

Bericht

des Gesundheitsausschusses

über den Antrag 3014/A der Abgeordneten Dr. Josef Smolle, Ralph Schallmeiner, Kolleginnen und Kollegen betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 geändert wird

Die Abgeordneten Dr. Josef **Smolle**, Ralph **Schallmeiner**, Kolleginnen und Kollegen haben den gegenständlichen Initiativantrag am 18. November 2022 im Nationalrat eingebracht und wie folgt begründet:

„Zu Z 1 (§ 36 Abs. 1 erster Satz, § 36 Abs. 1 Z 4):

Zur Erleichterung grenzüberschreitender ärztlicher Einsätze von organisierten Notarztdiensten sowie Not- und Bereitschaftsdiensten sollen diese zukünftig nicht mehr den Regelungen über den Dienstleistungsverkehr gemäß § 37 ÄrzteG 1998, sondern § 36 ÄrzteG 1998 unterliegen.

§ 37 Abs. 1 ÄrzteG 1998 legt insbesondere fest, dass Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU oder einer sonstigen Vertragspartei des EWR-Abkommens oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft, die den ärztlichen Beruf in einem solchen Herkunftstaat rechtmäßig ausüben, von ihrem ausländischen Berufssitz oder Dienstort aus im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs vorübergehend und gelegentlich in Österreich ärztlich tätig werden dürfen. Im Unterschied zu einer Niederlassung, die einer Eintragung in die Ärzteliste bedarf, legt § 37 Abs. 2ff ÄrzteG 1998 eine jährliche Anmeldepflicht der Dienstleistungserbringenden bei der Österreichischen Ärztekammer fest, die die Vorlage bestimmter Nachweise fordert und eine Grobüberprüfung durch die Österreichische Ärztekammer ermöglicht.

§ 36 ÄrzteG 1998 sieht ein gegenüber § 37 ÄrzteG 1998 vereinfachtes Reglement für Ärztinnen/Ärzte mit ausländischem Berufssitz oder Dienstort vor, die in Österreich anlassbezogen zu Konsilien und diesbezüglicher Behandlungen (Z 1), nach Maßgabe zwischenstaatlicher Übereinkommen (Z 2) und zu Zwecken der Fortbildung, Lehre und Forschung (Z 3) ärztlich tätig werden.

Im Zuge der Vollziehung des § 37 ÄrzteG 1998 hat sich gezeigt, dass im grenzüberschreitenden notärztlichen Tätigkeitsbereich vor allem in den Bundesländern Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg Bedarf nach einer Verwaltungsvereinfachung besteht, um die grenzüberschreitende notärztliche Versorgung zu gewährleisten.

Die Ausnahme des § 36 Abs. 1 Z 2 „nach Maßgabe zwischenstaatlicher Übereinkommen“ ist zwar insofern einschlägig, als das Übereinkommen über die gegenseitige Zulassung der an der Grenze wohnhaften Medizinalpersonen zur Ausübung der Praxis, BGBl. Nr. 109/1937, in Kraft steht. Allerdings ist dieses formal und inhaltlich überaltert. Da der Abschluss eines entsprechenden neuen Abkommens mit der Bundesrepublik Deutschland derzeit nicht absehbar ist, soll § 36 entsprechend erweitert werden, wobei auch grenzüberschreitende Not- und Bereitschaftsdienste miteinbezogen werden sollen.

Die betroffenen Bundesländer stehen dem Regelungsvorschlag ausdrücklich positiv gegenüber.“

Der Gesundheitsausschuss hat den gegenständlichen Initiativantrag in seiner Sitzung am 07. Dezember 2022 in Verhandlung genommen. An der Debatte beteiligten sich außer dem Berichterstatter Abgeordneter Dr. Werner **Saxinger**, MSc die Abgeordneten Ralph **Schallmeiner**, Dr. Josef **Smolle**, Mag. Gerald **Loacker**, Fiona **Fiedler**, Bed, Ing. Mag. (FH) Alexandra **Tanda**, Philip **Kucher** und Dietmar **Keck** sowie der Ausschussobmann Abgeordneter Mag. Gerhard **Kaniak**.

Im Zuge der Debatte haben die Abgeordneten Dr. Werner **Saxinger** und MSc Ralph **Schallmeiner** einen gesamtändernden Abänderungsantrag eingebracht, der wie folgt begründet war:

„I. Allgemeiner Teil

1. Hauptgesichtspunkte:

In Ergänzung zum Gesetzesantrag 3014/A, der die Erleichterung grenzüberschreitender Einsätzen von organisierten Notarztdiensten sowie Not- und Bereitschaftsdiensten beabsichtigt, soll der vorliegende Gesetzesantrag nunmehr auch dringlich erforderliche Folgeeregungen zur Ärztegesetz-Novelle BGBl. I Nr. 72/202 umfassen. Diese letzte Gesetzesänderung beinhaltet aufgrund verfassungsgerichtshöflicher Entscheidungen den Übergang der maßgeblichen behördlichen Zuständigkeiten im ärztlichen Ausbildungsstättenrecht von der Österreichischen Ärztekammer auf die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner mit 1. Jänner 2023.

Die vorliegenden Regelungen dienen im Besonderen der Sicherstellung einer geordneten und transparenten Vollziehung des ärztlichen Ausbildungsstättenrechts ab 1. Jänner 2003 und beruhen auf wesentlichen Verhandlungsergebnissen zwischen den Stakeholdern (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Länder und Österreichische Ärztekammer):

1. Schaffung einer ausreichenden ärztegesetzlichen Grundlage für die Zusammensetzung und Tätigkeit der sogenannten ‚Artikel 44-Kommission für die ärztliche Ausbildung‘, die der vernetzten Beratung des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers durch maßgebliche Stakeholder (Bundesländer, Österreichische Ärztekammer, Träger von ärztlichen Ausbildungsstätten und der Sozialversicherung) dient,
2. Konsolidierung und Zusammenführung der Bestimmungen über die Voraussetzungen für die An- und Aberkennung im Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998) unter besonderer Berücksichtigung der aktuell in der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) und der Verordnung über Spezialisierungen der Österreichischen Ärztekammer (SpezV) geregelten Voraussetzungen,
3. normative Abbildung der aktuellen gelungenen Vollziehungspraxis, insbesondere durch Aufnahme klarer Vorgaben ins ÄrzteG 1998 für die Ausgestaltung der Anerkennungsanträge einschließlich einer strukturiert aufbereiteten Darstellung des Leistungsspektrums aufgrund des Definitionenhandbuchs für die ärztliche Aus- und Weiterbildung,
4. Verrechtlichung des Definitionenhandbuchs für die ärztliche Aus- und Weiterbildung (systematische Darstellung von technischen Definitionen der von den Ärztinnen/Ärzten zu erlernenden Fertigkeiten im Sinne einer Gegenüberstellung von Leistungszahlen und Aus- und Weiterbildungsrichtzahlen) durch Aufnahme als Anlage zur ÄAO 2015 nach Erarbeitung mit der Kommission für die ärztliche Ausbildung und der Österreichischen Ärztekammer,
6. Neuregelung der Visitationen von ärztlichen Ausbildungsstätten, insbesondere hinsichtlich der Durchführung der Visitationen durch die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner unter Einbeziehung der ärztlichen Standesvertretung und medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften sowie des Übergangs der diesbezüglichen Verordnungskompetenz von der Österreichischen Ärztekammer auf den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister,
7. Entfall der Rezertifizierungsverfahren von ärztlichen Ausbildungsstätten, der durch eine verstärkte Visitation von Ausbildungsstätten, anlässlich der auch eine Überprüfung der aktuellen Übereinstimmung des Leistungsspektrums mit den zu vermittelnden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten stattzufinden hat, ausgeglichen werden soll,
8. Etablierung einer jährlichen Berichtspflicht für die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner an den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister über die anhängigen und abgeschlossenen An- und Aberkennungsverfahren,
9. Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einhebung kostendeckender Gebühren und Auslagen für die An- und Aberkennungsverfahren sowie Visitationen durch die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner,
10. Beibehaltung der Führung der Ausbildungsstättenverzeichnisse und der Ausbildungsstellenverwaltung durch die Österreichische Ärztekammer auch nach dem 31. Dezember 2022 zur Sicherstellung der Bundeseinheitlichkeit,
11. Miteinbeziehung der Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner in die Berechtigung zur Datenabfrage aus der Ärzteliste und der Ausbildungsstellenverwaltung zum Zweck der Vollziehung des Ausbildungsstättenrechts und des Ärztelisterechts als Weisungsbehörde (bisher nur Landesregierungen und Landesgesundheitsfonds zu Planungs- und Qualitätssicherungszwecken),

12. Ausbau der Berechtigung des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers zur Datenabfrage aus der Ärzteliste und der Ausbildungsstellenverwaltung zu Planungs- und Qualitätssicherungszwecken.

Darüber hinaus sollen mit der Ärztegesetz-Novelle 2022 insbesondere folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

13. Verlängerung der Ausbildung in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien für Fachärztinnen/Fachärzte, sowohl in der Sonderfach-Grundausbildung als auch in der Sonderfach-Schwerpunktausbildung, auf vierundzwanzig Monate,
14. Ermöglichung der Anerkennung als fachärztlichen ‚Vollausbildungsstätte‘ für Ambulatorien und Gruppenpraxen, (allerdings unter Ausschluss der Einschränkung des Anerkennungsausmaßes) für das Sonderfach Medizinische und Chemische Labordiagnostik sowie für weitere, in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 festzulegende, fachlich geeignete Sonderfächer,
15. Spezifizierung der aufgrund der aktuellen Pandemie geschaffenen Möglichkeit sonderfachüberschreitender Tätigkeit, dahingehend, dass eine solche ab 1. Jänner 2023 zusätzlich einer Verordnungserlassung bedarf,
16. Aufhebung der Sonderfachbeschränkung für die Durchführung von Impfungen unter der Voraussetzung der Befähigung der Impfaufklärung unabhängig vom Kontext epidemiologischer Situationen im Sinne einer Verbreiterung der niederschweligen Impfangebote zum Zweck der Verbesserung des Zugangs von Impfungen für die Bevölkerung,
17. Aufhebung der pandemiebedingten allgemeinen Fristenaussetzung im Bereich der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Berufsausübung,
18. Schaffung einer Ausnahme von der Anwendung der ärztegesetzlichen Bestimmungen über den Dienstleistungsverkehr für grenzüberschreitende Einsätzen von organisierten Notarztdiensten sowie Not- und Bereitschaftsdiensten zur administrativen Erleichterung insbesondere im österreichisch-deutschen Grenzgebiet (wie mit dem Initiativantrag Gesetzesantrag 3014/A bereits eingebracht),
19. Harmonisierung von Fristen zum Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht,
20. Schaffung einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage für die Übermittlung von (Auszügen) aus den Akten der Kriminalpolizei, Staatsanwaltschaften und Gerichte an die Landeshauptfrau/den Landeshauptmann zur Sicherstellung einer ausreichende Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Berufsuntersagung,
21. Klarstellung hinsichtlich der Zuständigkeitsbegründung der Wohlfahrtsfonds der Landesärztekammern,
22. Erhalt der Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts für Verfahren im übertragenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer sowie
23. redaktionelle Klarstellungen, insbesondere im Nachhang zur Novelle BGBl. I Nr. 172/2021.

2. Kompetenzgrundlage:

Die Novelle stützt sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtungen beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das ganze Bundesgebiet erstrecken“), Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“) sowie auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG („berufliche Vertretungen, soweit sie nicht unter Art. 10 fallen“).

3. Besonderheiten des Normsetzungsverfahrens:

Zustimmung der Länder gemäß Art. 102 Abs. 1 und Art. 131 Abs. 4 Z 2 lit. c B-VG.

Der Zustimmung der Länder gemäß Art. 102 Abs. 1 B-VG vor Kundmachung (aufgrund der Betrauung der Österreichischen Ärztekammer als Bundesbehörde mit nachstehenden Aufgaben unter der Weisungsbindung der Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner) bedarf es hinsichtlich

1. Z 11, 20, 26, 35, 37, 42, 43, 60 und 61 (§ 9 Abs. 9, § 12 Abs. 1, § 12a Abs. 1, § 13a Abs. 1 bis 3, § 13c Abs. 2, § 27a Abs. 1 bis 3, § 27b Abs. 1 bis 3 sowie § 117c Abs. 1 Z 2 und 3) betreffend die Betrauung der Österreichischen Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich mit den Angelegenheiten der Ausbildungsstellenverwaltung und der Ausbildungsstättenverzeichnisse sowie
2. Z 38 und 62 (§ 13d Abs. 2 und § 117c Abs. 1 Z 9) betreffend die Betrauung der Österreichischen Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich mit der Mitwirkung an der Erarbeitung und Weiterentwicklung des Definitionenhandbuches der Fertigkeiten für die ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Der Zustimmung der Länder gemäß Art. 131 Abs. 4 Z 2 lit. c B-VG vor Kundmachung (aufgrund der Vorsehung der Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts) bedarf es hinsichtlich der Z 37 (§ 13c Abs. 7) und der Z 66 (§ 117c Abs. 3):

§ 13c Abs. 7 dient der formalen Erweiterung der aufgrund der Novelle BGBI. I Nr. 172/2021 vorgesehenen Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts für Beschwerden über Bescheide in ausbildungsstättenrechtlichen An- und Aberkennungsverfahren gemäß § 13c Abs. 3 ÄrzteG 1998 (hinkünftig § 13 Abs. 7) durch formale Einbeziehung von Verfahren gemäß § 235 Abs. 4 ÄrzteG 1998. Angemerkt wird, dass die Bestimmung des § 235 Abs. 4 ÄrzteG 1998 als Übergangsbestimmung der Novelle BGBI. I Nr. 82/2014 kaum mehr zur Anwendung kommt.

Hinsichtlich § 117c Abs. 3 ist festzuhalten, dass die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts für sämtliche Verfahren im übertragenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer bereits mit der Novelle BGBI. I Nr. 172/2021 in § 171c Abs. 1a eingeführt worden ist. Das Erfordernis der Zustimmung der Länder gemäß Art. 131 Abs. 4 Z 2 lit. c B-VG vor Kundmachung kann nicht ausgeschlossen werden, da § 246 Abs. 4 ÄrzteG 1998 idF der Novelle BGBI. I Nr. 172/2021 versehentlich das Außerkrafttreten des § 117c Abs. 1a mit 31. Dezember 2022 anordnet. Aus rechtstechnischen Gründen wird die Regelung in den § 117c Abs. 3 verschoben.

II. Besonderer Teil

§§ ohne nähere Bezeichnung beziehen sich auf den Entwurf.

Zu Z 1, 11, 16, 36, 40, 41, 59, 63, 65 und 67 (§ 6a Abs. 5, § 9 Abs. 9 zweiter Satz, § 10 Abs. 11 erster Satz, § 13b, § 27 Abs. 1 Z 15, § 27 Abs. 13, § 117b Abs. 2 Z 7, § 117c Abs. 2 Z 1 und 12 und § 128a Abs. 5 Z 2 und 3):

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Z 2, 3 und 70 (§ 6b, § 7 Abs. 4 erster Satz, § 196 und § 248 Abs. 1):

Da die Rechtsgrundlage der sogenannten ‚Artikel 44-Kommission für die ärztliche Ausbildung‘, die gemäß Art. 44 der – nicht mehr in Kraft stehenden – Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBI. I Nr. 105/2008, in der Fassung BGBI. I Nr. 199/2013, nicht mehr ausreichend gegeben ist, soll die Kommission für die ärztliche Ausbildung zukünftig auf Grundlage des neuen § 6b ÄrzteG 1998 in Verbindung mit § 8 Bundesministeriengesetz 1986, BGBI. Nr. 76/1986, eingerichtet werden.

Zu § 6b:

Abs. 1 enthält die Nennung der wichtigsten Vertretungsebenen in der Kommission.

Der Begriff ‚Vertretungsebene‘ wurde, wenngleich in einem anderen Kontext, in § 173 Abs. 4 und 5 Arbeitsverfassungsgesetz, BGBI. Nr. 22/1974, vorgefunden.

Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat jedenfalls Vertreter:innen der Bundesländer (Z 1), der Österreichischen Ärztekammer (Z 2), der Medizinischen Universitäten oder Universitäten, an denen eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, und weiterer Träger der ärztlichen Ausbildungsstätten (Krankenanstalten) für die allgemein- und fachärztliche Ausbildung (Z 3) sowie der Träger der Sozialversicherung (Z 4) zu bestellen. Darüber hinaus steht es ihm neben einer Ressortbeteiligung auch frei, zusätzliche Mitglieder relevanter Institutionen zu bestellen.

Im Sinne einer möglichst ausgewogenen Meinungsbildung soll als Ausformung des § 8 Abs. 2 BMG festgelegt werden, dass die Vertretungsebenen gemäß Z 2 bis 4 insgesamt nicht mehr Sitze und Stimmen haben dürfen als die Vertretungsebene der neun Bundesländer gemäß Z 1, wobei zusätzlich zwischen den Vertretungsebenen der Z 2 bis 4 auf die Parität hinsichtlich der Sitz- und Stimmrechte zu achten ist.

Abs. 2 enthält eine umfassende, taxative Aufzählung der Beratungsaufgaben, die sich in weiten Bereichen bereits in der aktuellen Geschäftsordnung der ‚Artikel 44-Kommission für die ärztliche Ausbildung‘ finden. Die Mitwirkung bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung des Definitionenhandbuchs für die ärztliche Aus- und Weiterbildung gemäß § 13d Abs. 2 wird als neue Beratungsangelegenheit definiert (§ 6b Abs. 2 Z 1 lit. b).

Zu § 7 Abs. 4 erster Satz und § 196:

Die Änderungen dienen der Zitat Anpassung.

Zu § 248 Abs. 1:

Die Schlussbestimmung dient der Überleitung der bestehenden ‚Artikel 44-Kommission für die ärztliche Ausbildung‘, indem sie ab dem Zeitpunkt der Kundmachung der Ärztesetz-Novelle 2022 als gemäß

§ 6b eingerichtet gilt. Davon unabhängig hat der Bundesminister sodann die Kommission den Erfordernissen des § 6b Abs. 1 entsprechend zu adaptieren.

Zu Z 4 (§ 8 Abs. 4):

Die Verlängerung der möglichen Ausbildung in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien, sowohl in der Sonderfach-Grundausbildung, als auch in der Sonderfach-Schwerpunktausbildung, für Fachärztinnen/Fachärzte auf insgesamt vierundzwanzig Monate entspricht einem ausdrücklichen Wunsch der ärztlichen Standesvertretung.

Aus fachlicher Sicht ist dazu festzuhalten, dass dieser Entwicklung der Medizin folgend, auch die Ausbildung in ambulanten Ausbildungseinrichtungen gestärkt werden soll, indem die Ausbildungsmöglichkeit für in fachärztlicher Ausbildung befindlichen Ärztinnen/Ärzte auf vierundzwanzig Monate erweitert und die Ausbildung in Lehr(-gruppen-)praxen und Lehrambulatorien auch in der Sonderfach-Grundausbildung ermöglicht werden soll. Es ist fachlich-medizinisch vertretbar, die Ausbildung in Lehr(-gruppen-)praxen auf die Sonderfach-Grundausbildung zu erweitern, da in ambulanten Einrichtungen, wie etwa Vertragsarztordinationen eher Leistungen der Basisversorgung angeboten werden, die ausbildungstechnisch in der Sonderfach-Grundausbildung erlernt werden sollen. Ob und welche Inhalte in ambulanten Ausbildungseinrichtungen erlernt werden können, wird vom jeweiligen Sonderfach abhängig, nach fachlich-medizinischen Kriterien und dem Leistungskatalog der ambulanten Ausbildungseinrichtung zu beurteilen sein. Die vorgeschlagene Verlängerung auf vierundzwanzig Monate soll eine Höchstzahl der ambulant anrechenbaren Monate der Gesamtausbildung darstellen. Dabei ist auf das jeweilige Ausbildungsziel individuell entsprechend einzugehen. In der Verordnung über die ärztliche Ausbildung gemäß § 24 Abs.1 werden die entsprechenden Ausführungsbestimmungen hinsichtlich der Festlegung der jeweiligen Höchstdauer der in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien absolvierbaren Ausbildungszeiten vorzunehmen sein.

Mit dieser Maßnahme können auch mehr Ärztinnen/Ärzte in Österreich gleichzeitig ausgebildet werden, was die Ausbildungsmöglichkeiten und nachfolgend auch die Versorgungsmöglichkeiten erweitert. Dies kann insbesondere bei Sonderfächern in Mangelsituationen wie z.B. dem Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, dazu beitragen die Versorgung zu verbessern. Zudem ist anzunehmen, dass durch die vermehrte Ausbildung in Ordinationen mehr Ärztinnen/Ärzte frühzeitig an die Tätigkeit im niedergelassenen Bereich herangeführt werden und so Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung rascher geschlossen werden können.

Analoge Überlegungen für die Allgemeinmedizin sind in Zusammenhang mit der geplanten Einführung einer Fachärztin/eines Facharztes für Allgemeinmedizin einer gesonderten Novelle vorbehalten.

Mit dieser Änderung sind für Bund, Länder und Sozialversicherungen keine direkten Kosten verbunden, weil allfällige Fördermaßnahmen erst Teil der Verhandlungen in der Zielsteuerung Gesundheit sein werden.

Zu Z 5, 12 und 19 (§ 9 Abs. 2, § 10 Abs. 2 und § 11b Abs. 1):

Es handelt sich um die zentralen Bestimmungen, die die Voraussetzungen für die Anerkennung von Krankenanstalten als Ausbildungsstätte für die allgemeinärztliche und fachärztliche Ausbildung sowie die Anerkennung als Spezialisierungsstätte festlegen.

Die Textierung soll sicherstellen, dass sämtliche Anerkennungsvoraussetzungen einheitlich nachweislich zu erbringen sind. Im Übrigen erfolgen sprachliche Adaptierungen.

Für nähere Ausführungen zu den Spezialisierungsstätten (§ 11b Abs. 1) vgl. Z 19.

Zu Z 12 und 39 (§ 10 Abs. 1 und § 24 Abs. 1 Z 4):

Die Aufnahme der Gruppenpraxen sowie Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien in das Anerkennungsregime des § 10 ÄrzteG 1998 soll das Potential der möglichen Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen für eine vollständige fachärztliche Ausbildung erweitern (vgl. die Z 3 im neu gegliederten Abs. 1).

Die Bedingung für eine solche ‚Vollanerkennung‘ anstelle einer Anerkennung gemäß § 12a bzw. 13 ÄrzteG 1998 soll jedoch sein, dass sämtliche Anerkennungsvoraussetzungen gemäß § 10 Abs. 2 erfüllt werden. In diesem Zusammenhang wird vor allem Abs. 2 Z 2 wesentlich sein, da die Gruppenpraxis bzw. das Ambulatorium über ein ausreichendes Leistungsspektrum verfügen muss, um den Turnusärztinnen/Turnusärzten die nach Inhalt und Umfang erforderlichen Ausbildungsinhalte der Sonderfach-Grundausbildung sowie der Sonderfach-Schwerpunktausbildung entsprechend der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum

Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V 2015) vermitteln zu können.

Es ist davon auszugehen, dass nur jene Sonderfächer für eine vollständige fachärztliche Ausbildung in Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien in Frage kommen, bei denen zur Vermittlung sämtlicher Ausbildungsinhalte keine stationären Aufenthalte der Patientinnen/Patienten erforderlich sind, wie beispielsweise für die Ausbildung im Sonderfach Medizinische und Chemische Labordiagnostik.

In der Verordnung des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers über die ärztliche Ausbildung gemäß § 24 Abs. 1 sollen weitere entsprechend fachlich geeignete Sonderfächer festgelegt werden können (§ 10 Abs. 1 Z 3 iVm § 24 Abs. 1 Z 4).

Sofern in Gruppenpraxen oder selbständigen Ambulatorien nicht sämtliche Ausbildungsinhalte vermittelbar sind, so soll gemäß dem Schlusssatz des § 10 Abs. 1 keine eingeschränkte Anerkennung als Ausbildungsstätte gemäß § 10 Abs. 9 ÄrzteG 1998 durch Herabsetzung des Anerkennungsmaßes möglich sein. Statt dessen greifen die Regelungen des § 12a bzw. § 13 ÄrzteG 1998 hinsichtlich der ‚regulären Anerkennung‘ als Lehrgruppenpraxis bzw. Lehrambulatorium, in denen gemäß § 8 Abs. 4 höchstens 24 Monate ausgebildet werden kann.

Zu Z 6, 13 und 19 (§ 9 Abs. 3a bis 3c, § 10 Abs. 4a bis 4c und § 11b Abs. 2 bis 4):

Zu § 9 Abs. 3a, § 10 Abs. 4a und § 11b Abs. 2:

Die Änderungen dienen dazu, dass hinkünftig nicht nur die Anerkennung als Ausbildungsstätte/Spezialisierungsstätte, sondern auch die Festsetzung einer bestimmten Zahl von Ausbildungsstellen/Spezialisierungsstellen zu beantragen ist. Bisher wurde die Zahl aufgrund der Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens festgesetzt.

Mit dieser Neuerung geht einher, dass ausdrücklich normiert werden soll, dass die zum Nachweis der Anerkennungsvoraussetzungen erforderlichen Unterlagen anzuschließen sind. Durch die jeweils nachfolgenden neuen Absätze (§ 9 Abs. 3b, § 10 Abs. 4b und § 11b Abs. 4) betreffend die strukturiert aufzubereitende Darstellung des Leistungsspektrums in Abbildung der bisherigen Vollziehungspraxis erhält diese Bestimmung besondere Bedeutung.

Zu § 9 Abs. 3b Z 1, § 10 Abs. 4b Z 1 und § 11b Abs. 4 Z 1 (Schablonen):

Ein ausreichendes Leistungsspektrum zur Vermittlung der entsprechenden Fertigkeiten im Rahmen der beantragten Zahl von Ausbildungsstellen/Spezialisierungsstellen ist eine zentrale Anerkennungsvoraussetzung. Dessen Darstellung basiert aktuell auf Basis sogenannter Templates (strukturierter Excel-Berichte – zukünftig als ‚Schablonen‘ bezeichnet), in denen die Gegenüberstellung von Leistungszahlen und Richtzahlen von zu erlernenden Fertigkeiten (zB hinsichtlich einer bestimmten Operation) anhand technischer Definitionen erfolgt.

Diese Schablonen wurden, ebenso wie das „Definitionshandbuch“ (künftig „Definitionenhandbuch für die ärztliche Aus- und Weiterbildung“), gemeinsam vom Gesundheitsressort und der Österreichischen Ärztekammer erarbeitet.

In normativer Abbildung der bisherigen Vollziehungspraxis soll von den Antragstellenden gemäß den §§ 9 und 10 eine vollständig befüllte Schablone verlangt werden, in der, bezogen auf die erforderlichen Organisationseinheiten der Ausbildungsstätte, gegliedert nach den zu vermittelnden Fertigkeiten unter Heranziehung des Definitionenhandbuches für die ärztliche Aus- und Weiterbildung gemäß § 13d Abs. 1, die Leistungszahlen gemäß Abs. 3c den in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 2 vorgesehenen Richtzahlen gegenübergestellt werden.

Für die Spezialisierungsstätten erfolgt in § 11b Abs. 4 Z 1 eine gleichgerichtete Anordnung unter Berücksichtigung der weiterbildungsrechtlichen terminologischen Erfordernisse.

Zu den Begriffen Definitionenhandbuch für ärztliche Aus- und Weiterbildung und Richtzahlen:

Vgl. die Erläuterungen zu § 13d Abs. 1.

Zu § 9 Abs. 3c, § 10 Abs. 4c, § 11b Abs. 5 (Leistungszahlen):

Maßgeblich sind jene Leistungszahlen aus dem zuletzt abgeschlossenen Kalenderjahr, die gemäß dem Bundesgesetz über Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, im Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) dokumentiert sind. Für erforderliche Leistungen, die nicht im DIAG erfasst oder ausgewertet werden können, sind die trägereigenen organisationseinheitenbezogenen Daten zu verwenden.

Wie bisher, hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister auf Anfrage den Trägern von Krankenanstalten die Schablonen, befüllt mit den Leistungszahlen aus dem DIAG zur Verfügung zu stellen. Damit kommt dem Bundesminister eine zentrale Rolle zu.

Zu § 9 Abs. 3b Z 2, § 10 Abs. 4b Z 2 und § 11b Abs. 4 Z 2 (Berechnung der Zahl der Ausbildungsstellen/Spezialisierungsstellen):

Die vollständig ausgefüllte Schablone gemäß § 9 Abs. 3b Z 1, § 10 Abs. 4b Z 1 und § 11b Abs. 4 Z 1 stellt die Grundlage für die von den Antragstellenden geforderte nachvollziehbare leistungsbezogene Berechnung der beabsichtigten Zahl der Ausbildungsstellen/Spezialisierungsstellen dar.

Zu beachten ist, dass die Leistungszahlen über die rein rechnerisch erforderliche Höhe in einen solchen Ausmaß hinausgehen müssen, dass die durch Fachärztinnen/Fachärzte der Organisationseinheiten selbst zu erbringenden Leistungen, etwa zur Aufrechterhaltung der eigenen operativen Fähigkeiten, angemessen berücksichtigt werden.

In der bisherigen Vollziehungspraxis wird von einer notwendigen Überschreitung um etwa 50% ausgegangen.

Zu Z 8 (§ 9 Abs. 5):

Die Festsetzung von Ausbildungsstellen in Ausbildungsstätten für die allgemeinärztliche Ausbildung soll, wie die Anerkennung als Ausbildungsstätte, ebenso an Auflagen und Bedingungen geknüpft werden können, wenn deren Erfüllung oder Einhaltung für die gesetzmäßige Ausübung der Ausbildungstätigkeit, die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Ausbildungsniveaus oder zur Wahrung der Ausbildungsvoraussetzungen geboten ist. Damit entspricht diese Regelung § 10 Abs. 6 ÄrzteG 1998 hinsichtlich der Ausbildungsstätten und -stellen für die fachärztliche Ausbildung.

Zu Z 10 (§ 9 Abs. 6 zweiter Satz):

Bedingt durch ein Redaktionsversehen in der Novelle BGBl. Nr. 72/2021 ist hinsichtlich der Meldepflicht bei Umstrukturierung der Ausbildungsstätte die zuständigkeitsneutrale Formulierung nachzuholen. Gemäß § 13c Abs. 1 kommt die diesbezügliche Zuständigkeit den Landeshauptfrauen/Landeshauptmännern zu. Darüber hinaus ist die Meldepflicht auch hinsichtlich der festgesetzten Ausbildungsstellen zu ergänzen.

Zu Z 7, 9, 14, 15, 21, 22, 27, 33 und 70 (Entfall des § 9 Abs. 4, § 9 Abs. 6 erster Satz, Entfall des § 10 Abs. 7, § 10 Abs. 8 erster Satz, Entfall des § 12 Abs. 3, § 12 Abs. 4, Entfall des § 12a Abs. 3, Entfall des § 13 Abs. 3, § 13 Abs. 10 erster Satz, Entfall des § 13a ÄrzteG 1998 sowie § 248 Abs. 6):

Die Rezertifizierungsverfahren (§ 13a ÄrzteG 1998) sowie die damit eingehende Begrenzung des Anerkennungszeitraums auf sieben Jahre wurden mit der Novelle BGBl. I Nr. 82/2014 eingeführt.

Um den Zuständigkeitsübergang für die An- und Aberkennungsverfahren auf die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner zu erleichtern und den Verwaltungsaufwand zu reduzieren, sollen die Rezertifizierungsverfahren mit 31. Dezember 2022 entfallen und die siebenjährige Anerkennungszeitdauer in eine unbefristete Anerkennungszeitdauer umgewandelt werden.

Im Hinblick auf die COVID-19-Pandemie sind auf Grundlage des § 236 Abs. 4 ÄrzteG 1998 die Rezertifizierungsverfahren gemäß § 13a ÄrzteG 1998 derzeit ausgesetzt.

Um die notwendige behördliche Überprüfung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung weiter zu gewährleisten, soll hinkünftig als Ausgleich eine verstärkte – auch stichprobenbezogene – Visitation von Aus- und Spezialisierungsstätten stattfinden, anlässlich der auch die jeweils aktuelle Übereinstimmung des Leistungsspektrums mit den zu vermittelnden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten stattzufinden hat. Ergibt die Visitation einen diesbezüglichen Mangel, ist gemäß § 13e Abs. 1 ein Aberkennungsverfahren einzuleiten. Darüber hinaus bleiben die bestehenden Bestimmungen unberührt, die eine Zurücknahme der Anerkennung oder Streichung von Ausbildungsstellen/Spezialisierungsstellen vorsehen, wenn Voraussetzungen für die Anerkennung ursprünglich nicht gegeben waren oder weggefallen sind (vgl. § 6a Abs. 5, § 9 Abs. 6, § 10 Abs. 8, § 12 Abs. 4, § 12a Abs. 5 oder § 13 Abs. 10 ÄrzteG 1998).

Näheres zu den Visitationen: Vgl. die Erläuterungen zu § 13e.

§ 248 Abs. 6 sieht als Übergangsbestimmung vor, dass allfällige bei der Österreichischen Ärztekammer anhängige Rezertifizierungsverfahren einzustellen sind. Sofern das bisherige Ermittlungsverfahren einen möglichen Grund für eine Aberkennung oder Einschränkung der Anerkennung ergibt, soll die Österreichische Ärztekammer dies der Landeshauptfrau/dem Landeshauptmann unverzüglich mitteilen und ihr/ihm den Verfahrensakt übermitteln. Die Landeshauptfrau/Der Landeshauptmann soll sodann ein Aberkennungsverfahren durchführen.

Zu Z 17, 21, 27, 33, 35 und 69 (Entfall des § 11 Abs. 7, des § 12 Abs. 8, des § 12a Abs. 9 und des § 13 Abs. 9, § 13a samt Überschrift und Entfall des § 235 Abs. 15):

Zur Beibehaltung der Führung der Ausbildungsstellenverwaltung durch die Österreichische Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich: Vgl. die Erläuterungen zu § 13c Abs. 2.

Die sogenannte Ausbildungsstellenverwaltung war bisher nicht explizit eigenständig gesetzlich geregelt, sondern wurde aus den Pflichten zur Meldung bestimmter Daten gemäß § 11 Abs. 7, § 12 Abs. 8 und § 12a Abs. 9 ÄrzteG 1998 abgeleitet: So war der Beginn, die Unterbrechung, die Änderung des Ausbildungsmaßes sowie der Abschluss der Ausbildung innerhalb eines Monats vom Träger der Ausbildungsstätte bzw. von der Lehr(-gruppen-)praxisinhaberIn/vom Lehr(-gruppen-)praxisinhaberIn schriftlich, gegebenenfalls mittels einer zur Verfügung gestellten Applikation, unter Angabe des Namens, des Geburtsdatums sowie gegebenenfalls der Ärzteliste-Eintragungsnummer und der Ausbildungsstellennummer der Turnusärztin/des Turnusarztes bekannt zu geben. Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat in diesem Zusammenhang das Recht, jederzeit datenschutzkonforme Informationen in strukturierter und aufbereiteter Form über den Stand der Ausbildung zu erhalten.

Der Regelungsvorschlag des § 13a dient somit der Konsolidierung der Rechtsgrundlage für die Führung der Ausbildungsstellenverwaltung durch Zusammenführung und Erweiterung der bisherigen Bestimmungen.

Die Ausbildungsstellenverwaltung wird in Abs. 1 als Applikation zum Zweck der Nachvollziehbarkeit der zeitlichen Besetzung von Ausbildungsstellen und Spezialisierungsstellen durch Ärztinnen/Ärzten in Aus- oder Weiterbildung definiert, deren Führung der Österreichischen Ärztekammer obliegt, aber aus den entsprechenden Meldungen gemäß Abs. 3 seitens der Träger der Ausbildungs- und Spezialisierungsstätten einschließlich der Lehrpraxisinhaberinnen/Lehrpraxisinhaber, Gesellschafterinnen/Gesellschaftern von Lehrgruppenpraxen sowie Leiterinnen/Leitern der Lehrambulatorien sowie gemäß § 13c Abs. 3 letzter Satz seitens der Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner hinsichtlich der anerkannten Aus- und Weiterbildungsstätten sowie -stellen gespeist wird.

Die Zwecke der Datenverarbeitung werden in § 13a Abs. 1 Z 1 bis 3 genannt. Demnach werden die Daten der Ausbildungsstellenverwaltung für die Ausstellung von Diplomen gemäß § 15 ÄrzteG 1998 und § 17 der SpezV (Z 1), die Eintragung in die Ärzteliste gemäß § 27 ÄrzteG 1998 unter Berücksichtigung von Änderungsmeldungen gemäß § 29 ÄrzteG 1998 (Z 2) sowie die Erfüllung der Übermittlungspflichten gemäß § 27a an die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner, Landesregierungen und Landesgesundheitsfonds sowie gemäß § 27b an den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister (Z 3) benötigt.

Vor Ausstellung der Diplome hat die Österreichische Ärztekammer die Einhaltung der Aus- und Weiterbildungserfordernisse zu überprüfen, somit insbesondere ob die entsprechenden Aus- oder Weiterbildungszeiten an den hierfür vorgesehenen Ausbildungs- oder Spezialisierungsstellen der entsprechenden Ausbildungs- oder Spezialisierungsstätten eingehalten worden sind. Dafür ist die Erhebung der Daten gemäß Abs. 2 erforderlich. An die Ausstellung der Diplome schließt sich nachfolgend die entsprechende Erlangung der Berufsberechtigung durch Eintragung in die Ärzteliste an.

Abs. 2 legt drei Kategorien von Daten fest:

Die Daten der Z 1 und 2 sind Daten zur Identifikation der Ausbildungsstellen und Spezialisierungsstellen (Stellen-Identifikationsnummern, Bezeichnungen, Postadressen, Ausbildungsfächer und Spezialisierungen). Da bei Ausbildungsstellen gemäß §§ 9, 10, 12, 12a, 13 auch Teilanerkennungen (etwa für einzelne Module) möglich sind, ist es notwendig auch das Anerkennungsmaß in der Ausbildungsstellenverwaltung darzustellen. Eine solche Teilanerkennung gibt es bei Spezialisierungsstellen nicht.

Die Daten der Z 3 bis 5 sind personenbezogene Daten der in Aus- oder Weiterbildung befindlichen Ärztinnen/Ärzte (Vor- und Nachnamen, Geburtsdaten, Ärzteliste-Eintragungsnummern).

Die Daten der Z 6 bis 12 beziehen sich auf den Verlauf der Aus- oder Weiterbildung der betreffenden Ärztinnen/Ärzte im Rahmen der jeweiligen Ausbildungs- und Spezialisierungsstellen in den jeweiligen Ausbildungs- und Spezialisierungsstätten einschließlich Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien. So sollen entsprechend der jeweiligen lit. a bis e jeweils der Beginn der Aus- oder Weiterbildung, die Änderung des Aus- oder Weiterbildungsmaßes, der Wechsel der Aus- oder Spezialisierungsstelle oder der Ausbildungs- oder Spezialisierungsstätte, die Unterbrechung sowie der Abschluss der Aus- oder Weiterbildung erfasst werden.

Die Notwendigkeit der detaillierten und damit abschließenden Aufschlüsselung der Daten ergibt sich aufgrund der Komplexität des ärztlichen Aus- und Weiterbildungssystems.

Abs. 3 führt die bisher in § 11 Abs. 7, § 12 Abs. 8, § 12a Abs. 9, § 13 Abs. 9 und § 235 Abs. 15 ÄrzteG 1998 normierten Meldeverpflichtungen zur Einspeisung der Daten in die Ausbildungsstellenverwaltung zusammen.

Dementsprechend sind die Daten gemäß Abs. 2 Z 6 bis 12 betreffend Ärztinnen/Ärzte in Aus- oder Weiterbildung von den Träger der Ausbildungs- und Spezialisierungsstätten einschließlich der Lehrpraxisinhaberinnen/Lehrpraxisinhaber, Gesellschafterinnen/Gesellschaftern von Lehrgruppenpraxen sowie Leiterinnen/Leitern der Lehrambulatorien unter Angabe der Daten gemäß Abs. 2 Z 3 bis 5, soweit vorhanden auch der Daten gemäß Abs. 2 Z 1 oder 2, der Österreichischen Ärztekammer innerhalb eines Monats ab Eintritt des aus- oder weiterbildungsbezogenen Meldegrundes (Beginn, Ausmaßänderung, Wechsel, Unterbrechung oder Abschluss) schriftlich durch Dateneingabe in die zur Verfügung gestellte Applikation gemäß Abs. 1 zu melden. Gesellschafterinnen/Gesellschaftern von Lehrgruppenpraxen dürfen die Meldungen auch in sonstiger Weise schriftlich an die Österreichische Ärztekammer vornehmen.

Abs. 4 regelt die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO und sieht eine geteilte Verantwortlichkeit vor. Da die Österreichische Ärztekammer zur Führung der Ausbildungsstellenverwaltung gemäß Abs. 3 auf die Meldungen der Übermittlungsverpflichteten angewiesen ist, soll festgelegt werden, dass diese Übermittlungsverpflichteten für die Erhebung der Daten zum Zweck der Übermittlung an die Österreichische Ärztekammer sowie für die Übermittlung selbst datenschutzrechtlich verantwortlich sind. Die Österreichische Ärztekammer soll hingegen für die Führung der Ausbildungsstellenverwaltung Verantwortliche im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO sein.

Hinsichtlich Löschpflichten wird auf den Grundsatz der Speicherbegrenzung gemäß Art. 5 Abs. 1 lit. e DSGVO und die Löschungspflicht gemäß Art. 17 Abs. 1 lit. a DSGVO verwiesen.

Zu Z 18 und 19 (§ 11a Abs. 2, § 11b samt Überschrift):

Zu § 11a Abs. 2:

Ziel der ärztlichen Spezialisierungen ist der geregelte Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte ärztliche Tätigkeiten nach Abschluss der allgemeinärztlichen oder fachärztlichen Ausbildung. Die entsprechende Verordnung über Spezialisierungen (SpezV) der Österreichischen Ärztekammer wurde auf Grund der § 11a Abs. 3 und § 117c Abs. 2 Z 12 ÄrzteG 1998 erlassen.

Die Änderung in § 11a Abs. 2 dient der Aufnahme eines Verweises auf § 11b, der die Anerkennung von Spezialisierungsstätten regelt.

Darüber hinaus wird im Sinne der besseren Lesbarkeit eine Gliederung der Einrichtungen, die als Spezialisierungsstätten anerkannt werden können, vorgenommen. Zudem wird die Z 3 ‚Einrichtungen, die der medizinischen oder psychosozialen Behandlung, Pflege oder Betreuung dienen‘ um eine beispielhafte Aufzählung aus der SpezV betreffend Pflegeheime, Altersheime und Hospize ergänzt.

Nachdem die Österreichische Ärztekammer auch nach dem 31. Dezember 2022 für die Führung des Spezialisierungsverzeichnisses (vgl. Erläuterungen zu § 13c Abs. 2) zuständig bleiben soll, erfolgt im Schlusssatz des § 11a Abs. 2 eine entsprechende Spezifizierung.

Zu § 11b samt Überschrift:

§ 11b dient der Überführung der bisher ausschließlich in der SpezV geregelter Anerkennungsvoraussetzungen für Spezialisierungsstätten in das ÄrzteG 1998. Dabei wird auch die besondere Regelung des § 12 SpezV übernommen, wonach sich mehrere Einrichtungen gemeinsam als Spezialisierungsverbund anerkennen lassen können.

Die bisher in der SpezV festgelegten Erfordernisse für die Anerkennung als Spezialisierungsstätte wurden inhaltlich nicht geändert, jedoch werden die Regelungen an die Systematik der §§ 9 und 10, insbesondere hinsichtlich der Erfordernisse der Antragstellung, angepasst.

Zu Z 20 und 26 (§ 12 Abs. 1 und 2 sowie § 12a Abs. 1 und 2):

Mit der Neufassung des § 12a Abs. 1 und 2 sowie § 12a Abs. 1 und 2 sollen sämtliche Anerkennungsvoraussetzungen für Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen konsolidiert geregelt werden, welche bisher im Wesentlichen in der Verordnung über die ärztliche Ausbildung gemäß § 24 Abs. 1 ÄrzteG 1998 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) festgelegt waren.

Zu den Sozialversicherungsträger und das Sozialversicherungsrecht betreffenden Punkten soll der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Rahmen des Anerkennungsverfahrens gehört werden.

Gemäß § 12 Abs. 2 Z 7 und § 12a Abs. 2 Z 7 sollen auf Wunsch der Österreichischen Ärztekammer auch angestellte Ärztinnen/Ärzte mit zumindest vierjähriger freiberuflicher Berufserfahrung die Ausbildungsverantwortung übernehmen dürfen.

Zu Z 23, 24, 28 bis 31 (§ 12 Abs. 4 und 5 sowie § 12a Abs. 4 bis 7):

Es handelt sich insbesondere um sprachlich-terminologische Änderungen.

Der bisher im Rahmen der Regelungen über die Erlangung der Berechtigung als Lehrpraxis und Lehrgruppenpraxis verwendete Begriff ‚Bewilligung‘ soll durch den Begriff ‚Anerkennung‘ ersetzt werden, um eine Harmonisierung mit den Begrifflichkeiten der §§ 9, 10, 11, 11a, 11b und 13 zu erreichen.

In § 12 Abs. 5 und § 12a Abs. 6 erfolgen zusätzliche sprachliche Adaptierungen innerhalb einer neuen Gliederung.

Zu Z 25 und 30 (§ 12 Abs. 5a und § 12a Abs. 6a):

Die in den Regelungen für die anderen Ausbildungsstätten verankerte Meldepflicht bei Umstrukturierung an die zuständige Behörde ist für die Lehrpraxis und Lehrgruppenpraxis unter Berücksichtigung einer Standortverlegung zu ergänzen, wobei die Anerkennung weiterhin bestehen bleibt, sofern die Voraussetzungen für die Anerkennung weiterhin erfüllt sind.

Zu Z 32 (§ 13 Abs. 1 und 2):

Gleichsam wie bei den Bestimmungen für die Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen soll es mit der Neufassung des § 13 Abs. 1 und 2 zu einer Konsolidierung und Zusammenführung der Bestimmungen über die Voraussetzungen für die An- und Aberkennung auch für Lehrambulatorien im ÄrzteG 1998) unter besonderer Berücksichtigung der aktuell in der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (AAO 2015) geregelten Voraussetzungen kommen.

Zu Z 37 (§ 13c samt Überschrift):

§ 13c, der mit der Novelle BGBl. I Nr. 172/2021 eingeführt worden ist, wird aufgrund der nachfolgend beschriebenen Änderungen neu gefasst.

Ergänzt werden Verfahren gemäß § 235 Abs. 4 ÄrzteG 1998. Dabei handelt es sich um Verfahren der Übergangsbestimmung aus der Novelle BGBl. I Nr. 82/2014, die zwar von geringer praktischer Bedeutung sind, aber dennoch beim Zuständigkeitsübergang zu berücksichtigen sind.

Den Verhandlungen des Gesundheitsressorts mit den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer folgend, soll im Sinne der Sicherstellung der Bundeseinheitlichkeit und bundesweiten Datenverfügbarkeit die Österreichische Ärztekammer auch nach dem 31. Dezember 2022 für die Führung der Ausbildungsstättenverzeichnisse und der Ausbildungsstellenverwaltung im übertragenen Wirkungsbereich (vgl. die Erläuterungen zu § 117c Abs. 1 Z 2 und 3) zuständig bleiben. Zu diesem Zweck werden die diesbezüglichen Zuständigkeiten aus Abs. 1 ausgeschieden und im neuen Abs. 2 geregelt. Zur besseren Lesbarkeit wird das Spezialisierungsverzeichnis gemäß § 11a Abs. 2 vom Begriff ‚Ausbildungsverzeichnis‘ mitumfasst.

An der durch die Novelle BGBl. I Nr. 172/2021 auf die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner übertragenen Zuständigkeit für Verfahren gemäß den §§ 6a, 9, 10, 11a, 12, 12a, 13 und 38 (und nunmehr formal auch § 235 Abs. 4) soll entgegen der Wunschlage der ärztlichen Ständesvertretung weiter festgehalten werden. Die ebenso übergegangene Zuständigkeit für Visitationen, die in § 13c neu ausgestaltet wird, wird nunmehr in § 13c Abs. 1 auch ausdrücklich genannt.

Zur Abdeckung des finanziellen Mehraufwands für die genannten Verfahren und Visitationen, der sich bereits aus der Novelle BGBl. I Nr. 172/2021 ergibt, wird auf ausdrücklichen Wunsch der Länder in § 13c Abs. 6 eine Rechtsgrundlage für die Einhebung kostendeckender Gebühren und Auslagen von den Antragstellenden durch die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner geschaffen.

Der Regelungsvorschlag des § 13c Abs. 6 folgt dem Vorbild des § 11 des EU-Qualitätsregelungen-Durchführungsgesetzes, BGBl. I Nr. 130/2015.

Demnach soll für die genannten behördlichen Aufgaben der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen durch Verordnung kostendeckende Gebühren und Auslagen nach Maßgabe eines Tarifes (§ 57 AVG) festsetzen, die von den Antragstellenden oder bei amtswegiger Einleitung von den Parteien zu entrichten sind. In der Verordnung

können Vorschriften über die Einhebung der Gebühren und Auslagen, insbesondere über den Zeitpunkt der Entrichtung, vorgesehen werden. Die Gebühren und Auslagen sollen von der Landeshauptfrau/vom Landeshauptmann eingehoben werden und zur Finanzierung der Vollziehung der genannten behördlichen Aufgaben zweckgebunden verwendet werden.

Das bisher in § 13c Abs. 2 ÄrzteG 1998 vorgesehene Recht auf Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer als Beteiligte in gegenständlichen Verfahren findet sich nunmehr in § 13c Abs. 3 erster Satz.

Die verdeutlichte Vorgabe in § 13c Abs. 3 zweiter Satz hinsichtlich der unverzüglichen Zustellung der verfahrensbeendenden Erledigung an die Österreichische Ärztekammer ist notwendig, damit die Österreichische Ärztekammer ihre Aufgaben hinsichtlich der Führung der Ausbildungsstättenverzeichnisse und der Ausbildungsstellenverwaltung gemäß § 13c Abs. 2 erfüllen kann.

§ 13c Abs. 4 und 5 regelt in Ausführung der bestehenden Amtshilferegelung des § 117f die notwendige Auskunftserteilung über durchgeführte Verfahren und Visitationen durch die Österreichische Ärztekammer an die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner.

Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts als zweite Instanz in § 13c Abs. 7 ist bereits in § 13c Abs. 3 ÄrzteG 1998 idF der Novelle BGBl. I Nr. 172/2021 vorgesehen und wird nunmehr nur um § 235 Abs. 4 ergänzt.

§ 13c Abs. 8 sieht im Sinne der Gewährleistung eines Gesamtüberblicks über die anhängigen und abgeschlossenen An- und Aberkennungsverfahren die Etablierung einer entsprechenden jährlichen Berichtspflicht für die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner an den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister in standardisierter Form vor. Sollte darüber hinaus in Ausübung des ministeriellen Weisungsrechts ein weiterer Informationsbedarf bestehen, wären entsprechende zusätzliche Berichte einzufordern. Die Österreichischen Ärztekammer soll die Berichte im Hinblick auf ihre Zuständigkeit zur Führung der die Führung der Ausbildungsstättenverzeichnisse und der Ausbildungsstellenverwaltung erhalten.

Zu Z 38, 62 und 70 (§ 13d, § 117c Abs. 1 Z 9 und § 248 Abs. 2):

Der Regelungsvorschlag des § 13d Abs. 1 dient der normativen Abbildung des vom Gesundheitsressort und der Österreichischen Ärztekammer gemeinsam entwickelten Definitionshandbuchs, das hinkünftig ‚Definitionenhandbuch für die ärztliche Aus- und Weiterbildung‘ genannt werden soll.

Das derzeit in Verwendung befindliche „Definitionenhandbuch“ des Gesundheitsressorts ist ein in der Vollziehung entwickeltes und bewährtes Regelwerk, in dem hinsichtlich der in den Verordnungen gemäß § 24 Abs. 2 und § 11a Abs. 3 ÄrzteG 1998 definierten und den einzelnen Fachgebieten zugeordneten Fertigkeiten jeweils die berechneten Leistungskennzahlen aus dem Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) den in den genannten Verordnungen normierten Richtzahlen zu den Fertigkeiten gegenübergestellt werden. Daraus werden technische Definitionen gebildet, die wiederum als Basis für die Schablonen (strukturierte Excel-Berichte) zum Leistungsspektrum einer Organisationseinheit einer Krankenanstalt gemäß § 9 Abs. 3b Z 1, § 10 Abs. 4b Z 1 und § 11b Abs. 4 Z 1 und der leistungsbezogenen Berechnung von Ausbildungsstellen herangezogen werden.

Das DIAG stellt die bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Krankenanstaltenbereich sicher. Die Diagnosenerfassung erfolgt dabei nach dem Diagnoseschlüssel ICD-10 und die Leistungserfassung nach dem Leistungskatalog des BMSGPK in der jeweils gültigen Fassung.

Das Definitionenhandbuch für die ärztliche Aus- und Weiterbildung ist eine wesentliche Grundlage für eine bundesweit einheitliche und transparente Vollziehung der Anerkennungsverfahren und Festsetzung der Ausbildungsstellen/Spezialisierungsstellen.

Es ist derzeit auf der Homepage des Gesundheitsressorts und der Österreichischen Ärztekammer abrufbar und soll hinkünftig im Sinne der Rechtsverbindlichkeit und Rechtssicherheit gemäß § 13d Abs. 2 als Anlage zur Verordnung über die ärztliche Ausbildung gemäß § 24 Abs. 1 erlassen werden.

Darüber hinaus regelt § 13d Abs. 2 die Zuständigkeit für die Erarbeitung des Definitionenhandbuchs. Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat dieses unter Mitwirkung der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß § 6b und der Österreichischen Ärztekammer zu erarbeiten und weiterzuentwickeln. Bereits derzeit wird das Handbuch einer jährlichen Revision unterzogen.

Die Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer wird zudem als Aufgabe des übertragenen Wirkungsbereichs (§ 117c Abs. 1 Z 9) definiert.

Im Hinblick darauf, dass die Bestimmungen zum Ausbildungsstättenrecht mit 1. Jänner 2023 in Kraft treten sollen, sieht § 248 Abs. 2 zur Gewährleistung der Vollziehbarkeit eine Übergangsbestimmung für das bestehende ‚Definitionshandbuch‘ vor, welches aktuell auf der Homepage des Gesundheitsressorts veröffentlicht ist. Demnach soll dieses bis zur ehestmöglichen Erlassung des ‚neuen‘ Definitionshandbuchs als Anlage zur Verordnung über die ärztliche Ausbildung gemäß § 24 Abs. 1 als solches im Sinne des § 13 Abs. 2 gelten.

Zu Z 38, 56, 58, 64 und 68 (§ 13e, § 66a Abs. 1 Z 19, § 117b Abs. 1 Z 16 sowie Entfall des § 117c Abs. 2 Z 9 und des § 128a Abs. 6):

Die Regelungsvorschläge dienen der Neugestaltung der Visitationen von ärztlichen Ausbildungsstätten/Spezialisierungsstätten, insbesondere hinsichtlich der Durchführung der Visitationen durch die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner unter Einbeziehung der ärztlichen Standesvertretung und medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften sowie des Übergangs der diesbezüglichen Verordnungskompetenz von der Österreichischen Ärztekammer auf den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister.

Grundlage für die Regelungen ist die Visitationsverordnung der Österreichischen Ärztekammer, die mit 1. Jänner 2023 obsolet werden soll.

Zweck der Visitationen durch die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner gemäß § 13e Abs. 1 ist die Überprüfung der Aus- oder Weiterbildungsqualität in den anerkannten Ausbildungsstätten/Spezialisierungsstätten (im Folgenden Einrichtungen). Als Grundlage für die Überprüfung der Ausbildungsqualität dienen die Regelungen des ÄrzteG 1998, der Verordnung über die ärztliche Ausbildung gemäß § 24 Abs. 1 und die Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V 2015).

§ 13e Abs. 1 unterscheidet folgende Formen der Visitation: Die anlassbezogene Visitation (Z 1) soll gemäß der lit. a der Überprüfung von Voraussetzungen für die An- oder Aberkennung in einem Verfahren oder gemäß lit. b der Klärung von Beschwerden über die Aus- oder Weiterbildungsqualität dienen. Die stichprobenbezogene Visitation (Z 2) aufgrund einer Auswahl mittels Zufallsverfahren zur allgemeinen Kontrolle der Aus- oder Weiterbildungsqualität soll durch Verordnung gemäß § 13e Abs. 8 näher ausgestaltet werden (vgl. diesbezügliche Erläuterungen).

Den Landeshauptfrauen/Landeshauptmännern steht es, sofern keine Regelung gemäß § 13e Abs. 8 zu beachten sein wird, frei, welche konkreten Personen sie zur Visitation im ihrem/seinem Namen entsenden. Auch die Durchführung durch bestellte nichtamtliche Sachverständige ist möglich. Die Österreichische Ärztekammer hat bisher Visitationskommissionen gebildet.

Jedenfalls zu den Visitationen gemäß § 13e Abs. 3 einzuladen sind jeweils eine Vertreterin/ein Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der Ärztekammer im jeweiligen Bundesland sowie von der Österreichischen Ärztekammer assoziierte medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften (‚Fachgesellschaften‘).

Gemäß § 13e Abs. 1 zweiter und dritter Satz soll über jede durchgeführte Visitation ein Bericht nach standardisierten Kriterien verfasst werden, der im Sinne der gebotenen Transparenz der Einrichtung schriftlich zur Kenntnis zu bringen ist. Wenn eine Visitation gemäß Z 1 oder 2 einen Mangel der Aus- oder Weiterbildungsqualität hervorbringt, soll normiert werden, dass die Landeshauptfrau/der Landeshauptmann verfahrensmäßig gemäß § 6a Abs. 5, § 9 Abs. 6, § 10 Abs. 8, § 11b Abs. 9, § 12 Abs. 4, § 12a Abs. 5 oder § 13 Abs. 10 vorzugehen hat.

§ 13e Abs. 2 sieht aufgrund des Entfalls der Rezertifizierungsverfahren eine ‚Leistungsspektrum-Überprüfung‘ anlässlich der Visitation vor. Demnach soll vor, während oder nach der Visitation die Landeshauptfrau/der Landeshauptmann prüfen, ob im Sinne der Anerkennungsvoraussetzungen das Leistungsspektrum der Einrichtung noch ausreicht, um den Ärztinnen/Ärzten in Aus- oder Weiterbildung die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zu vermitteln. Zu diesem Zweck sollen Einrichtungen (Träger von Krankenanstalten) gemäß §§ 9, 10 und 11a Abs. 2 Z 1 Schablonen mit aktuellen Leistungszahlen zur Verfügung stellen, die wie bei Antragstellung beim Gesundheitsressort angefordert werden können sollen. Auch die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner sollen anforderungsberechtigt sein, um das Visitationsrecht unbeschränkt ausüben zu können.

Gemäß § 13e Abs. 4 werden die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammern in den Bundesländern ermächtigt, im Rahmen ihres eigenen Wirkungsbereichs gemäß § 66 Abs. 1 Z 19 und § 117c Abs. 1 Z 16 Visitationen gemäß Abs. 1 Z 1 bei der zuständigen Landeshauptfrau/dem Landeshauptmann anzuregen.

§ 13e Abs. 5 sieht nach dem Vorbild des § 22a Abfallwirtschaftsgesetz 2002, BGBl. I Nr. 102/2002, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 200/2021, eine Übertragungsmöglichkeit der Zuständigkeit zur gänzlichen oder teilweisen Durchführung von Visitationen an die Bezirksverwaltungsbehörde vor, sofern dies im Interesse der Zweckmäßigkeit, Klarheit, Kostenersparnis und Einfachheit gelegen ist. In diesem Sinne soll insbesondere dann von dieser Delegation Gebrauch gemacht werden können, wenn die Visitation mit einer Überprüfung der hygienischen Anforderungen gemäß § 56 Abs. 2 ÄrzteG 1998 oder zur Einschau zur sanitären Aufsicht gemäß § 60 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, verbunden werden soll. Die Anregungs- und Teilnahmerechte gemäß Abs. 2 und 3 sollen dadurch aber keinesfalls berührt werden.

§ 13e Abs. 6 enthält die bisher in § 128a Abs. 6 vorgesehene Regelung betreffend Zutritts-, Einsichts- und Auskunftsrechte, wobei die sprachliche Ergänzung um ‚relevante Personen‘ sicherstellen soll, dass auch die in der Einrichtung in Aus- oder Weiterbildung stehenden Ärztinnen/Ärzte im Rahmen der Visitation gehört werden können.

§ 13e Abs. 7 sieht eine jährliche Berichtspflicht der Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner über die durchgeführten Visitationen nach standardisierten Vorgaben an den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister vor. Der Bericht soll auch der Österreichischen Ärztekammer übermittelt werden.

§ 13e Abs. 8 regelt eine Verordnungsermächtigung im Rahmen der Verordnung über die ärztliche Ausbildung gemäß § 24 Abs. 1 für den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister zur Erlassung näherer Vorschriften über die Ausgestaltung der Visitationen nach dem Vorbild der Visitationsverordnung der Österreichischen Ärztekammer. Dabei ist insbesondere auf die gemäß Z 1 festzulegende Stichprobengröße und Dauer des Visitationszyklus für die stichprobenbezogenen Visitationen hinzuweisen, wobei regional und nach Art der Einrichtungen gemäß §§ 6a, 9, 10, 12, 12a, 13 oder 38 und § 235 Abs. 4 unterschieden werden können soll.

Seitens des Gesundheitsressorts und der Österreichische Ärztekammer wird eine Stichprobengröße von 10% nach Vorbild der stichprobenbezogenen Vor-Ort-Besuchen auf Grundlage der Qualitätssicherungsverordnung 2018 (QS-VO 2018) der Österreichischen Ärztekammer, insbesondere als Ausgleich zum Wegfall der Rezertifizierungsverfahren, als adäquat angesehen.

Darüber hinaus sollen in der Verordnung gemäß § 13e Abs. 8 Z 2 bis 6 erforderliche Regelungen betreffend Qualifikation von visitierenden Personen, Organisation (Vorbereitung und Ablauf) der Visitationen, Überprüfungskriterien entsprechend der ausbildungsrechtlichen Vorschriften, Gestaltung des Visitationsberichts sowie Berichtspflicht an den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister vorgesehen werden.

Zu Z 39 (§ 24 Abs. 1):

Die Neutextierung des § 24 Abs. 1 dient der Konsolidierung des Verordnungsauftrags für die näheren Regelungen der ärztlichen Ausbildung.

In der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015), BGBl. II Nr. 147/2015, in der Fassung des BGBl. II Nr. 49/2022, werden sodann insbesondere die Z 3 (Festlegung der jeweiligen Höchstdauer der in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien absolvierbaren Ausbildungszeiten gemäß § 8 Abs. 4), die Z 6 (Kundmachung des Definitionenhandbuches als Anlage) sowie die Z 7 (Ausgestaltung der Visitationen gemäß § 13e Abs. 8) zu berücksichtigen sein.

Zu Z 42 (§ 27a samt Überschrift):

Im Hinblick auf das durch § 246 Abs. 4 ÄrzteG 1998 idF der Novelle BGBl. I Nr. 172/2021 angeordnete Außerkrafttreten des § 27a Abs. 3 ÄrzteG 1998 mit 31. Dezember 2022 wird zur Sicherstellung des Erhalts dieser Bestimmung die Novellierung des gesamten § 27a angeordnet.

Aufgrund des Übergangs der Zuständigkeit für die Führung der Verfahren gemäß § 13c Abs. 1 auf die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner und der Einräumung des Weisungsrechts gemäß § 195f Abs. 1 sind folgende Ergänzungen der Bestimmungen des § 27a notwendig:

Durch die gesetzliche Neuregelung der Ausbildungsstellenverwaltung in § 13a Abs. 1 und 2 sind entsprechende Verweisanpassungen vorzunehmen.

Das Datum ‚Berufstätigkeit mit partiellem Berufszugang gemäß § 5a Abs. 1a‘ in § 27a Abs. 2 Z 6 dient der Berücksichtigung der Novelle BGBl. I Nr. 65/2022.

In § 27a Abs. 4 wird eine Präzisierung der Verantwortlichenstellung vorgenommen: Datenschutzrechtlich verantwortlich im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO für die Bereitstellung der Daten gemäß Abs. 2 und 3 zum Zweck der Übermittlung gemäß Abs. 1 sowie für die Übermittlung selbst soll die Österreichische

Ärzttekammer sein. Die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner, Landesregierungen und Landesgesundheitsfonds sollen für die Verarbeitung gemäß Abs. 4 Verantwortliche im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO sein.

Zu Z 43 (§ 27b samt Überschrift):

Seit der Ärztegesetz-Novelle BGBl. I Nr. 72/2021 haben die Landesregierungen und Landesgesundheitsfonds mit § 27a einen datenschutzkonformen Zugang auf entsprechend gesetzlich festgelegte Daten aus der Ärzteliste und der Ausbildungsstellenverwaltung der Österreichischen Ärztekammer, die vor allem für die Planung und die Erstellung der regionalen Strukturpläne Gesundheit, der Prognose des zukünftigen Bedarfs und Angebots an Ärztinnen/Ärzten und zur Qualitätssicherung etwa im Rahmen des Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag erforderlich sind.

Um die medizinische Versorgungssicherheit langfristig zu planen und sicherzustellen, vor allem für die Planung des Bundes zur Erstellung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, der Prognose des zukünftigen Bedarfs und Angebots an Ärztinnen/Ärzten und zur Qualitätssicherung etwa im Rahmen des Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag, ist es ebenso unerlässlich, dass der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister und nach einer allfälligen entsprechenden Auftragsvergabe das Österreichische Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen über diese Daten zur Gesamt-Ressourcensituation im ärztlichen Bereich in qualitativer, quantitativer, örtlicher und zeitlicher Dimension verfügen. Die für die Planung erforderliche Datenbasis soll durch den Zugang samt deren Verarbeitung von den in Abs. 2 entsprechend definierten Daten aus der Ärzteliste sowie aus der Ausbildungsstellenverwaltung der Österreichischen Ärztekammer ermöglicht werden, wobei im Wesentlichen diese Daten kategorial als ‚Mengendaten‘ zur verfügbaren ‚Menge‘ an Ärztinnen/Ärzten und zum Ausmaß ärztlicher Ressourcen zu einem bestimmten Zeitpunkt, als ‚Qualifikationsdaten‘ zu fach- und/oder allgemeinmedizinischen Qualifikationen und zu Sonder- und Zusatzqualifikationen der verfügbaren Ärztinnen/Ärzten sowie als ‚Räumliche Bezugsdaten‘ zum geografischen Standort der verfügbaren Ärztinnen/Ärzte zusammengefasst werden können. Eine entsprechende Verfügbarkeit vorausgesetzt, sollen die Daten aus der Ärzteliste und der Ausbildungsstellenverwaltung auf Einzellebene übermittelt bzw. zugänglich gemacht werden, um in der Lage zu sein, ärztliche Ausbildungskarrieren im Zeitverlauf auswerten zu können, und somit präzise Aussagen zum zukünftigen Angebot an Ärztinnen/Ärzten treffen zu können.

Der geplante Datenzugang und die Datenverarbeitung durch den für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministers zum Zweck der Wahrnehmung einer Aufgabe in Ausübung öffentlicher Gewalt, die dem Verantwortlichen übertragen wurde, ist gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. e DSGVO grundsätzlich zulässig. Die ‚Verwaltung von Leistungen der Gesundheitsvorsorge‘ ist laut ErwG 45 DSGVO ein legitimer Zweck im Sinne des Art. 6 Abs. 3 DSGVO.

Die dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister übertragene Aufgaben der Erstellung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, des Monitorings, der Prognoseerstellung und der Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheitsplanung finden ihre rechtlichen Grundlagen in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017.

Dies ist unabhängig von der gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTelG 2012), BGBl. I Nr. 111/2012, vorgesehenen Datenübertragung, wobei der Zweck der Datenverarbeitung ein unterschiedlicher ist.

Es folgt eine Beurteilung der Erforderlichkeit der jeweiligen Datenkategorien für die verfolgten Zwecke:

Das Jahr der Geburt der Ärztin/des Arztes gemäß Abs. 2 Z 1 ist notwendig zur mittel- und langfristigen Planung der verfügbaren ärztlichen Ressourcen, der rechtzeitigen Berücksichtigung von Pensionierungen in der Personalbedarfsplanung für die Sicherstellung der ärztlichen Kapazitäten in den Krankenhäusern zur Abdeckung des dortigen Leistungsspektrums, außerdem relevant für die Planung der Ausbildungsstellen in den Krankenhäusern, weiters von Bedeutung für die Erstellung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit im intra- und extramuralen Bereich.

Die Erhebung des Geschlechts gemäß Abs. 2 Z 2 macht eine gendergerechte mittel- und langfristigen Planung der verfügbaren ärztlichen Ressourcen möglich. Die Entwicklung des Verhältnisses der Geschlechter ist insbesondere für die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen und Abläufe von großer Relevanz, da nur so auf die verschiedenen Bedürfnisse der Geschlechter eingegangen werden kann. Nur dadurch ist es möglich, einerseits Diskriminierungen zu verhindern und andererseits einer optimalen Karriereplanung aller Ärztinnen/Ärzte gerecht zu werden und somit das ärztliche Berufsfeld so attraktiv wie möglich zu gestalten zu können.

Die Staatsangehörigkeit der Ärztin/des Arztes gemäß Abs. 2 Z 3 ist für die Personalbedarfsplanung im Hinblick auf Abwanderungen aus Österreich relevant, vor allem hinsichtlich Abwanderung österreichischer Ärztinnen/Ärzte und einem allfälligen Ausgleich durch ausländische Ärztinnen/Ärzte, um mittel- und langfristig die bestmögliche ärztliche Versorgung und deren Planung für die österreichische Bevölkerung gewährleisten zu können.

Akademische Grade und Berufsbezeichnungen samt allfälligen amtlich verliehenen Titeln und Zusätzen der Ärztin/des Arztes gemäß Abs. 2 Z 4 bis 7 sind wesentlich für Leistungsangebotsplanungen, insbesondere im niedergelassenen/extramuralen Bereich (beispielsweise in der Hospiz- und Palliativversorgung, bei Gesundheitsförderungsprojekten etwa im Bereich Sportmedizin, in der Notarztversorgung).

Die Angabe der medizinischen Fachgebiete gemäß Abs. 2 Z 6 wird für eine sektorgenaue Planung benötigt. Ebenso ist das Datum, ob eine Ärztin/ein Arzt Vollzeit oder Teilzeit arbeitet, ist wesentlich um auf Vollzeitäquivalenz-Basis Personalkapazitäten planen zu können.

Durch Daten über ärztliche Funktionen (Erstfach, Zusatzausbildungen/Diplome), ärztliche Tätigkeiten und ärztliche Nebentätigkeiten gemäß Abs. 2 Z 10 bis 12 können wesentliche Aussage darüber getroffen werden, in welchem Sektor Ärztinnen/Ärzte tätig sind und es kann so die übergreifende Planung von niedergelassenem und intramuralen Bereich erfolgen.

Die Postleitzahlen des Hauptwohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltsortes gemäß Abs. 2 Z 8 und 9 dienen einer wesentlichen Verbesserung der Auswertungsmöglichkeiten in Zusammenhang mit der Gesundheits- und Versorgungsplanung: Mit der Postleitzahlen des Hauptwohnsitzes/gewöhnlichen Aufenthaltsortes wird die eindeutige Zuordnung einer Ärztin/eines Arztes zu einer Region (Bezirk, Bundesland, etc.) möglich, mit erheblichen Vorteilen für schnelle, leicht zu interpretierende Auswertungen:

Bei Analysen, in denen eine eindeutige regionale Zuordnung benötigt wird (etwa zur Berechnung von Versorgungsschlüsseln, zur Erhebung der regionalen Versorgungssituation im Rahmen von Bedarfsprüfprotokollen oder der Indikatoren für Regionalprofile), können so Doppelzählungen vermieden werden (auch im Kontrast zu Auswertungen nach Dienstort oder Berufssitz). Inhaltlich ist die Postleitzahl auch relevant, wenn es beispielsweise um Fragen der Eignung eines Standorts (einer neuen Gesundheitseinrichtung) geht, bei Fragen von pendelnden Personen oder bei Planung von Wochenend- oder Nacht-Notdiensten.

Die Öffnungszeiten von Ordinationen gemäß Abs. 2 Z 13 sind wesentliche Informationen im Hinblick auf die Versorgungswirksamkeit.

Hinweise auf Verträge mit Sozialversicherungsträgern und Krankenfürsorgeanstalten gemäß Abs. 2 Z 14 sind unerlässlich für die Planung der Versorgungslandschaft.

Das Datum des Ausscheidens der Ärztin/des Arztes sowie das Datum von Karenzierungen gemäß Abs. 2 Z 15 tragen wesentlich zur Nachvollziehbarkeit der Gründe für Abgänge bei Ärztinnen/Ärzten bei und sind unerlässlich für die Prognose des zukünftigen Angebots an Ärztinnen/Ärzten.

Die Anzahl angestellter Ärztinnen/Ärzte in einer Ordination (Gruppenpraxis/PVE/Ambulatorium) gemäß Abs. 2 Z 17 dient der Differenzierung der verschiedenen Organisationsformen sowie deren Versorgungswirksamkeit gemäß Abs. 2 Z 16 wird benötigt für eine zukunftsbezogene, nachfragerrelevante Planung von Versorgungsstrukturen.

Das Datum des Beginns der Basisausbildung, das Datum des Beginns der Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin sowie das Datum des Beginns der Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt (nach Fach) gemäß Abs. 3 sind unerlässlich für die mittel- und langfristige Planung der verfügbaren ärztlichen Ressourcen.

Die Daten aus der Ausbildungsstellenverwaltung sollen, sofern verfügbar, in pseudonymisierter Form auf Einzelfallebene übermittelt werden, um Ausbildungskarrieren von Ärztinnen/Ärzten nachvollziehen zu können. Die Daten zu den besetzten Ausbildungsstellen sollen so zugänglich gemacht werden, dass sie mit den Daten zu den genehmigten Ausbildungsstellen in Beziehung gesetzt werden können (gemeinsame Ausbildungsstellen ID). Dadurch wird es möglich, frühzeitig etwaige rückläufige Entwicklungen und damit einhergehende Bedarfe in den einzelnen Fächern zu erkennen und damit möglichen Versorgungsengpässen effizient entgegen steuern zu können.

Abs. 5 regelt die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeiten: So soll die Österreichische Ärztekammer für die Bereitstellung der Daten gemäß Abs. 2 und 3 zum Zweck der Übermittlung gemäß Abs. 1 sowie für die Übermittlung selbst datenschutzrechtlich verantwortlich im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO sein. Der

für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister soll für die Verarbeitung gemäß Abs. 4 Verantwortliche im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO sein.

Zu Z 44, 45 und 70 (§ 31 Abs. 3 Z 5 und 6 sowie § 249 Abs. 3 und 5):

Die Regelungen sollen mit auf den Tag der Kundmachung der Ärztegesetz-Novelle 2022 folgenden Tag in Kraft treten (vgl. § 248 Abs. 3 und 5).

Zu § 31 Abs. 3 Z 5:

Die mit der Novelle BGBl. I Nr. 16/2020 aufgrund der aktuellen COVID-19-Pandemie geschaffene generelle Ausnahme von der Sonderfachbeschränkung ‚im Kontext epidemiologischer Situationen, insbesondere bei einer Pandemie‘, durch die Fachärztinnen/Fachärzte auch sonderfachüberschreitend tätig werden zu dürfen, hat sich insofern als zu weitreichend herausgestellt, als es in der COVID-19-Pandemie regelmäßig auch längere Phasen gibt, in denen die ärztliche Versorgung der Bevölkerung auch ohne sonderfachüberschreitende Tätigkeit sichergestellt werden kann.

Somit soll hinkünftig diese epidemiologisch begründete Aufhebung der Sonderfachbeschränkung an eine ‚Aktivierung‘ durch Verordnungserlassung seitens des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers geknüpft werden. Voraussetzung dafür ist, dass diese Maßnahme notwendig ist, um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Zudem ist die Maßnahme in der Verordnung zeitlich zu befristen.

Zu § 31 Abs. 3 Z 6:

Zur Verbesserung des Zugangs von Impfungen durch niederschwellige Impfangebote soll die Durchführung von Impfungen hinkünftig unabhängig vom Kontext epidemiologischer Situationen nicht mehr der Sonderfachbeschränkung unterliegen.

Gegenüber der Regelung durch die Novelle BGBl. I Nr. 25/2017, die das sonderfachüberschreitende Impfen nur Fachärztinnen/Fachärzte von sogenannten ‚klinischen Sonderfächern‘ und nur ‚im Hinblick auf notwendige Impfungen im Kontext epidemiologischer Situationen, insbesondere bei einer Pandemie‘ erlaubt hatte, stellt der vorliegende Regelungsvorschlag eine wesentliche Weiterentwicklung dar.

Sonderfachbeschränkungen zur Durchführung von Impfungen stellen aus medizinischer Sicht ein nicht gerechtfertigtes, jedoch nennenswertes Hindernis in der Erreichung niederschwelliger Impfangebote dar. Demnach ist es insbesondere im Hinblick auf die Durchführung empfohlener Impfungen laut Impfplan Österreich generell wünschenswert, die Sonderfachbeschränkung für die Durchführung von Impfungen dauerhaft und unabhängig vom Vorliegen einer Pandemie aufzuheben. Dabei handelt es sich um eine kostenneutrale Maßnahme, die die Niederschwelligkeit von Impfungen und somit den Zugang zu Impfungen in der Bevölkerung deutlich verbessern kann.

Beispiele dafür wären etwa die Fachärztin/der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die/der neben der schwangeren Person auch die Partnerin/den Partner oder die Fachärztin/der Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, die/der die Eltern, die üblicherweise vor Ort sind, mitimpft.

Diese Maßnahme steht sowohl im Einklang mit der wissenschaftlichen Evidenz zur Steigerung von Durchimpfungsraten (Niederschwelligkeit, ärztliche Empfehlung als relevantester Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme von Impfungen) als auch mit den aktuellen Empfehlung der WHO (jeder Arztkontakt soll dazu genutzt werden, zu prüfen, ob die empfohlenen Impfungen durchgeführt worden sind, und – wo notwendig – fehlende Impfungen nachzuholen).

Aus medizinischer Sicht kann man davon ausgehen, dass dies für allgemein empfohlene Impfungen bei zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärztinnen/Ärzten fachlich vertretbar ist, zudem jede Fachärztin/jeder Facharzt im Sinne der zu beachtenden allgemeinen Einlassungsfahrlässigkeit eine im Sinne des § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 adäquate Impfaufklärung und Behandlung allfälliger durch die Impfung ausgelöste Notfälle unmittelbar nach der Impfung sicherzustellen hat.

Zu Z 46 (§ 36 Abs. 1 erster Satz und § 36 Abs. 1 Z 4):

Zur Erleichterung grenzüberschreitender ärztlicher Einsätze von organisierten Notarztdiensten sowie Not- und Bereitschaftsdiensten sollen diese zukünftig nicht mehr den Regelungen über den Dienstleistungsverkehr gemäß § 37 ÄrzteG 1998, sondern § 36 ÄrzteG 1998 unterliegen.

§ 37 Abs. 1 ÄrzteG 1998 legt insbesondere fest, dass Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU oder einer sonstigen Vertragspartei des EWR-Abkommens oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft, die den ärztlichen Beruf in einem solchen Herkunftstaat rechtmäßig ausüben, von ihrem ausländischen Berufssitz oder Dienstort aus im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs vorübergehend und gelegentlich in Österreich ärztlich tätig werden dürfen. Im Unterschied zu einer Niederlassung, die einer Eintragung in die Ärzteliste bedarf, legt § 37 Abs. 2ff ÄrzteG 1998 eine jährliche Anmeldepflicht der

Dienstleistungserbringenden bei der Österreichischen Ärztekammer fest, die die Vorlage bestimmter Nachweise fordert und eine Grobüberprüfung durch die Österreichische Ärztekammer ermöglicht.

§ 36 ÄrzteG 1998 sieht ein gegenüber § 37 ÄrzteG 1998 vereinfachtes Reglement für Ärztinnen/Ärzte mit ausländischem Berufssitz oder Dienort vor, die in Österreich anlassbezogen zu Konsilien und diesbezüglicher Behandlungen (Z 1), nach Maßgabe zwischenstaatlicher Übereinkommen (Z 2) und zu Zwecken der Fortbildung, Lehre und Forschung (Z 3) ärztlich tätig werden.

Im Zuge der Vollziehung des § 37 ÄrzteG 1998 hat sich gezeigt, dass im grenzüberschreitenden notärztlichen Tätigkeitsbereich vor allem in den Bundesländern Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg Bedarf nach einer Verwaltungsvereinfachung besteht, um die grenzüberschreitende notärztliche Versorgung zu gewährleisten.

Die Ausnahme des § 36 Abs. 1 Z 2 ‚nach Maßgabe zwischenstaatlicher Übereinkommen‘ ist zwar insofern einschlägig, als das Übereinkommen über die gegenseitige Zulassung der an der Grenze wohnhaften Medizinalpersonen zur Ausübung der Praxis, BGBl. Nr. 109/1937, in Kraft steht. Allerdings ist dieses formal und inhaltlich überaltert. Da der Abschluss eines entsprechenden neuen Abkommens mit der Bundesrepublik Deutschland derzeit nicht absehbar ist, soll § 36 entsprechend erweitert werden, wobei auch grenzüberschreitende Not- und Bereitschaftsdienste miteinbezogen werden sollen.

Die betroffenen Bundesländer stehen dem Regelungsvorschlag ausdrücklich positiv gegenüber.

Zu Z 47 und 70 (Entfall des § 36b Abs. 4 ÄrzteG 1998 sowie § 249 Abs. 3 und 5):

Die im Zuge der COVID-19-Pandemie mit BGBl. I Nr. 16/2020 eingeführte Bestimmung des § 36b Abs. 4 ÄrzteG 1998, wonach sämtliche Fristen auf Grundlage des Ärztegesetzes 1998 im Zusammenhang mit der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie ärztlichen Berufsausübung für die Dauer einer Pandemie (im Sinne einer Fortlaufshemmung) ausgesetzt werden, soll mit dem auf die Kundmachung der Ärztegesetz-Novelle 2022 folgenden Tag außer Kraft treten, da sie aufgrund der aktuellen Entwicklungen nicht mehr benötigt wird.

Auf Grundlage des § 36b Abs. 4 ÄrzteG 1998 wurden die Rezertifizierungsverfahren gemäß § 13a ÄrzteG 1998 ausgesetzt, die mit 1. Jänner 2023 entfallen sollen.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs des § 36b Abs. 4 ÄrzteG 1998 für den Bereich der Fort- und Weiterbildungen ist festzuhalten, dass die Erfahrungen mit internetbasierten Veranstaltungen in den letzten Jahren durchwegs positiv gewesen sind. Somit ist insbesondere von der Erfüllbarkeit der ärztlichen Fortbildungspflicht auszugehen. In diesem Sinne wäre die Beibehaltung der gesetzlichen Fristenaussetzung überschießend.

Die Aufhebung der Fristenaussetzung entspricht auch einem Wunsch der ärztlichen Standesvertretung.

Zu Z 48 (§ 38 Abs. 3):

Die nunmehr vorgesehene Ergänzung in § 38 Abs. 3 dient der Beseitigung eines Redaktionsversehen in der Novelle BGBl. I Nr. 172/2021 und folglich der Wiederherstellung der versehentlich weggefallenen Verordnungsermächtigung für den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister zur näheren Regelung der arbeitsmedizinischen Ausbildung.

Zu Z 49 (§ 38 Abs. 4):

Gleichsam wie bei den übrigen Bestimmungen zu Ausbildungsstätten erfolgt in Abs. 4 nunmehr eine Aufnahme einer Bestimmung, mit der die Anerkennung als Ausbildungslehrgang zurückgenommen werden kann. Aufgrund der Kürze der arbeitsmedizinischen Ausbildung ist keine Einschränkung der Anerkennung vorzusehen.

Zu Z 50 (§ 49 Abs. 1 zweiter Satz):

Die Änderung dient der Anpassung an die Systematik der Verordnung über ärztliche Fortbildungen der Österreichischen Ärztekammer, die im Rahmen des Fortbildungsprogramms der Österreichischen Ärztekammer, genannt ‚Diplom-Fortbildungsprogramm – DFP‘, Fortbildungsveranstaltungen unterschiedlicher Art unter Berücksichtigung ausländischer Anbieter sowie der Ärztekammern in den Bundesländern vorsieht.

Zu Z 51 (§ 49 Abs. 2c erster Satz):

Die Änderung des ärztgesetzmäßig festgelegten Zeitraumes für die Glaubhaftmachung der absolvierten Fortbildung durch zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Ärzte/Ärztinnen gegenüber der Österreichischen Ärztekammer von drei auf fünf Jahre dient der Harmonisierung mit den Bestimmungen der Verordnung über ärztliche Fortbildung der Österreichischen Ärztekammer sowie der

Qualitätssicherungsverordnung 2018 (QS-VO 2018) der Österreichischen Ärztekammer, die jeweils einen fünfjährigen Zeitraum vorsehen und entspricht auch einem Wunsch der ärztlichen Standesvertretung.

Zu Z 52 bis 55 (§ 62 Abs. 1, 3, 4 und 4a):

Die Änderungen in § 62 Abs. 1, 3 und 4 sind sprachlich-redaktioneller Natur.

Die neue Textierung des Abs. 1 orientiert sich maßgeblich an § 46 Abs. 1 Zahnärztegesetz (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005 idF BGBl. I Nr. 59/2018 und beseitigt zudem den Zirkelschluss hinsichtlich des Tatbestandselements der Bestellung einer gerichtlichen Erwachsenenvertretung.

Um das Wesen der Vorläufigkeit der Untersagung der Berufsausübung zu unterstreichen, soll in Abs. 1 Z 2 und 3 sowie in Abs. 4 das Tatbestandselement ‚Strafverfahren wegen grober Verfehlungen bei Ausübung des ärztlichen Berufs [...]‘ um den Einschub ‚des Verdachts‘ ergänzt werden.

Die Regelung des Abs. 4a nach dem Vorbild des § 24 Abs. 3 des Disziplinarstatuts für Rechtsanwälte und Rechtsanwaltsanwärter, BGBl. Nr. 474/1990 in der Fassung des BGBl. I Nr. 71/2022, dient aufgrund jüngster Vollziehungserfahrungen der Schaffung einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage für die Übermittlung von (Auszügen) aus den Akten der Kriminalpolizei, Staatsanwaltschaften und Gerichte an die Landeshauptfrau/den Landeshauptmann. Ziel ist die Sicherstellung einer ausreichenden Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Berufsausübung im Rahmen von Verfahren gemäß Abs. 1.

Abs. 4a enthält demnach die Anordnung, dass zusätzlich zu den Verständigungspflichten gemäß Abs. 4 Kriminalpolizei, Staatsanwaltschaften und Gerichte gemäß den Bestimmungen der StPO ermittelte personenbezogene Daten, die im Rahmen des Verfahrens gemäß Abs. 1 wegen des Verdachts grober Verfehlungen im Sinne des Abs. 1 Z 2 benötigt werden, nach Maßgabe des § 76 Abs. 4 StPO an die Landeshauptfrau/den Landeshauptmann auf deren/dessen Ersuchen zu übermitteln haben.

Die Ermächtigung zur Datenverarbeitung durch die Landeshauptfrau/den Landeshauptmann ist mit § 3b ÄrzteG 1998 gegeben.

Zu Z 57 (§ 109 Abs. 1a):

§ 109 Abs. 1a dient auf Wunsch der ärztlichen und zahnärztlichen Standesvertretung der Klarstellung hinsichtlich der tätigkeitsbezogenen Anknüpfungspunkte für die örtliche Zuordnung zu einem bestimmten Wohlfahrtsfonds in Folge des Erkenntnisses des VwGH vom 27.04.2021, Ra 2019/11/0009 ua.

§ 109 Abs. 1 ÄrzteG 1998 regelt als Anknüpfungspunkte für die wohlfahrtsfondsrechtliche Zuständigkeit Folgendes: ‚Die Kammerangehörigen sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer zu leisten, in deren Bereich sie zuerst den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf aufgenommen haben, solange diese Tätigkeit aufrecht ist. Übt ein Kammerangehöriger seinen Beruf im Bereich mehrerer Ärztekammern aus, so bleibt er Mitglied im Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer, in deren Bereich er zuerst die Berufstätigkeit aufgenommen hat, solange diese Tätigkeit in dem betreffenden Bundesland aufrecht ist. Eine Unterbrechung dieser Tätigkeit für weniger als sechs Monate sowie eine ärztliche Tätigkeit im Bereich einer anderen Ärztekammer oder im Ausland auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften (§ 68 Abs. 4 letzter Satz) gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung. Nimmt er seine ärztliche Tätigkeit gleichzeitig im Bereich mehrerer Ärztekammern auf, so obliegt ihm die Wahl, zu welchem Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet.‘

Der VwGH hat in seinen Erkenntnissen vom 27.04.2021 insbesondere Folgendes ausgeführt

1. Nach den Bestimmungen des § 68 Abs. 1 ÄrzteG 1998 gehört einer Ärztekammer als ordentlicher Kammerangehöriger jeder Arzt an, der u.a. in die von der Österreichischen Ärztekammer geführte Ärzteliste eingetragen worden ist (Z 1) und seinen Beruf im Bereich dieser Ärztekammer ausübt (Z 2). Maßgeblich für diese örtliche Anknüpfung ist beim niedergelassenen Arzt der Berufssitz (§ 45 ÄrzteG 1998), beim angestellten Arzt der Dienstort (§ 46 ÄrzteG 1998) und beim Wohnsitzarzt der Wohnsitz (§ 47 ÄrzteG 1998). Hat der Arzt Berufssitze oder Dienstorte in mehreren Bundesländern, gehört er in allen diesen Bundesländern der jeweiligen Ärztekammer als ordentlicher Kammerangehöriger an.
2. Aus § 109 Abs. 1 ÄrzteG 1998 ergibt sich, dass die Mitgliedschaft in mehreren Wohlfahrtsfonds allerdings nicht möglich ist und jeder Arzt nur Mitglied in einem Wohlfahrtsfonds sein kann, auch wenn er Angehöriger mehrerer Ärztekammern ist.
3. Zur selbständigen Berufsausübung berechnigte Ärzte, die ausschließlich solche wiederkehrenden ärztlichen Tätigkeiten ausüben, die weder eine Ordinationsstätte erfordern noch in einem Anstellungsverhältnis ausgeübt werden, üben den ärztlichen Beruf als sog. Wohnsitzärzte aus (§ 47 ÄrzteG 1998). Zu diesen ‚wohnsitzärztlichen Tätigkeiten‘ zählen u.a. Vertretungen in Ordinationsstätten (ausdrücklich § 47 Abs. 1 ÄrzteG 1998). Wird diese Tätigkeit allerdings von

einem niedergelassenen oder angestellten Arzt ausgeübt, ist dieser als niedergelassener oder angestellter Arzt und nicht als Wohnsitzarzt in die Ärzteliste einzutragen (§ 47 ÄrzteG 1998). Ein solcher Arzt wird durch die Ausübung einer solchen Tätigkeit also nicht zu einem Wohnsitzarzt. Die Angehörigkeit zu der sich aus diesen Bestimmungen ergebenden Ärztekammer erlischt, wenn der Arzt seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz in den Bereich einer anderen Ärztekammer verlegt hat (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998).

4. Gemäß § 109 Abs. 1 ÄrzteG 1998 in der Fassung vor dem Gesundheitsreformgesetz 2005 haben die Kammerangehörigen Beiträge zum Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer zu leisten, in deren Bereich sie den ärztlichen Beruf ausüben. Übt ein Arzt seinen Beruf demnach nur im Bereich einer einzigen Ärztekammer aus, entsteht bzw. erlischt mit dem Entstehen bzw. Erlöschen der Angehörigeneigenschaft zu einer Ärztekammer auch die Mitgliedschaft zu deren Wohlfahrtseinrichtungen (vgl. VwGH 29.9.1999, 98/11/0169, mwN). Übt ein Arzt seinen Beruf hingegen im Bereich mehrerer Ärztekammern aus, so bleibt er nach dem zweiten Satz dieser Bestimmung Mitglied im Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer, in deren Bereich er zuerst die Berufstätigkeit aufgenommen hat (bzw. gemäß § 109 Abs. 1 ÄrzteG 1998 in der Stammfassung: in deren Bereich er sich zuerst niedergelassen hat). Diese Fortwirkung der Wohlfahrtsfondsmitgliedschaft setzt demnach voraus, dass die ärztliche Berufsausübung gleichzeitig in mehreren Bundesländern erfolgt, und gilt, wie sich aus der Klarstellung in § 109 Abs. 1 ÄrzteG 1998 durch die 2. Ärztegesetz-Novelle ergibt, nur solange, wie diese Tätigkeit in jenem Bundesland, in dem die Berufstätigkeit zuerst aufgenommen wurde, nicht unterbrochen wird; seit der 2. Ärztegesetz-Novelle gilt eine Unterbrechung dieser Tätigkeit für weniger als sechs Monate als ununterbrochene Berufsausübung. Ein Berufssitz oder Dienstort in mehreren Bundesländern ist hingegen keine Voraussetzung für die Fortwirkung der Wohlfahrtsfondsmitgliedschaft. Nur wenn ein Arzt seine ärztliche Tätigkeit gleichzeitig im Bereich mehrerer Ärztekammern aufnimmt, hat er die Wahl, zu welchem Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet.

Mit dem Regelungsvorschlag des § 109 Abs. 1a soll nunmehr klargestellt werden, dass Nebentätigkeiten gemäß § 29 Abs. 1 Z 6 ÄrzteG 1998 (unabhängig von der wohnsitzärztlichen Einordnung) wohlfahrtsfondsrechtlich unerheblich bleiben sollen und für die Ermittlung der Wohlfahrtsfondszuständigkeit nur auf jene Tätigkeiten abgestellt werden soll, die entscheidend für die Eintragung in die Ärzteliste gewesen sind.

Die zahnärztlichen Wohlfahrtsfondsmitglieder werden durch Normierung entsprechender Verweise auf das Zahnärztegesetz (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, von der Klarstellung mitumfasst.

Zu Z 60 und 61 (§ 117c Abs. 1 Z 2 und 3):

Wie zu § 13c ausgeführt, soll die Österreichische Ärztekammer ab 1. Jänner 2023 für die Führung der Ausbildungsstellenverwaltung sowie der Ausbildungsstättenverzeichnisse im übertragenen Wirkungsbereich zuständig bleiben.

Diese Aufgaben sind derzeit im Rahmen der Z 1 des § 117c Abs. 1 geregelt.

Im Hinblick auf das durch § 246 Abs. 4 ÄrzteG 1998 idF der Novelle BGBl. I Nr. 172/2021 angeordnete Außerkrafttreten des § 117c Abs. 1 Z 1 ÄrzteG 1998 mit 31. Dezember 2022 wird zur Sicherstellung des Erhalts der Zuständigkeit eine Regelung im Rahmen der Z 2 vorgeschlagen.

Die bisherige Aufgabe der Z 2 (elektronische Zurverfügungstellung der in § 27a aufgelisteten Daten aus der Ärzteliste und der Ausbildungsstellenverwaltung für die Landesregierungen und Landesgesundheitsfonds wird in die Z 3 verschoben.

Inhaltlich wird in der Beschreibung als Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer zum einen die Zurverfügungstellung der Daten gemäß § 27b als auch die Aufnahme der Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner in § 27a berücksichtigt.

Zu Z 66 (§ 117c Abs. 3):

Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts für sämtliche Verfahren im übertragenen Wirkungsbereich wurde mit der Novelle BGBl. I Nr. 172/2021 in § 171c Abs. 1a eingeführt. § 246 Abs. 4 ÄrzteG 1998 idF der Novelle BGBl. I Nr. 172/2021 ordnet versehentlich das Außerkrafttreten des § 117c Abs. 1a mit 31. Dezember 2022 an. Durch die Neufassung der Regelung als § 117c Abs. 3 soll deren Weiterbestand gesichert werden.

Zu Z 70 (§ 248 und § 249):

Die §§ 248 und 249 beinhalten die für diese Novelle relevanten Schlussbestimmungen sowie die Inkrafttretens- und Außerkrafttretensbestimmungen unter Berücksichtigung der Novelle BGBl. I Nr. 172/2021, die den Übergang der Zuständigkeiten im Ausbildungsstättenrecht von der

Österreichischen Ärztekammer auf die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner mit 1. Jänner 2023 bestimmt.

§ 248 Abs. 5 enthält die notwendige Anordnung für die Fortführung von Verfahren gemäß § 235 Abs. 4 ÄrzteG 1998 sowie § 11a Abs. 2 ÄrzteG 1998 iVm §§ 11 und 12 SpezV.

Die Regelungen betreffend die Verfahren gemäß §§ 6a, 9, 10, 12, 12a, 13 finden sich bereits in § 245 Abs. 4 ÄrzteG 1998 idF BGBl. I Nr. 172/2021.

In § 248 Abs. 7 erfolgt die ergänzende Anordnung, dass für die Weiterführung von und Entscheidung in den genannten Verfahren, die mit Ablauf des 31. Dezember 2022 anhängig (gewesen) sind, die Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. ##/202# anzuwenden sind.“

Bei der Abstimmung wurde der Gesetzentwurf in der Fassung des oben erwähnten Abänderungsantrages der Abgeordneten Dr. Werner **Saxinger** und MSc Ralph **Schallmeiner** mit Stimmenmehrheit (**dafür**: V, G **dagegen**: S, F, N) beschlossen.

Ein von der Abgeordneten Fiona **Fiedler**, BEd im Zuge der Debatte gem. § 27 Abs. 3 GOG-NR eingebrachter selbständiger Antrag auf Beschlussfassung einer EntschlieÙung betreffend Steuerung der Ausbildungsplätze in der Medizin fand nicht die Zustimmung der Ausschussmehrheit (**für den Antrag**: S, F, N **dagegen**: V, G).

Ein von der Abgeordneten Mag. Gerald **Loacker** im Zuge der Debatte gem. § 27 Abs. 3 GOG-NR eingebrachter selbständiger Antrag auf Beschlussfassung einer EntschlieÙung betreffend Ungerechtigkeiten im Wohlfahrtsfonds fand nicht die Zustimmung der Ausschussmehrheit (**für den Antrag**: S, F, N **dagegen**: V, G).

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle dem **angeschlossenen Gesetzentwurf** die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen.

Wien, 2022 12 07

Dr. Werner Saxinger, MSc

Berichterstattung

Mag. Gerhard Kaniak

Obmann

