

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil

1. Hauptgesichtspunkte:

Im Laufe der letzten Jahre hat sich in verschiedenen Bereichen des Ärztegesetzes 1998 ein punktueller berufsrechtlicher Anpassungsbedarf gezeigt. Im Gegensatz zu den letzten Novellen des Ärztegesetzes 1998, die thematisch begrenzt waren, enthält der gegenständliche Entwurf Änderungen in mehreren, nicht zusammenhängenden Bereichen. Insbesondere werden folgende Punkte behandelt:

- Anpassungen im Kammerrecht (Konsensquoren, Beschlüsse des Präsidiums);
- Klarstellung hinsichtlich Telemedizin;
- Berücksichtigung ergangener Judikatur (Erlöschen der Berufsberechtigung, Dokumentation);
- Anpassungen im Zusammenhang mit der Einführung des Sonderfachs Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Ziel der Novelle zum Suchtmittelgesetz ist es, das derzeit gut funktionierende und mit allen involvierten Stellen (behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt, Amtsärztin/Amtsarzt, Apothekerin/Apotheker) abgestimmte System im Bereich der Opioid-Substitutionsbehandlung, bis zur technischen Verfügbarkeit eines elektronischen Prozesses (digitalen Verschreibungsprozesses), weiterhin zu ermöglichen. Dies vor dem Hintergrund, dass sich eine zeitnahe Entspannung des bestehenden Amtsärztinnen-/Amtsärztemangels derzeit nicht abzeichnet.

2. Kompetenzgrundlage:

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

II. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Ärztegesetzes 1998)

Zu Z 1 (§ 7 Abs. 1 Z 2):

Hier wird ein legistisches Versehen bereinigt.

Zu Z 2 (§ 12 Abs. 2 Z 7 und § 12a Abs. 2 Z 7):

Ungeachtet dessen, dass im Zusammenhang mit § 12 Abs. 2 Z 7 und § 12a Abs. 2 Z 7 ÄrzteG 1998 in der Fassung BGBl. I Nr. 21/2024 – im Vergleich zu diesen Bestimmungen in der Fassung BGBl. I Nr. 17/2023 – im Hinblick auf das Fehlen der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin eine planwidrige Lücke angenommen werden kann, werden nun die notwendigen Klarstellungen vorgenommen (s. Rechtsansicht des BMSGPK zur Anerkennung von Lehrpraxen, RdM 2024, 190).

Zu Z 3 (§ 13 Abs. 2 Z 2):

In dieser Bestimmung wurde in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 17/2023 – neben der/dem Ausbildungsverantwortlichen – noch auf das Beschäftigungsausmaß der Stellvertreterin/des Stellvertreters abgestellt. Mit dem Bundesgesetz BGBl. I Nr. 21/2024 ist diese/dieser entfallen; dieses legistische Versehen wird hiermit bereinigt.

Zu Z 4 (§ 13b):

Künftig soll es möglich sein, dass die Österreichische Ärztekammer in der Verordnung gemäß § 13b Bearbeitungsgebühren für Verfahren gemäß § 4 Abs. 3 Z 3 des Bundesgesetzes über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG), BGBl. I Nr. 80/2012, festlegt.

Zu Z 5 (§ 15 Abs. 1):

Durch die Aufnahme in § 15 Abs. 1 soll eine Rechtsgrundlage für die Ausstellung von Spezialisierungsdiplomen geschaffen werden. Eine Gebühr kann in der Verordnung gemäß § 13b vorgesehen werden (§ 13b Z 2 in Verbindung mit § 15).

Zu den Z 6 bis 8 (§ 27 Abs. 1, § 27a Abs. 2 Z 16, 17 und 18 und § 27b Abs. 2 Z 16, 17 und 18):

Aus Gründen der Transparenz soll die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke in der Ärzteliste erfasst und öffentlich ersichtlich sein. Ebenso soll das Datum der Bewilligung den Landeshauptleuten, Landesregierungen und Landesgesundheitsfonds und der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister/in zu den jeweiligen in § 27a Abs. 1 und § 27b Abs. 1 genannten Zwecken zugänglich gemacht werden. Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke und deren Entziehung erfolgen auf der Grundlage des Apothekengesetzes (ApoG), RGBL. Nr. 5/1907, durch die Bezirksverwaltungsbehörde. Zur Wahrung der Listenwahrheit und Sicherung der Datenqualität ist in Aussicht genommen, eine Verpflichtung der Bezirksverwaltungsbehörden zur Übermittlung von Bescheiden, mit denen die Berechtigung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke zuerkannt oder entzogen wird, an die Österreichische Ärztekammer bei nächster Gelegenheit – systemkonform – im ApoG vorzusehen. Im Hinblick auf bestehende ärztliche Hausapotheken darf auf § 254b Abs. 5 hingewiesen werden.

Zudem wird Abs. 1 nach dem Vorbild bestehender Bestimmungen (zB § 27 Abs. 1 des Psychologengesetzes 2013, BGBl. I Nr. 182/2013) sprachlich vereinfacht.

Zu den Z 9 und 10 (§ 31 Abs. 1, 2 und 3):

Mit 1. Juni 2026 treten gemäß § 263 Abs. 1 ÄrzteG 1998 jene Bestimmungen in Kraft, mit denen der Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin im ÄrzteG 1998 abgebildet wird. In diesem Zusammenhang sind insbesondere auch Festlegungen zur selbständigen Berufsausübung erforderlich.

Nach der bisherigen Rechtslage ist es Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin gemäß § 31 Abs. 2 ÄrzteG 1998 erlaubt, den gesamten Bereich der Medizin (sog. „fachliche Breite“) abzudecken (siehe *Stöger in Stöger/Zahl, ÄrzteG § 31 Rz 2* [Stand 1.1.2023, rdb.at]). Der VwGH hat zum Umfang der Berufsbeziehung der Ärzte für Allgemeinmedizin ausgeführt, dass diese – anders als Fachärzte, die sich im Allgemeinen auf ihr Sonderfach zu beschränken haben (vgl. § 31 Abs. 2 und 3 ÄrzteG 1998) – gemäß § 31 Abs. 1 ÄrzteG 1998 zur Ausübung einer „allgemeinärztlichen Berufsausübung“ berechtigt sind, wobei darunter die ärztliche Berufstätigkeit auf allen Fachgebieten der medizinischen Wissenschaft zu verstehen ist (siehe VwGH 2002/10/0026). Im Erkenntnis VwGH Ra 2016/11/0128 wurde zuletzt hervorgehoben, dass für die Berufsberechtigung des Arztes für Allgemeinmedizin neben § 31 Abs. 1 ÄrzteG 1998 auch § 5 der Ärztinnen-/Ärzteausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006), BGBl. II Nr. 286/2006, der das Aufgabengebiet des Arztes für Allgemeinmedizin umschreibt, heranzuziehen ist. Gemäß dieser Bestimmung besteht dessen Aufgabengebiet in der medizinischen Betreuung des gesamten menschlichen Lebensbereiches, insbesondere der diesbezüglichen Gesundheitsförderung, Krankheitserkennung und Krankenbehandlung aller Personen, unabhängig von Alter, Geschlecht und Art der Gesundheitsstörung. Durch die Novelle BGBl. II Nr. 381/2024 wurden die Ausbildungsziele für den neu geschaffenen Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015), BGBl. II Nr. 147/2015, verankert. Nach § 10 ÄAO 2015 ist Ziel der Ausbildung im Sonderfach Allgemeinmedizin und Familienmedizin die Befähigung zur selbständigen Ausübung der Medizin im Bereich des Sonderfaches zur gewissenhaften fachärztlichen Betreuung von Patientinnen/Patienten im Kontext ihrer Lebensumstände sowie im Sinne der zu vermittelnden ethischen Grundhaltung (§ 4) durch den geregelten Erwerb und Nachweis von notwendigen fachspezifischen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten gemäß **Anlage 1**. Hierbei sind insbesondere die

1. Fähigkeit zur auf allgemeinmedizinischer Forschung basierenden Arbeitsweise sowie zur Anwendung fachspezifischer Entscheidungsfindungsprozesse unter Beachtung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten sowie gemeindeorientierter Aspekte der öffentlichen Gesundheit,
2. Diagnostik und Krankenbehandlung von akuten und chronischen, einschließlich umwelt- und arbeitsbedingten Erkrankungen, unter Beachtung von Multimorbidität, geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten, einschließlich Erst- und Akutversorgung,
3. Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Prävention und Rehabilitation,
4. zur allgemeinmedizinischen Versorgung notwendigen Kenntnisse in den medizinischen Fachgebieten in der erforderlichen Tiefe, einschließlich besonderer fächerübergreifender Fragestellungen wie Palliativmedizin, Schmerztherapie, Geriatrie, Suchttherapie und Psychosomatik,
5. Information und Kommunikation mit Patientinnen/Patienten über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen,
6. kontinuierliche Betreuung von Patientinnen/Patienten unter Beachtung der regionalen und gesellschaftlichen Bedingungen sowie im häuslichen Umfeld und in Pflegeeinrichtungen,

7. interdisziplinäre Koordination und multiprofessionelle Zusammenarbeit, einschließlich der Indikationsstellung zur häuslichen Krankenpflege, Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte sowie
8. Fähigkeiten zur Früherkennung von Anzeichen für Gewalt, insbesondere Gewalt im sozialen Nahraum, psychische, physische, sexualisierte und strukturelle Gewalt, zu spezifischer Gesprächsführung sowie zur Umsetzung geeigneter Interventionsmaßnahmen wie Dokumentation und Weiterverweisung an spezialisierte Hilfsangebote

zu berücksichtigen. Nach der **Anlage 1** selbst umfasst das Sonderfach für Allgemeinmedizin und Familienmedizin die grundlegende Gesundheitsversorgung, insbesondere die patientinnen-/patientenzentrierte, medizinische Betreuung des gesundheitsrelevanten Lebensbereichs unter Berücksichtigung von geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten, somatischen und psychosozialen Aspekten sowie individuellen Bedürfnissen der jeweiligen Patientinnen/Patienten im Kontext ihrer Familien oder sozialen Gemeinschaften. Es fungiert als Anlauf-, Betreuungs- und Koordinationsstelle für sämtliche gesundheitlichen Anliegen, insbesondere im Sinne der Primärversorgung. Die wesentlichen Aufgaben des Sonderfaches für Allgemeinmedizin und Familienmedizin liegen insbesondere in der

1. Diagnostik und Krankenbehandlung akuter, chronischer und komplexer Erkrankungen, einschließlich Erst- und Akutversorgung,
2. allgemeinmedizinischen Versorgung einschließlich Schmerztherapie, Geriatrie, Psychosomatik, Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Suchterkrankungen sowie palliativmedizinischen Versorgung und Sterbebegleitung,
3. Gesundheitsberatung, Anleitung zu und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, Stärkung der Gesundheitskompetenz, Durchführung präventiver Maßnahmen einschließlich Impfungen und Früherkennung von Gesundheitsstörungen, Einleitung und Begleitung rehabilitativer Maßnahmen,
4. kontinuierlichen Betreuung in einer haus- und familienärztlichen Funktion, auch im häuslichen Umfeld und in Pflegeeinrichtungen sowie
5. interdisziplinären, sektorenübergreifenden Zusammenführung und Koordination medizinischer und psychosozialer Informationen und Maßnahmen, auch mit Fokus auf Gewaltschutz und Gewaltprävention, sowie im Sinne der zentralen Fallkoordination und integrierten Versorgung.

Das Aufgabengebiet des Sonderfaches für Allgemeinmedizin und Familienmedizin präzisiert jenes des bisherigen Arztes für Allgemeinmedizin (arg. „gesundheitsrelevante Lebensbereiche“) unter gleichzeitiger Erweiterung um den Bereich der Familienmedizin. Hier kommt der umfassenden Behandlung und „vertikalen“ Betreuung der Patienten und deren Ganzheitlichkeit unter besonderer Hervorhebung der Primärversorgung ein zentraler Stellenwert zu. In Anbetracht der mangelnden „sektorellen“ Begrenzung ist es auf Gründen der Sachlichkeit geboten, auch Fachärztinnen/Fachärzten für Allgemeinmedizin und Familienmedizin den gesamten Bereich der Medizin zugänglich zu machen (siehe *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht³ [2020] Rz 104; *Wallner* in *Neumayr/Resch/Wallner*, GmundKomm² § 31 ÄrzteG 1998 Rz 3 [Stand 1.1.2022, rdb.at]). Der konkrete Tätigkeitsumfang hängt hier von den Kenntnissen und Fähigkeiten ab, die im Rahmen der Aus- und Fortbildung erworben wurden (siehe *Stöger* in *Stöger/Zahl*, ÄrzteG § 31 Rz 2 [Stand 1.1.2023, rdb.at]; *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht³ Rz 104).

In **Abs. 3** wird lediglich daran angeknüpft und auf Fachärztinnen/Fachärzte nach **Abs. 2** – sohin mit Ausnahme solcher für Allgemeinmedizin und Familienmedizin – abgestellt. Ebenso soll ein Redaktionsversehen bereinigt werden.

Zu den Z 11 und 12 (§ 41 Abs. 1 und 8):

Aus systematischen Gründen werden jene Ärztinnen/Ärzte, die – mangels kurativer Tätigkeit – als Amtsärztinnen/Amtsärzte im Sinne dieses Bundesgesetzes gelten, in einer Bestimmung zusammengefasst. In inhaltlicher Hinsicht werden die bisherigen Arbeitsinspektionsärztinnen/Arbeitsinspektionsärzte gemäß § 17 Abs. 1 des Arbeitsinspektionsgesetzes 1993, BGBl. Nr. 27/1993, und Epidemieärztinnen/Epidemieärzte gemäß § 27 Abs. 1 des Epidemiegesetzes 1950, BGBl. Nr. 186/1950, um die von der Landeshauptfrau/dem Landeshauptmann ermächtigten Ärztinnen/Ärzte gemäß § 8 Abs. 1 des Unterbringungsgesetzes (UbG), BGBl. Nr. 155/1990, ergänzt. Letztere Gleichstellung mit Amtsärztinnen/Amtsärzten gilt jedoch lediglich im Zusammenhang mit der Durchführung von Untersuchungen und Bescheinigungen gemäß § 8 Abs. 1 UbG.

Zu Z 13 (§ 47a Abs. 1):

Bereinigung eines Redaktionsversehens.

Zu den Z 14 bis 16 (§ 49):

Durch die mit der Novelle BGBl. I Nr. 21/2024 vorgenommene gesetzgeberische Klarstellung zur Vereinbarkeit der Anwendung von Telemedizin mit dem Gebot der Unmittelbarkeit wurde in Zusammenschau mit den Materialien – insbesondere zur Vermeidung von Umkehrschlüssen im Zusammenhang mit den diesbezüglich unverändert gebliebenen Formulierungen in den Berufsgesetzen der übrigen Gesundheitsberufe – unzweifelhaft kein Widerspruch aufgelöst, sondern ein Nebeneinander gesetzlich abgesichert (siehe *Kopetzki*, Telemedizin und unmittelbare Berufsausübung – eine Klarstellung mit Fragezeichen, RdM 2024, 1 sowie *Wallner*, Neue Rechtslage zur Telemedizin, RdM 2025, 219 [223]). Dies soll nun auch im Text dieser Bestimmung deutlich zum Ausdruck gebracht werden (Abs. 2). Zudem wird in diesem Zusammenhang auch klargestellt, dass die Ärztin/der Arzt im Rahmen der Beurteilung, ob ein Erstkontakt vor Ort notwendig ist, zu berücksichtigen hat, ob die Erbringung der medizinischen Leistung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft dies notwendig macht.

Die vorgeschlagene Änderung in Abs. 7 Z 2 korrespondiert mit § 13 Abs. 3 Z 2 und 3 in Verbindung mit § 27 Abs. 18 des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 – GTelG 2012, BGBl. I Nr. 111/2012, und § 6 Abs. 2 der ELGA-Verordnung 2015 – ELGA-VO 2015, BGBl. II Nr. 106/2015. Sie dient insofern der Rechtssicherheit, als sie klarstellt, dass die Speicherverpflichtung nach dem GTelG 2012 auch nach dem ÄrzteG 1998 besteht. Zum Schlussteil: Der Speicherung in ELGA steht nicht die Ausübung der ELGA-Teilnehmerrechte gemäß § 16 GTelG 2012 per se entgegen, sondern die Ausübung des Widerspruchsrechts gemäß § 15 Abs. 2 oder § 16 Abs. 2 Z 2 GTelG 2012. Die Bestimmung soll daher entsprechend angepasst werden.

Die vorgeschlagene Änderung in Abs. 8 erfolgt vor dem Hintergrund der umfangreichen Speicherverpflichtung von Impfungen im zentralen Impfregeister (vgl. § 24c Abs. 2 in Verbindung mit § 2 Z 18 GTelG 2012) und soll insofern der Rechtssicherheit dienen, als sie klarstellt, dass die in Abs. 8 Genannten von dieser Speicherverpflichtung nicht ausgenommen sind.

Zu Z 17 (§ 51 Abs. 1):

Erstens wird der Verweis in Hinblick auf die AMG-Novelle mit BGBl. I Nr. 186/2023 aktualisiert. Zweitens hat der OGH mit Erkenntnis 6 Ob 233/23t unter Hinweis auf das Urteil des EuGH C-307/22 (*Copies du dossier médical*) entschieden, dass eine gesetzliche Kostenersatzpflicht für die Erstkopie wegen des Vorrangs des Unionsrechts unanwendbar ist (siehe *Kopetzki*, Die Krankengeschichte – vom Geheimpapier zur kostenlosen Erstkopie, RdM 2025, 1). Mit der in Aussicht genommenen Änderung soll eine unionsrechtskonforme Rechtslage hergestellt und der unionsrechtlichen „Bereinigungspflicht“ nachgekommen werden (siehe *Stocker/Vcelouch* in *Jaeger/Stöger* [Hrsg], EUV/AEUV Art 299 AEUV Rz 22 [Stand 1.8.2024, rdb.at]).

Zu Z 18 (§ 52c Abs. 4):

Mit Art. 1 Z 17 des Bildungsreformgesetzes 2017, BGBl. I Nr. 138/2017, hat der die Legitimation zur Erhebung von Amtsbeschwerden regelnde Art. 132 Abs. 5 B-VG die Absatzbezeichnung „(4)“ erhalten. Dieser Verweis wird hiermit berichtigt.

Zu Z 19 (§ 59 Abs. 1 Z 3):

Hier soll die höchstgerichtliche Rechtsprechung zu VwGH Ra 2021/11/0145 Niederschlag finden, wonach Zeiten einer vorläufigen Untersagung der Berufsausübung gemäß § 62 ÄrzteG 1998 den Streichungstatbestand wegen Nichtausübung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 nicht erfüllen.

Zu Z 20 (§ 62 Abs. 4b):

Im Rahmen eines Verfahrens zur vorläufigen Untersagung der Berufsausübung ist zu prüfen, ob das öffentliche Wohl dies erfordert und Gefahr in Verzug besteht. Aus der bloßen Bekanntgabe der Bestellung einer gerichtlichen Erwachsenenvertretung kann, ohne weitere Anhaltspunkte, nicht notwendigerweise auf das Vorliegen dieser Voraussetzungen geschlossen werden. Nach § 141 Abs. 2 Z 2 des Außerstreitgesetzes, BGBl. I Nr. 111/2003, darf das Gericht im Rahmen der Amtshilfe Auskünfte insbesondere über Informationen zum Gesundheitszustand der vertretenen Person nur erteilen, wenn dieses zur Mitwirkung an einem behördlichen Verfahren verpflichtet ist, die gewünschte Auskunft für die angegebenen Zwecke erforderlich sind und die Behörde die Informationen nicht mit zumutbarem Aufwand auf andere Weise erhalten kann. Nach § 37a der Jurisdiktionsnorm, RGBl. Nr. 111/1895, sind Gerichte nur insoweit zur Amtshilfe durch Übermittlung von Gerichtsakten oder von Teilen dieser an Verwaltungsbehörden verpflichtet, als die Übermittlung auf einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage beruht und ihr nicht im konkreten Fall besondere Rechtsvorschriften entgegenstehen. Vor diesem Hintergrund soll eine Mitwirkungspflicht der betroffenen Ärztinnen/Ärzte in Verfahren gemäß § 62 Abs. 1 Z 1 festgelegt werden.

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

Zu Z 21 (§ 66b Abs. 4):

Hier wird eine Verweisanpassung vorgenommen.

Zu den Z 22 und 23 (§ 86 Abs. 3 und 4):

In Abs. 3 wird auf Grund der häufigen Kurzfristigkeit in Personalangelegenheiten die Möglichkeit der Durchführung von Umlaufbeschlüssen für das Präsidium vorgesehen.

Bisher ordnete Abs. 4 hinsichtlich der Beschlussfassung im Präsidium die sinngemäße Anwendung des § 79 Abs. 5 (Beschlussfassung in der Vollversammlung) an. Im Präsidium besteht jedoch die Besonderheit, dass stimmberechtigte und nicht stimmberechtigte Mitglieder bestehen können, wodurch sich Regelungsbedarf hinsichtlich des Präsenzquorums zeigte. Nunmehr soll klargestellt werden, dass bei der Berechnung des Präsenzquorums auf stimmberechtigte Mitglieder abzustellen ist. Im Hinblick auf den Übergang des Dirimierungsrechts kommt § 83 Abs. 8 zur Anwendung.

Aus dem Wesen von Beschlüssen in dringenden Angelegenheiten ergibt sich auch, dass diese nicht unter der Voraussetzung der nachfolgenden Zustimmung des Vorstands zu fassen sind. Von diesem (ohnehin durch die Satzung abdingbaren) Erfordernis soll mit der Neufassung abgewichen werden.

Zu Z 24 (§ 125 Abs. 4):

Mit der Neuerlassung dieser Bestimmung soll ein Redaktionsversehen bereinigt werden. Zudem soll – wie schon in § 83 Abs. 1 im Zusammenhang mit den Ärztekammern in den Bundesländern – eine Verpflichtung zur Mitzeichnung des Finanzreferenten bei der Ausfertigung von Geschäftsstücken der Österreichischen Ärztekammer, die finanzielle Angelegenheiten betreffen, verankert werden.

Zu Z 25 und 26 (§ 128 Abs. 3 und 4):

In Abs. 3 wird auf Grund der häufigen Kurzfristigkeit in Personalangelegenheiten die Möglichkeit der Durchführung von Umlaufbeschlüssen für das Präsidium der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen. Die Formulierung im Hinblick auf das Dirimierungsrecht des Präsidenten wird in Abs. 4 an § 86 Abs. 4 angeglichen. Darüber hinaus wird – ebenso in Anlehnung an § 86 Abs. 4 – klargestellt, dass Stimmenthaltung, leere und ungültige Stimmzettel bei der Ermittlung der Abstimmungsergebnisse nicht zu berücksichtigen sind. Zum Entfall des Zustimmungserfordernisses zu in dringenden Angelegenheiten gefassten Beschlüssen siehe oben zu § 86 Abs. 5.

Zu Z 27 (§ 204 Z 5):

Dabei handelt es sich um eine aufgrund der Erlassung des MTD-Gesetzes 2024 sowie des Außerkrafttretens des MTD-Gesetzes, BGBl. Nr. 460/1992, notwendige Änderung.

Zu Z 28 (§ 254b und § 254c samt Überschriften):

§ 254b sieht eine Meldeverpflichtung für Ärztinnen/Ärzte vor, die zum Stichtag über eine Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke verfügen.

§ 254c regelt das In- und Außerkrafttreten. § 31 soll gleichzeitig mit Einführung des Sonderfachs in Allgemeinmedizin und Familienmedizin rückwirkend in Kraft treten, wonach keine Verwaltungsstrafen im Hinblick auf eine allfällige Überschreitung der Sonderfachbeschränkung zu verhängen sind. § 12 Abs. 2 Z 7 und § 12a Abs. 2 Z 7 in der Fassung dieses Bundesgesetzes haben mit Ablauf des 31. Mai 2030 außer Kraft und in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 21/2024 mit 1. Juni 2030 wieder in Kraft zu treten, da § 259 ÄrzteG 1998 vorsieht, dass Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin bis längstens 31. Mai 2030 berechtigt sind, im Rahmen der aus- und weiterbildungsrechtlichen Bestimmungen die Ausbildungstätigkeit als Fachärztinnen/Fachärzte für Allgemeinmedizin und Familienmedizin auszuüben.

Zu Z 29 und 30 (§ 260 Z 1):

Die vorgesehene Frist zum Abschluss der Ausbildung in Allgemeinmedizin soll ein übermäßig langes Nebeneinander der Ausbildung in Allgemeinmedizin und der Ausbildung im Sonderfach Allgemeinmedizin und Familienmedizin verhindern. Weiterhin möglich ist der Abschluss durch einen Übertritt gemäß Z 2. Weiters soll in lit. d eine Anpassung an die von der ÖÄK zwischenzeitlich erlassene Prüfungsordnung 2026 vorgenommen werden.

Zu Z 31 (§ 262 Abs. 1):

Es soll eine Befristung der Übergangsbestimmung zum Erwerb der fachärztlichen Bezeichnung eingeführt werden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Suchtmittelgesetzes)

Zu § 47 Abs. 26:

Die mit der Novelle des Suchtmittelgesetzes BGBl. I Nr. 70/2023 geschaffenen Bestimmungen des § 8a Abs. 1c und 1d sind als Übergangsregelungen bis zur technischen Verfügbarkeit des digitalen Verschreibungsprozesses zu verstehen. Die Vorarbeiten bzw. notwendigen Abstimmungen für den digitalen Verschreibungsprozess sind am Laufen, jedoch noch nicht finalisiert. Aufgrund der Komplexität des Prozesses und der notwendigen Anbindung der verschiedenen Berufsgruppen an den digitalen Verschreibungsprozess, gestaltet sich die technische Umsetzung bis zum 31. Dezember 2026 als nicht realisierbar. Um das derzeit gut funktionierende und mit allen involvierten Stellen (behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt, Amtsärztin/Amtsarzt, Apothekerin/Apotheker) abgestimmte System, über den 31. Dezember 2026 hinaus zu ermöglichen und ein Zurückfallen auf den früheren Verschreibungsprozess zu verhindern, sieht der Entwurf ein Außerkrafttreten mit Ablauf des 31. Dezember 2028 vor.