vermeintlich kompakter Fragestellungen (z.B. Einstufung Pflegegeldstufe) in einer zentralen Anlaufstelle abzudecken, würde zu einer längeren Bearbeitungsdauer führen. Die Beauftragung zur Begutachtung durch eine dritte Stelle würde daher den Prozess verlängern.

Beispielsweise bei der AUVA werden Begutachtungen zumeist am Ende eines stationären Aufenthaltes in den eigenen Einrichtungen der AUVA (Rehabilitationszentren) durchgeführt und damit das Leistungsfeststellungsverfahren abgeschlossen. Bei gewissen Gutachten müssen Versicherte an mehreren Tagen an verschiedenen Stellen (Ordinationen) zur Begutachtung kommen, was zeitintensiv sein kann. Es wird dabei auf den Arbeitsplatz und Wohnort Rücksicht genommen, um lange Fehlzeiten bzw. Fahrtzeiten zu vermeiden. Außerdem werden auch Hausbesuche angeboten. Eine Zersplitterung der Gutachtenerstellung ist nicht gegeben, allerdings sind Gutachten der AUVA zu unterschiedlichen Fragestellungen, Zeiten und in unterschiedlichen Rechtsräumen zu erstellen.

Aus genannten Gründen wird daher kein Nachteil darin gesehen, dass Gutachten unmittelbar von dem zuständigen Sozialversicherungsträger beauftragt werden. Die Abwicklung des konkreten Antrages hat stets durch den Sozialversicherungsträger zu erfolgen.

Frage 5: Gibt es Ihrerseits Pläne für eine zentrale Anlaufstelle für alle medizinischen Gutachten?

Nein, derzeit gibt es keine Pläne für eine zentrale Anlaufstelle für alle medizinischen Gutachten. Auf die Ausführungen zu Frage 4 wird verwiesen.

Frage 6: Wird eine Bindungswirkung für Gutachten zwischen den Behörden angedacht, die solche erstellen?

Nein, es wird keine Bindungswirkung für Gutachten zwischen den Behörden angedacht.

Die Frage, welche Gutachten in welchem Zusammenhang im jeweiligen Verfahren zu berücksichtigen sind bzw. berücksichtigt werden können, muss von der verfahrenszuständigen Behörde bzw. vom verfahrenszuständigen Träger beurteilt werden.

Im Rahmen der Begutachtung werden von den Gutachter:innen vorbestehende Unterlagen, so auch etwaige vorhandene anstaltsfremde Gutachten gesichtet und antragsrelevante Informationen daraus berücksichtigt.

Eine allgemeine „Bindungswirkung der Gutachten“ von verschiedenen Behörden/Bereichen wäre schon alleine aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen, der unterschiedlich gelagerten Fragestellungen und der Komplexität der Gutachtenerstellung im Bereich der Sozialversicherung (vor allem bei der Beurteilung der geminderten Arbeits-, Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit) nicht vorstellbar.

Etwa für den Bereich der Pensionsversicherung ist darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich zwischen der Begutachtung für die Zuerkennung des Pflegegeldes nach dem Bundespflegegesetz und der Begutachtung für die Zuerkennung einer Leistung aus der Pensionsversicherung aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit (Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität) zu unterscheiden ist.

Die Pflegegeldbegutachtung erfolgt in der Regel im Rahmen von Hausbesuchen durch Allgemeinmediziner:innen oder Pflegefachkräfte (Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege). Die Feststellung des Pflegebedarfs erfordert auch die Berücksichtigung der konkreten Wohnsituation der Antragsteller:innen. Oft findet die Begutachtung auch im Rahmen eines Aufenthaltes im Akutkrankenhaus statt. Die Angaben von Pflegepersonen sind für diese Verfahren sehr wichtig und werden berücksichtigt.

Im Gegensatz dazu stehen bei der Beurteilung der geminderten Arbeits-, Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit die klinische Untersuchung, die Diagnostik und darauf aufbauend die Feststellung der konkreten körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit im Vordergrund.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Fragestellungen, Parameter und Schwerpunktsetzungen wäre eine allgemeine Bindungswirkung – wie bereits erwähnt – nicht zielführend.

Abschließend wird noch auf die Ausführungen zu Frage 4 verwiesen.

Fragen 7 und 8:

- *In welcher Form wird die Qualität der sozialversicherungsrechtlichen Gutachten kontrolliert und welche Maßnahmen werden zur Qualitätssicherung gesetzt?*
- *Existiert eine wirksame Qualitätssicherungsstrategie bzw. -kontrolle bei den einzelnen Stellen?*
 - a. Wenn ja, was wird getan um Qualitätssicherung zu steigern?*
 - b. Wenn nein, ist eine solche Strategie in Planung?*

Die Sozialversicherungsträger sind für die Führung der Verfahren, für die Beziehung der medizinischen und pflegerischen Sachverständigen und somit auch für die Qualität der Gutachten zuständig.

Gutachterlich tätige Ärzte und Ärztinnen (Pflegegeld, Feststellung der Arbeits-, Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit in der Pensionsversicherung, Minderung der Arbeits-, Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit in der Unfallversicherung) sind gesetzlich verpflichtet, sich über die ÖBAK zu zertifizieren und regelmäßig zu rezertifizieren. Zudem sind Gutachter:innen laut § 49 Ärztegesetz verpflichtet, sich kontinuierlich fortzubilden. Auf die diesbezüglichen einleitenden Ausführungen wird hingewiesen.

Angemerkt wird zudem, dass für die Berufsgruppe der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen ein eigenes Ausbildungscurriculum und ein eigenes (Re-)Zertifizierungsschema existiert (welches zum Eintrag in eine vom Justizministerium eingerichtete Datenbank führt).

Die Ausbildung zum:zur allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen ist jedoch keine Voraussetzung für die gutachterliche ärztliche Tätigkeit bei der Sozialversicherung.

Bei der PVA werden Gutachten nach dem 4-Augen-Prinzip behandelt. Jedes Gutachten wird vor Bescheiderstellung von einem zweiten Arzt bzw. Ärztin gesichtet und auf Objektivität, Schlüssigkeit und Vollständigkeit geprüft. Komplexe Fälle werden in der Regel von den Chefärzten und -ärztinnen der Landesstellen und gegebenenfalls vom Chefärztlichen Bereich der Hauptstelle der PVA beraten. Zusätzlich erfolgt im Rahmen der Zertifizierung bzw. Rezertifizierung eine ständige Qualitätssicherung durch die ÖBAK. In der PVA wird außerdem ein Peer-Review-Verfahren zur Qualitätssicherung und Kontrolle durchgeführt.

Seitens der SVS wird die gesetzlich vorgesehene (Re-)Zertifizierung durch die ÖBAK kontrolliert.

Bei der BVAEB obliegt die Qualitätssicherung der Gutachten dem Chefärztlichen Dienst, welcher regelmäßig Überprüfungen der Gutachten durchführt. Die Aufrechterhaltung der hohen Qualität erfolgt durch laufende Weiterbildung.

Bei der AUVA müssen Gutachter:innen eine 4-wöchige Schulung an einer der chefärztlichen Stationen sowie in einer Leistungsrechtsabteilung zur Ausbildung absolvieren. In dieser Zeit werden 50 Gutachten, die durch die Chefärzte und -ärztinnen überprüft werden, erstellt. Externe Chefärzte und -ärztinnen/Gutachter:innen erhalten eine persönliche Einschulung durch die Chefärzte bzw. -ärztinnen. Zudem werden Gutachten durch ärztliche Mitarbeiter:innen (Fachärzte und -ärztinnen für Unfallchirurgie und Allgemeinmedizin) der chefärztlichen Stationen geprüft. Gutachten werden in einem Vieraugenprinzip vidiert und schwierige Fälle in regelmäßigen Beratungen bearbeitet. Hierfür sind Jours fixes und regelmäßige Ärztebesprechungen in den chefärztlichen Stationen auch unter Heranziehen der Abteilungen für Leistungsrecht, der Rechtsabteilung und dem Unfallverhütungsdienst vorgesehen. Komplexe Fälle werden diskutiert, Fehlerquellen sondiert und gegebenenfalls Lösungen erarbeitet. Sollten Diskrepanzen in gutachterlicher und chefärztlicher Beurteilung bestehen, wird Kontakt mit den Gutachter:innen aufgenommen.

Ein weiteres wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung im Bereich Pflegegeld stellen die regelmäßigen Revisionen des Sozialministeriums dar. Seitens des Sozialministeriums wird seit 2003 das Projekt „Qualitätssicherung in der ärztlichen Begutachtung“ zur Verbesserung der Qualität der ärztlichen Sachverständigengutachten bei den Landesstellen des Sozialministeriumservice durchgeführt. Dieses dient den leitenden Ärzt:innen der Landesstellen des Sozialministeriumservice als entsprechendes Instrumentarium zur Verbesserung der Gutachtenqualität.

Eckpunkte des Projekts: Es werden vierteljährlich jeweils 15% der erstellten Gutachten geprüft. Die Prüfung erfolgt sofort nach Einlangen des Gutachtens durch die vidierenden Ärzt:innen. Gegebenenfalls wird das Gutachten auf elektronischem Weg, zur Ergänzung oder Korrektur neuerlich an die ärztlichen Sachverständigen übermittelt. Eine Auswertung der Qualitätsprüfung wird vierteljährlich dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz übermittelt.

Frage 9: Was wird getan, um sicherzustellen, dass alle Gutachter:innen am aktuellen Wissensstand sind?

a. Ist eine Erweiterung der verpflichtenden Fortbildungen geplant?

Um sicherzustellen, dass Gutachter:innen über die notwendigen Qualifikationen und den nötigen Wissenstand verfügen, wurde durch die Pensionsversicherungsträger und die AUVA mit Einbindung der Österreichischen Ärztekammer und der Berufsvertretung der diplomierten Pflegefachkräfte die Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung (ÖBAK) aufgebaut.

Alle für die Sozialversicherung tätigen Gutachter:innen im Bereich Pflegegeld weisen die erforderliche Zertifizierung bzw. Rezertifizierung durch die ÖBAK auf. Inhalt und Umfang der Lehrgänge der ÖBAK wurden von Expert:innen entwickelt und werden gemäß den Erfahrungswerten aus der Praxis der Begutachtung sowie aufgrund wissenschaftlicher Entwicklungen adaptiert und laufend auf aktuellem Stand gehalten.

Alle ärztlichen Sachverständigen des Sozialministeriumsservice sind verpflichtet, am Diplomfortbildungsprogramm der österreichischen Akademie der Ärzte teilzunehmen. Der Nachweis dieser erfolgten Fortbildung ist dem SMS vorzulegen. Seitens der einzelnen Landesstellen des SMS werden laufend Fortbildungen zu aktuellen Themen in der ärztlichen Begutachtung durchgeführt. Aufgrund der angeführten Maßnahmen ist davon auszugehen, dass Gutachter:innen am aktuellen Wissensstand sind.

Seitens der AUVA wird ergänzend zu den Ausführungen zu den Fragen 7 und 8 auf folgende Maßnahmen hingewiesen. Eine Erweiterung der verpflichtenden Fortbildungen ist nicht geplant:

- Gutachterkongress AUVA jährlich (zuletzt Nov 2023: AUVA – Begutachtung nach Trauma & Berufskrankheit und Rechtliche Fragen in der Medizin: <https://congress.auva.at/BegutachtungMedizinrecht2023/>
- Für die Fortbildungsverpflichtung der Ärztekammer (Diplom-Fortbildungs-Programm) wird eine Dienstfreistellung gewährt.
- Standardwerk wie z.B.: Das Gutachten in der gesetzlichen Unfallversicherung ISBN:978-3-214-13710-Verlag: MANZ Verlag Wien; Land des Verlags: Österreich; Erscheinungsdatum: 11.03.2021 Herausgeber Frank Roland P. u. Oder Walter Titze Walter und Leitlinie z.B.: Leitlinie zur neurologisch-psychiatrischen Begutachtung von Versicherten mit Post-COVID-Symptomen BK 38.

Fragen 10 und 11:

- *Wie viele medizinische Gutachten wurden von 2020 bis 2023 durch allgemein beeidete Sachverständige erstellt? (bitte nach einzelnen beauftragenden Stellen und Jahren gegliedert anführen)*
- *Was kostet eine medizinische Begutachtung durch allgemein beeidete Sachverständige im Durchschnitt?*

Allgemein wird angemerkt, dass eine Beeidung innerhalb der Sozialversicherung keine Verpflichtung ist. Es besteht eine verpflichtende ÖBAK-(Re-)Zertifizierung. Siehe die Ausführungen zu den Fragen 7 und 8.

Bei der PVA werden Begutachtungen von internen angestellten Gutachter:innen und externen Vertragsgutachter:innen durchgeführt. Es liegen jedoch keine näheren Informationen vor, inwieweit diese Gutachter:innen eventuell zusätzlich auch (gerichtlich) beeidete Sachverständige sind.

Seitens der SVS kann die Frage in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit nicht beantwortet werden.

Beim Sozialministeriumservice werden die ärztlichen Gutachter:innen gemäß den Bestimmungen des Kriegsopfersversorgungsgesetz (KOVG) bestellt. Es liegen keine näheren Informationen vor, inwieweit diese Gutachter:innen eventuell zusätzlich auch (gerichtlich) beeidete Sachverständige sind.

Bei der BVAEB liegen im Bereich Pflegegeld folgende Anzahlen von Gutachten vor:

- 2020: 19.000
- 2021: 20.000
- 2022: 21.000
- 2023: 23.000

Die Anzahl der Gutachten im Bereich der Unfallversicherung belaufen sich jährlich auf rund 2.000.

Die Kosten pro Gutachten belaufen sich bei BVAEB im Durchschnitt für den Bereich Pflegegeld auf 130, -- Euro und für den Bereich Unfallversicherung auf 155, -- Euro.

Bei der AUVA werden unfallchirurgische Gutachten mit 208,-- Euro (für 2023) dotiert, Gutachten anderer Fachrichtungen im Schnitt mit 350,-- Euro. Dies wird im Gebührenanspruchsgesetz (GebAG) und in der Dienstanweisung „Honorarvereinbarung“ geregelt. Die Anzahl der abgerechneten Honorare ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

	2020	2021	2022	2023
Gesamtanzahl abgerechneter Honorare	12.459	13.004	13.821	16.561
Ø Honorarbetrag (in Euro)	177,32	180,27	182,47	243,57

Frage 12: *Gibt/gab es Fälle, in denen bei medizinischen Gutachtern keine Rezertifizierung erfolgte?*

a. Wenn ja, wie viele und was waren die Gründe dafür?

Bei den Sozialversicherungsträgern ist eine (Re)Zertifizierung bei der ÖBAK für alle regelmäßig tätigen Gutachter:innen verpflichtend. Falls Gutachter:innen kein aufrechtes Zertifikat von der ÖBAK vorweisen können, werden diese nicht (mehr) für eine Begutachtung herangezogen.

Seitens der AUVA wurde für erfahrene Gutachter:innen, die bereits vor 2018 Gutachten für die AUVA erstellten, keine Zertifizierung/Rezertifizierung verlangt.

Im Bereich des Sozialministeriumservice sind keine Rezertifizierungen vorgesehen, sondern werden die bereits zu den Fragen 7 und 8 ausgeführten Maßnahmen umgesetzt.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch

