

Materialien

RV BGBl. I 169/1998: Der vorliegende Entwurf beinhaltet gegenüber dem ÄrzteG 1984 in seiner [bisher] geltenden Fassung hauptsächlich folgende drei wesentliche Neuerungen:

Zum einen werden die berufsrechtlichen Voraussetzungen für künftige Absolventen des durch das Universitäts-Studiengesetz – UniStG, BGBl. I Nr. 48/1997, eingerichteten Studiums der Zahnmedizin geschaffen. Zum anderen wird dem seitens der Ärztekammern bestehenden Bedarf nach einer umfassenden Neustrukturierung der Kammerorganisation, die besser als die bisherigen Kammerstrukturen den Bedürfnissen ärztlicher Berufsgruppen (angestellte Ärzte und niedergelassene Ärzte sowie Zahnärzte) gerecht wird, Rechnung getragen. Schließlich sollen durch Schaffung eines Verfahrensrechtes für das ärztliche Disziplinarverfahren bestehende Unzulänglichkeiten in diesem Bereich beseitigt werden.

Im Hinblick auf den mit diesem Regelungsbedarf notwendigerweise verbundenen Umfang der geänderten Bestimmungen erscheint eine Novellierung des geltenden ÄrzteG 1984 insbesondere aus gesetzessystematischen Gründen nicht sinnvoll. Vielmehr erscheint eine Neugliederung vor allem des berufsrechtlichen Teiles zweckmäßig. Dies soll in der Weise erfolgen, dass die Berufsumschreibung und Berufszugangsvoraussetzungen einerseits für den allgemeinärztlichen und fachärztlichen Bereich und andererseits für den zahnärztlichen Bereich in jeweils eigenen Abschnitten im 1. Hauptstück geregelt werden. Daran anschließend folgt ein weiterer Abschnitt, der jene Regelungen enthält, die alle Ärzte gleichermaßen betreffen (Ärzteliste, Berufspflichten usw.).

Andererseits wäre, auch was die im Bereich des Kammerrechts und des Disziplinarrechts vorgeschlagenen Neuregelungen betrifft, mit einer Novellierung des ÄrzteG 1984 das Auslangen nicht zu finden, so dass – bei einem Zuwachs von über hundert Bestimmungen gegenüber dem ÄrzteG 1984 – in einer Neuerlassung des ÄrzteG die zweckmäßigere Alternative gesehen wird.

Zu den Regelungsbereichen im Einzelnen: [...]

Ein weiterer Schwerpunkt [...] ist die Reform der Ärztekammern in den Bundesländern und der Österreichischen Ärztekammer. Kern dieses Vorhabens ist es, die Ärzteschaft primär nicht – wie dies [bisher] der Fall ist – je nach ihrer Berufsausübung als Allgemeinmediziner, Facharzt oder Turnusarzt in Sektionen zu erfassen, sondern entsprechend ihren spezifischen Interessen als angestellter Arzt oder niedergelassener Arzt [...] in [...] so genannten „Kurien“, wobei die Zuordnung zur Kurie der angestellten Ärzte oder zur Kurie der niedergelassenen Ärzte hinsichtlich Ärzten, die sowohl im Rahmen eines Dienstverhältnisses als auch freiberuflich tätig sind, sich grundsätzlich daran orientieren soll, welcher Tätigkeitsbereich – Anstellungsverhältnis oder freiberufliche Tätigkeit – schwerpunktmäßig ausgeübt wird.

Die Angelegenheiten der Kurien sollen von [bisher] Kammerorganen, den so genannten „Kurienversammlungen“, zu besorgen sein. Diesen Kammerorganen soll in Angelegenheiten ihrer jeweiligen Gruppierung weitgehende Autonomie zukommen, wobei allerdings die Möglichkeit besteht, durch Beschluss auch in kurienspezifischen Angelegenheiten die Vollversammlung oder den Vorstand zu befassten, und darüber hinaus hinsichtlich besonders wichtiger grundsätzlicher Kurienangelegenheiten und hinsichtlich Kurienversammlungsbeschlüssen, die die Interessen einer anderen Kurie berühren, dem Präsidenten sowie einem eigens dafür geschaffenen Gremium, dem Präsidialausschuss, Integrations- bzw. Koordinierungsfunktion zukommt.

Die Kurienstruktur setzt sich auch auf Ebene der Österreichischen Ärztekammer fort, wo die jeweiligen Landeskurierversammlungen in je einer Bundeskurie der angestellten Ärzte, der niedergelassenen Ärzte und der Zahnärzte vertreten sind.

Auch das ärztliche Disziplinarrecht bedarf dringend einer Neugestaltung. Das [bisherige] ÄrzteG 1984 sieht Verfahrensregeln für das ärztliche Disziplinarrecht nur äußerst rudimentär vor. Anstelle spezifischer verfahrensrechtlicher Regelungen wird im § 100 Abs. 1 angeordnet, dass die Vorschriften der Strafprozessordnung 1975 sinngemäß anzuwenden sind, „soweit sich aus dem ÄrzteG 1984 nicht anderes ergibt und die Anwendung der Strafprozessordnung 1975 mit den Grundsätzen und Eigenheiten des Disziplinarverfahrens vereinbar ist“.

Dieser Verweis auf die Strafprozessordnung 1975 wurde von Seiten der Praxis als zu unspezifisch wiederholt in Kritik gezogen, da in vielen Fällen nicht eindeutig sei, welche Verfahrensregeln – etwa jene über das bezirksgerichtliche Verfahren oder über das Verfahren vor den Gerichtshöfen erster Instanz – zum Tragen zu kommen hätten.

Der vorliegende Entwurf will in weitgehender Anlehnung an das Disziplinarrecht der Rechtsanwälte (Disziplinarstatut 1990) dieser Kritik durch Schaffung eines eigenen Disziplinarverfahrensregimes begegnen.

Subsidiär wird für das erstinstanzliche Verfahren die Anwendung des Allgemeinen Verwaltungsvorgangsgesetzes 1991, für das letztinstanzliche Verfahren die Anwendung der Strafprozessordnung 1975 über Rechtsmittel gegen Urteile der Bezirksgerichte vorgeschlagen.

Schließlich besteht auch sonst im Bereich der Ärzteordnung verschiedentlich Adaptierungsbedarf. So insbesondere im Bereich der ärztlichen Verschwiegenheits- und Anzeigepflicht. [...]

Verfassungsrechtliche Grundlage für die Ausarbeitung dieses Entwurfes sind die Art. 10 Abs. 1 Z 8 und 12, 11 Abs. 1 Z 2 sowie 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, welche die Kompetenztatbestände „Einrichtung beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das ganze Bundesgebiet erstrecken, mit Ausnahme solcher auf land- und forstwirtschaftlichem Gebiet“ und „Gesundheitswesen“ hinsichtlich Gesetzgebung und Vollziehung, den Kompetenztatbestand „berufliche Vertretungen, soweit sie nicht unter Art. 10 fallen, jedoch mit Ausnahme jener auf land- und forstwirtschaftlichem Gebiet sowie auf dem Gebiet des Berg- und Schiführerwesens und des in den selbständigen Wirkungsbereich der Länder fallenden Sportunterrichtswesens“ hinsichtlich der Gesetzgebung und den Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ hinsichtlich der Gesetzgebung über die Grundsätze in die Zuständigkeit des Bundes weist. [...]

RV BGBl. I 110/2001: Ein wesentlicher Teil dieser Novelle betrifft die Schaffung von so genannten Gruppenpraxen. Im Gegensatz zu den bisherigen Gemeinschaftspraxen, die lediglich Innengesellschaften ohne Außenwirkung sind und die an der unmittelbaren Vertragsbeziehung des einzelnen Arztes zu seinen Patienten nichts ändern, sowie im Gegensatz zu den Apparate- und Ordinationsgemeinschaften, die zwar Außenwirkungen entfalten, jedoch lediglich Wirtschaftsgesellschaften (Ein- und Verkauf medizinisch-technischer Geräte usw.) sind, sollen die nunmehrigen Gruppenpraxen erstmals auch die Möglichkeit von Behandlungsgesellschaften eröffnen.

Als Rechtsform dieser außenwirksamen Gruppenpraxen steht die offene Erwerbsgesellschaft im Sinne des § 1 des Erwerbsgesellschaftengesetzes (EEG), BGBl. Nr. 257/1990, zur Verfügung.

Ziel und Zweck ist einerseits die Entlastung des stationären Krankenanstaltensektors durch flexible ambulante Einrichtungen und andererseits die Schließung von Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Bereich samt wesentlich besserer Erreichbarkeit. Parallel dazu soll durch eine Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes die Möglichkeit geschaffen werden Kassenverträge für Gruppenpraxen auszuverhandeln.

Im Rahmen der Vollziehung des Krankenanstaltenrechts („Heil- und Pflegeanstalten“ gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) wird freilich darauf zu achten sein, ob durch das Ausmaß an Organisation eine als „Gruppenpraxis“ bezeichnete ärztliche Behandlungseinrichtung nicht tatsächlich bereits eine Krankenanstalt darstellt (siehe auch RdM 2000, 127). Die vorliegende Novelle zum ÄrzteG enthält darüber hinaus gesetzliche Maßnahmen, um Diskriminierungen bei der Erteilung von Sonderbewilligungen (z.B. für die vorübergehende Tätigkeit ausländischer Ärzte in Österreich) für Ärzte bzw. Zahnärzte auszugleichen. Näheres ist dem Besonderen Teil der Erläuterungen zu entnehmen. Darüber hinaus wird eine Rechtsgrundlage geschaffen, um die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung in Justizanstalten bei Bedarf auch durch ausländische Ärzte zu gewährleisten.

Auf Grund des Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit wird Österreich verpflichtet, eine Rechtsgrundlage für Staatsangehörige der Schweizerischen Eidgenossenschaft auf Zugang zu einer unselbständigen Erwerbstätigkeit und Niederlassung als Selbständiger sowie der Erleichterung der Erbringung von Dienstleistungen unter gegenseitiger Anerkennung der beruflichen Befähigungsnachweise zu schaffen.

Hinsichtlich der Entwicklung eines rechtlichen Rahmens für die Beziehungen der Europäischen Union zu mittel- und osteuropäischen Ländern und der schrittweisen Errichtung eines Netzwerkes von Europa-Abkommen, muss im ÄrzteG darüber hinaus die Möglichkeit für Staatsangehörige der assoziierten Länder hergestellt werden, das in diesen Verträgen festgelegte Niederlassungs- und Dienstleistungsrecht verwirklichen zu können.

Im Sinne der Qualitätssicherung organisierter Notarztdienste hat in Hinkunft der zu absolvierende Lehrgang mit einer theoretischen und praktischen Prüfung abzuschließen. Die Abschlussprüfung ist zu wiederholen wenn innerhalb von drei Jahren nach Abschluss des Lehrganges oder des Besuches der letzten Fortbildungsveranstaltung keine weitere Fortbildungsveranstaltung besucht worden ist.

Im Rahmen der Berufspflichten wird das rechtliche Schicksal der von einem Arzt geführten Aufzeichnungen bei Einstellung seines Berufes unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen geregelt, sowie das bereits durch Lehre und Judikatur festgestigte Patientenrecht auf Einsicht in die Krankengeschichte gesetzlich festgeschrieben.

Hinsichtlich der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen nach Behandlungsfehlern sollen Vergleichsgespräche vor ärztlichen Schlichtungsstellen oder vergleichbaren Einrichtungen den Ablauf der Verjährung hemmen.

Anlässlich dieser Novelle sollten überdies über Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer Änderungen hinsichtlich der Bestimmungen im Wohlfahrtsfonds Bereich, deren Notwendigkeit sich aus dem bisherigen Vollzug ergab, vorgenommen werden.

Schließlich sollte auch die Gelegenheit genutzt werden, [...] Schillingangaben im ÄrzteG durch entsprechende Euroangaben zu ersetzen. [...]

RV BGBl. I 65/2002: Die gegenständliche Novelle dient der Umsetzung der Verwaltungsreform. [...] Es] soll im Sinne der generellen Überlegungen der Bundesregierung zur Verwaltungsvereinfachung und zur Auslagerung von Bundesangelegenheiten zur Erreichung der beschlossenen Sparziele und der Konsolidierung des Staatshaushaltes sowohl die Anerkennung von Ausbildungsstätten zur Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin als auch zum Facharzt oder für eine ergänzende spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet eines Sonderfaches einschließlich von Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen sowie Lehrambulatorien in den übertragenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer verlagert werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Österreichische Ärztekammer, der schon bisher ein Anhörungsrecht etwa in Angelegenheiten der Anerkennung von Ausbildungsstätten eingeräumt war, in diesem Bereich [...] eng mit den jeweils zuständigen Landesärztekammern kooperiert, sodass auf Grund der Fachkompetenz der Ärztekammern eine reibungslose und sachadäquate Vollziehung gewährleistet ist. Durch den Wegfall von verschiedensten Anhörungsrechten wird auch eine Beschleunigung der Verfahrensdauer erreicht werden können, die letztlich auch den Rechtsträgern von Krankenanstalten als Antragsteller in diesem Verfahren zugute kommt und Kosten eindämmt.

Finanzielle Auswirkungen: [...]

Kompetenzgrundlage: In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das [...] vorliegende Bundesgesetz hinsichtlich dieses Artikels auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“).

RV BGBl. I 140/2003: Hauptgesichtspunkte des Entwurfs: [Es] wären im Nachhang zum Verwaltungsreformgesetz 2001, BGBl. I Nr. 65/2002, durch das der Österreichischen Ärztekammer Zuständigkeiten, insbesondere für die Anerkennung von Ausbildungsstätten, übertragen worden sind, auf Anregung der Österreichischen Ärztekammer und im Sinne einer konsequenten Verfolgung des Gedankens der Verwaltungsvereinfachung und -ökonomie, die allerdings weitere Systemänderungen mit sich bringen, nunmehr auch folgende Kompetenzen unter Genehmigungsvorbehalt an die Österreichische Ärztekammer zu übertragen:

- die Erlassung der Ärtzliste-Verordnung,
- im Hinblick auf die in Aussicht genommene Neuerlassung der Ärzte-Ausbildungsordnung die Erlassung von Verordnungen über die für die Ausbildungsfächer in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, für die Hauptfächer der Sonderfächer und für die Additivfächer erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie über die nähere Ausgestaltung der Nebenfächer der Sonderfächer, weiters die Erlassung von Vorschriften über die Einführung von Ausbildungsbüchern als integrative Bestandteile der Rasterzeugnisse.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die Regelung der Übertragung einzelner ärztlicher Tätigkeiten im Einzelfall an Laien durch den Arzt ein. [...]

Weiters ist anzumerken, dass [...] von einer gesetzlichen Regelung der Erste-Hilfe-Leistung durch Laien Abstand genommen wird. Vermeintlichen rechtlichen Unsicherheiten, insbesondere im Zusammenhang mit der jüngst zu beobachtenden, allgemein zu begründenden, stetig steigenden Verwendung von halbautomatischen Defibrillatoren durch Laien kann mit Hinweisen auf einschlägige rechtswissenschaftliche Literatur (vgl. im konkreten Zusammenhang insbesondere Skiczuk/Wenda, Frühdefibrillation durch Laien, RdM 2002, 15 ff), die die diesbezügliche rechtliche Zulässigkeit bestätigt, begegnet werden.

Da sich die Bestimmung des § 343 Abs. 5 ASVG als unvollständig erwiesen hat und darüber hinaus die Qualitätssicherung ein Anliegen ist, das die gesamte Ärzteschaft betrifft, sollen nunmehr Regelungen übereine umfassende Qualitätssicherung in das ÄrzteG aufgenommen werden.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass die im Begutachtungsentwurf vorgesehene ersatzlose Streichung der Verordnungsermächtigung gemäß § 10 Abs. 4 zweiter Satz, wonach der Bundesminister für Gesundheit und Frauen nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen der Ärzte-Ausbildungsordnung festlegen kann, dass – verkürzt ausgedrückt – die eingeschränkte Anerkennung als Ausbildungsstätte auch dann erteilt werden kann, wenn der gemäß Abs. 1 erforderliche weitere Facharzt einem anderen Sonderfach angehört, sofern das zu vermittelnde Gebiet durch den Umfang

der Berufsberechtigung dieses Facharztes abgedeckt wird, in der Regierungsvorlage nicht mehr vorgehen ist, da ein grundsätzlicher, wenn auch nicht aktueller Bedarf durch Praxis gesehen wird.

Finanzielle Auswirkungen: [...]

Kompetenzgrundlage: Der vorliegende Entwurf stützt sich auf den Kompetenzgegenstand „Gesundheitswesen“ des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG sowie hinsichtlich der kammerrechtlichen Bestimmungen auf den Kompetenzgegenstand „Einrichtung beruflicher Vertretungen“ des Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG sowie auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG.

RV BGBl. I 179/2004: Hauptgesichtspunkte des Entwurfs: [...] Der vorliegende Entwurf enthält [...] den ärztlich gebotenen Verweis auf das Ausländerbeschäftigungsgesetz (AuslBG), BGBl. Nr. 218/1975, welches in der Fassung des EU-Erweiterungs-Anpassungsgesetzes, BGBl. I Nr. 28/2004, das Übergangsarrangement hinsichtlich der Beschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit im Zusammenhang mit der EU-Erweiterung umsetzt. [...]

In diesem Zusammenhang erweisen sich auch die Bestimmungen über die Berufsausübung aufgrund einer Bewilligung als adaptierungsbedürftig.

Darüber hinaus wäre auf Anregung der Österreichischen Ärztekammer und im Sinne einer konsequenten Verfolgung des Gedankens der Verwaltungsvereinfachung und -ökonomie, auch im Bereich der Selbstverwaltung, eine Ausbildungskommission als Organ der Österreichischen Ärztekammer mit Entscheidungskompetenz einzurichten. Ebenso wäre aufgrund aktuellen Handlungsbedarfs (Berücksichtigung der Änderungen zur Verordnung 1408/71/EWG) das Wohlfahrtsfondsrecht einigen Adaptierungen zuzuführen.

Abschließend wären einzelne legistische Klarstellungen, etwa im Zusammenhang mit der Führung von öffentlichen Daten in der Ärzteliste, zu treffen.

Kompetenzgrundlage: Der vorliegende Entwurf stützt sich auf den Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG sowie hinsichtlich der kammerrechtlichen Bestimmungen auf den Kompetenztatbestand „Einrichtung beruflicher Vertretungen“ des Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG sowie auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG.

RV BGBl. I 156/2005: [...] Es] wird ein eigenes Berufsgesetz für Angehörige des zahnärztlichen Berufs (Zahnärztegesetz – ZÄG) sowie ein Kammergesetz für Angehörige des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztekammergesetz – ZÄKG) geschaffen. Auf Grund der Herauslösung der Angehörigen des zahnärztlichen Berufs aus dem ÄrzteG sind die erforderlichen berufs- und kammerrechtlichen Änderungen des ÄrzteG vorzunehmen.

Dem überwiegenden Wunsch der betroffenen Berufsgruppen entsprechend und im Hinblick auf die Wahrung erworbener Rechte ist dabei sicherzustellen, dass die Angehörigen des zahnärztlichen Berufs trotz Ausscheidens aus den Ärztekammern weiterhin im Rahmen der Wohlfahrtsfonds der Ärztekammern leistungsberechtigt und -verpflichtet bleiben und entsprechend vertreten sind.

Die Herauslösung der Angehörigen des zahnärztlichen Berufs aus den Ärztekammern erfordert auch Änderungen in den bestehenden Strukturen der Ärztekammern, sodass eine entsprechende Reformierung des Ärztekammerrechts sowohl auf Ebene der Ärztekammern in den Bundesländern als auch auf Ebene der Österreichischen Ärztekammer zu realisieren ist.

Wesentliche Punkte dieser Kammerreform sind insbesondere:

- die Neufassung der Zuordnung der Ärzteschaft zur Kurie der angestellten Ärzte und zur Kurie der niedergelassenen Ärzte,
- die Adaptierung der Kompetenzen der Organe, insbesondere die Normierung einer subsidiären Generalkompetenz der Kammervorstände der Ärztekammern in den Bundesländern sowie des Vorstandes der Österreichischen Ärztekammer sowie
- die Schaffung der Möglichkeit der Wahl eines zusätzlichen Vizepräsidenten durch die Vollversammlung auf Ebene der Ärztekammern in den Bundesländern.

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

RV BGBl. I 122/2006: Im ÄrzteG soll verankert werden, dass eine Tätigkeit von ausländischen Ärzten in österreichischen Krankenanstalten im Rahmen einer Staatsgrenzen überschreitenden dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten keine Kammerangehörigkeit bei der Ärztekammer im jeweiligen Bundesland begründet.

Weiters wird aus gegebenem Anlass im Sinne der gebotenen Rechtssicherheit und -klarheit eine Adaptierung der Bestimmungen über die Kundmachung von Verordnungen der ärztlichen Ständesvertretung im Internet vorgenommen. [...]

Darüber hinaus werden auf besonderen Wunsch der Österreichischen Ärztekammer eine genauere Regelung hinsichtlich der Prüfung des Wegfalls der Voraussetzung der Vertrauenswürdigkeit sowie der gesundheitlichen Eignung sowie eine Bestimmung, wonach Personen, die sich in Ausbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie befinden, das Pflichtnebenfach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auch durch eine zweijährige Tätigkeit bei einem freiberuflichen Zahnarzt absolvieren können, geschaffen.

Schließlich werden einige redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

[...] Die Zuständigkeit des Bundes zur Erlassung dieser Gesetzesnovelle ergibt sich [...] für das ÄrzteG 1998 aus Art. 10 Abs. 1 Z 8 und Z 12 B-VG [...].

RV BGBl. I 62/2009: 1. Haupt Gesichtspunkte des Entwurfs: [Mit dieser Novelle werden umgesetzt]

- die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen,
- das Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit,
- die Richtlinie 2003/109/EG über die Rechtsstellung der langfristig aufenthaltsberechtigten Drittstaatsangehörigen,
- die Richtlinie 2004/38/EG über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten, sowie
- die Richtlinie 2004/83/EG über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes,

in Bezug auf Ärzte in innerstaatliches Recht.

Durch die Richtlinie 2005/36/EG wird ein einheitlicheres, transparenteres und flexibleres System der Anerkennung von beruflichen Qualifikationen geschaffen, indem die Vorschriften der bisherigen Anerkennungsregelungen im Lichte der Erfahrungen verbessert und vereinheitlicht werden. Gleichzeitig werden die bestehenden sektorellen und allgemeinen Anerkennungsrichtlinien, unter anderem auch die „EU-Ärztlichrichtlinie“ 93/16/EWG, aufgehoben.

Auf Grund des EU-Freizügigkeitsabkommens mit der Schweizerischen Eidgenossenschaft sowie der Richtlinien 2003/109/EG und 2004/38/EG sind bestimmte Drittstaatsangehörige im Hinblick auf die Anerkennung von Berufsqualifikationen gleich zu behandeln wie EWR-Staatsangehörige.

Darüber hinaus dient die [...] Ärztegesetz-Novelle der Lösungsfindung der nachfolgenden Problemkreise im Bereich des Berufsrechts:

Auf Anregung der Österreichischen Ärztekammer soll die sogenannte Doppelapprobation (Erfordernis des Studienabschlusses der Humanmedizin und der Zahnmedizin) für das Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie insofern adaptiert werden, als zukünftig der Abschluss des Zahnmedizinstudiums nicht mehr Voraussetzung für den Beginn der Facharztausbildung, sondern nur noch Voraussetzung für den Antritt zur Facharztprüfung sein soll. Damit wird der Zeitraum für die Absolvierung des Zahnmedizinstudiums um vier Jahre verlängert.

Der von mehreren Seiten erhobenen Forderung nach Rücknahme des so genannten „1-plus-1-Prinzips“ für die Festsetzung von Ausbildungsstellen im Rahmen der Anerkennung als (nichtuniversitäre) Ausbildungsstätten für die Facharztausbildung, kann insofern entsprochen werden, als vorgeschlagen wird, dass zur Einrichtung einer Ausbildungsstelle dann kein weiterer Facharzt zusätzlich zum Abteilungsleiter als Ausbildungsarzt mehr erforderlich sein soll, wenn das betreffende Sonderfach durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit zum „Mangelfach“ erklärt wurde. Die Regelung soll vor dem Hintergrund der Sicherstellung der Vollziehbarkeit der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (AAO 2006), BGBl. II Nr. 286/2006, die längerfristige fachärztliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten.

2. Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen: [...]

3. Finanzielle Auswirkungen: [...]

4. Kompetenzgrundlage: Der vorliegende Entwurf stützt sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“) sowie auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtung beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das ganze Bundesgebiet erstrecken“) und auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG („berufliche Vertretungen, soweit sie nicht unter Art. 10 fallen“).

RV BGBl. I 144/2009: 1. Haupt Gesichtspunkte des Entwurfs: Die bestehende Kammerordnung des ÄrzteG entspricht nicht den [...] Anforderungen des Art. 120b B-VG in der Fassung BGBl. I Nr. 2/2008,

wonach eine gesetzliche Zuordnung der Aufgaben des Wirkungskreises eines Selbstverwaltungskörpers zum eigenen und zum übertragenen Wirkungsbereich sowie die Normierung der Weisungsbindung für die Besorgung der Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich vorzunehmen sind.

Dementsprechend werden [...] die im ÄrzteG festgelegten Aufgaben der Ärztekammern in den Bundesländern einem eigenen Wirkungsbereich und jene Aufgaben der Österreichischen Ärztekammer einem eigenen und einem übertragenen Wirkungsbereich zugewiesen und für den übertragenen Wirkungsbereich ein Weisungsrecht des Bundesministers für Gesundheit verankert.

[Es] wurde im Sinne einer weiteren Stärkung der Selbstverwaltung das aufsichtsrechtliche Regime weiter vereinfacht, indem an die Stelle der Untersagung die Aufhebung tritt, sodass die Verlautbarung von Verordnungen unmittelbar nach Beschlussfassung erfolgen kann.

Der Interessenlage der ärztlichen Ständesvertretung folgend, erfährt der übertragene Wirkungsbereich eine Eingrenzung auf jedenfalls unverzichtbare Angelegenheiten, sodass die Österreichische Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich insbesondere die Erfüllung von Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung, soweit diese im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit gelegen sind, weiters die Durchführung von Verfahren betreffend die Erteilung von Sonderbewilligungen von ärztlichen Tätigkeiten einschließlich der Eintragung in die und Austragung aus der Ärzteliste dieses Personenkreises sowie schließlich Angelegenheit des Dienstleistungsverkehrs obliegen. Damit soll dem Erfordernis der Gruppenbezogenheit des eigenen Wirkungsbereiches Rechnung getragen werden. [...]

Entsprechend den Ergebnissen des Begutachtungsverfahrens und dem aktuellen differenzierten Diskussionsstand mit den Ländern bleibt die Umsetzung des Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens einem eigenen Regelungsschritt vorbehalten. Die systematisch erforderliche Zuordnung der betreffenden Verfahren zur An- und Aberkennung von Ausbildungsstätten zum übertragenen Wirkungsbereich dient daher der [...] Umsetzung der B-VG-Novelle, BGBl. I Nr. 2/2008.

Der Verfassungsdienst des Bundeskanzleramtes hat im Rahmen seiner Begutachtungsstellungnahme unter Hinweis auf höchstgerichtliche Judikatur darauf hingewiesen, dass die Übertragung von Aufgaben des Gesundheitswesens (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) auf die Ärztekammern in den Bundesländern Bedenken im Hinblick auf den Grundsatz der Trennung der Vollziehungsbereiche von Bund und Ländern begegnet: So hat der VfGH in VfSlg. 4413/1963 (zum Ärztegesetz 1949) ausgesprochen, dass es unzulässig ist, Vollziehungsaufgaben des Bundes an Körperschaften öffentlichen Rechts zu übertragen, die im Rahmen der Landesvollziehung (hier: auf Grund des Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG) eingerichtet sind.

Weiters erfahren die Regelungen betreffend die Heranziehung Dritter zum Zweck der Erfüllung von Aufgaben der ärztlichen Ständesvertretung eine Verdeutlichung, indem diese Dritten ausdrücklich benannt werden (wie zum Beispiel die Österreichische Akademie der Ärzte im Bereich der Aus- und Fortbildung) oder bei deren Nichtbenennung ausdrücklich normiert wird, dass diese im Rahmen hoheitlicher Aufgaben nur zur bloßen Unterstützung herangezogen werden dürfen (zum Beispiel im Bereich der Wohlfahrtsfonds).

2. Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen und Bürger(-innen): [...]

3. Finanzielle Auswirkungen: [...]

4. Kompetenzgrundlage: Der vorliegende Entwurf stützt sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“), auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtung beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das ganze Bundesgebiet erstrecken“) sowie auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG („berufliche Vertretungen, soweit sie nicht unter Art. 10 fallen“).

RV BGBl. I 61/2010: Wie im Regierungsprogramm für die 24. GP festgehalten ist es das Ziel, durch integrierte Versorgungsangebote die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit des österreichischen Gesundheitssystems zu erhöhen. Dabei ist insbesondere der Zugang der PatientInnen zu den Leistungen vor allem im ambulanten Bereich zu verbessern (Erreichbarkeit von Leistungen in sog. „Randzeiten“ in der Nacht und am Wochenende; Hausbesuche). Im ambulanten Bereich sind dafür unter Bedachtnahme auf qualitative und ökonomische Gesichtspunkte bedarfsorientierte, neue Versorgungsangebote zu schaffen (siehe Regierungsprogramm für die 24. GP, S 183).

Dieses Ziel entspricht auch einer seit längerer Zeit seitens der Österreichischen Ärztekammer vertretenen Ansicht, dass im Bereich der ambulanten Versorgung auch im Hinblick auf eine Entlastung der Spitalsambulanzen niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten neue Organisationsformen zu ermöglichen sind, um sowohl fachlich als auch fächerübergreifend gemeinsam Leistungen erbringen zu können. Aus Patientensicht sollte es dadurch möglich sein, ambulante Leistungen wohnortnäher als bisher unter gleichzeitiger Erweiterung der Ordinationszeiten und Erweiterung des Leistungs-

angebots zur Verfügung zu stellen (vgl. bereits den Wahrnehmungsbericht der Österreichischen Ärztekammer zum Gesundheitswesen und zur Gesundheitspolitik für die Jahre 2007 und 2008, S 32).

Diese gesundheits(struktur)politischen und standespolitischen Zielsetzungen stehen freilich vor dem Hintergrund nicht unbedeutender europarechtlicher und innerstaatlich-verfassungsrechtlicher Problemfelder, wie z.B. die zu beachtenden Aspekte der Niederlassungsfreiheit, Erwerbsfreiheit, Dienstleistungsfreiheit, aber auch die nach dem B-VG im Gesundheitswesen zwischen dem Bund und den Ländern aufgeteilten Zuständigkeiten. Nicht zuletzt ist auch die Sicherstellung der weiterhin zu gewährleistenden finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung im Auge zu behalten.

In der Folge soll dieser Hintergrund näher dargestellt werden:

Innerstaatlich: Mit dem B-VG wurde 1920 als Teilbereich des Gesundheitswesens u.a. der Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ als Materie des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG geschaffen, wonach dem Bund lediglich die Gesetzgebung über die Grundsätze zusteht, während die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung (des jeweiligen Landesausführungsgesetzes) Sache der Länder ist.

Dem Begriff „Heil- und Pflegeanstalt“ kommt nach der Rechtsprechung des VfGH ein wesentlich weiterer Inhalt zu, als dies nach dem üblichen Sprachgebrauch bei den Begriffen „Krankenanstalt“ oder „Spital“ der Fall wäre. So wurden bestimmte selbständige ambulante Einrichtungen bereits in der Monarchie als Krankenanstalten gewertet. Selbständige Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) sind daher vom Kompetenztatbestand der „Heil- und Pflegeanstalten“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) umfasst (siehe zB Stöger, Krankenanstaltenrecht, S 384f; VfSlg 13023). Hinzu kommt, dass Einrichtungen, nach deren Organisation medizinisch-ärztliche Leistungen durch angestellte Ärzte erbracht werden, bereits typisch für das Vorliegen einer Anstalt zu werten sind (z.B. Stöger, aaO, mit mwN auf Literatur und Rechtsprechung). Betten und stationäre Aufnahme der Patienten sind damit nicht entscheidende Abgrenzungskriterien zwischen Krankenanstalten und ärztlichen (zahnärztlichen) Ordinationsstätten. Auch der VwGH (86/09/0036, 10. September 1986) nahm bei einer Einrichtung (der Salzburger Gebietskrankenkasse), in der ein einziger angestellter Zahnarzt dreimal in der Woche halbtags mit einem Behandlerstuhl tätig ist, bereits das Vorliegen eines selbständigen Zahnambulatoriums an und verneinte die Qualifikation als Ordinationsstätte gemäß ÄrzteG im Rahmen des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG.

Bei der Umsetzung des Anliegens, eine Rechtsgrundlage für die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes im Wege einer Gruppenpraxis auch in der Form einer GmbH zu schaffen, ist daher aus verfassungsrechtlichen Gründen die exakte Unterscheidung zwischen Ordinationsstätten nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen) im Rahmen des ÄrzteG 1998 und Einrichtungen, die bereits den Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalt“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) erfüllen, zu achten. Eine Anstellung von Ärzten durch Ärzte ist dementsprechend (ungeachtet der Größe der Einrichtung) nur im Rahmen einer Regelung nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG im Rahmen der Kompetenz „Heil- und Pflegeanstalt“ möglich. Gleiches gilt für die Ausübung des zahnärztlichen Berufes.

Europarecht: Während das Krankenanstaltenrecht für die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums eine positive Bedarfsprüfung voraussetzt, ist dies im niedergelassenen Bereich der Ärzte bzw. im Bereich der zahnärztlichen Versorgung nicht der Fall. Ärzte (Angehörige des zahnärztlichen Berufes) können sich nicht nur als einzeln Berufsausübende, sondern auch in der Form einer Gruppenpraxis ohne eine Bedarfsprüfung niederlassen und damit die Form einer kassenrechtlichen Erstattung ihrer Leistungen im System des Wahlarztes erreichen (Patient übernimmt zunächst die Honorarzählung, der gesetzliche Krankenversicherungsträger ersetzt sodann grundsätzlich 80% des Betrages, den dieser für die erbrachte Leistung bei einem Vertragsarzt [Vertragszahnarzt bzw. -dentist] hätte zahlen müssen).

Dieses System der Bedarfsprüfung von selbständigen Ambulatorien wurde im Jahr 2009 vom EuGH (EuGH 10.03.2009 in der Rechtssache C-169/07, Fall „Hartlauer HandelsgesmbH“) als europarechtswidrig erkannt, da bei gleichem oder ähnlichem Leistungsangebot zahnärztliche Gruppenpraxen ohne weitere Schwelle ihre Tätigkeit aufnehmen können und damit den Status einer Wahlarzteneinrichtung erreichen, hingegen selbständige Ambulatorien (für Zahnheilkunde) einer strengen Bedarfsprüfung unterliegen (EuGH 10.03.2009, C-169/07, RdM 2009/85). Wenngleich diese Entscheidung den Bereich der Zahnheilkunde betraf, so kommt den Aussagen des EuGH auch für den Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung gleiches Gewicht zu.

Der EuGH brachte zwar zum Ausdruck, dass es in einem System öffentlicher Daseinsvorsorge (durch die öffentliche Hand gewährleitetes System medizinischer Versorgung für jeden) zum Schutz dieses Systems in angemessener Weise Marktregulierung auf Anbieterseite geben dürfe, doch müsse dies in gleicher Weise für alle gelten, die gleiche Leistungen anbieten (wollen). Daraus folgt, dass eine Planung des Marktzugangs europarechtskonform insgesamt für die Infrastrukturen ambulanter Versorgung (sowohl Ordinationsstätten von Ärzten bzw. Angehörigen des zahnärztlichen Berufs als auch

selbständige Ambulatorien) zu gelten hat. Dies ist mit der österreichischen Bedarfsprüfung nur für selbständige Ambulatorien gegenüber Gruppenpraxen allerdings nicht der Fall.

Legislativer Handlungsbedarf: Eine Ersatzregelung ist dringend geboten, da andernfalls auf Grund des Anwendungsvorrangs des EU-Rechts Antragsteller für selbständige Ambulatorien aus dem EU-Ausland ohne Bedarfsprüfung ungehindert selbständige Ambulatorien in Österreich verwirklichen könnten und damit bei angebotsinduzierter Nachfrage die Ausgaben im Rahmen der Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung steigern. Überdies stellt diese Situation eine Diskriminierung von Inländern dar.

Zugleich ist es aber auch gesundheitspolitisch unstrittig und ebenso im Regierungsprogramm vorgesehen, dass zur Entlastung des Spitalssektors (Ambulanzfrequenzen) eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs erfolgt. An dieser Stelle trifft sich der legislative Handlungsbedarf nach der Entscheidung des EuGH in der Causa „Hartlauer“ mit dem Wunsch der Österreichischen Ärztekammer nach Schaffung von „Ärzte-GmbHs“ und dem Ziel des Regierungsprogramms. Verfassungsrechtliche und europarechtliche Rahmenbedingungen sind allerdings zu beachten.

In diesem Sinn kann der zunächst seitens der Österreichischen Ärztekammer vertretenen Ansicht, nach ihrem Verständnis schließe die Ausübung des Arztberufs als „freier Beruf“ für die freiberufliche Ausübung des Arztberufs in der Form einer Gruppenpraxis als GmbH eine Marktzugangsregelung aus, auch dann nicht gefolgt werden, wenn die Gesellschafter ausschließliche Ärzte sind und keine Anstellung von Ärzten durch Ärzte erfolgt. Im Sinn der Rechtsprechung des EuGH müsste dies auch selbständigen Ambulatorien eingeräumt werden, wenn das von einer ärztlichen Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH und das von einem selbständigen Ambulatorium angebotene Leistungsvolumen und -spektrum vergleichbar ist. Dieser Schritt kann aber aus Gründen der finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung (angebotsinduzierte Nachfrage) und der daraus erfließenden Notwendigkeit einer Planung der Angebotseite nicht gesetzt werden.

Selbstredend sind von diesem zu schaffenden Mechanismus einer Regelung des Marktzugangs jene Bereiche auszuschließen, in denen ärztliche und zahnärztliche Leistungen außerhalb des Erstattungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen (z.B. IVF und plastische Schönheitschirurgie).

Erleichterungen im Regime eines geordneten Marktzugangs sind allerdings dann möglich, wenn die zur Zusammenarbeit entschlossenen Ärzte (Angehörige des zahnärztlichen Berufs) ohnehin bereits Vertragsärzte mit entsprechenden Planstellen sind (dabei wird davon ausgegangen, dass die zwischen jeweiliger Landesärztekammer und Gebietskrankenkasse ausverhandelten Stellenpläne ohnehin ein Instrument eines geordneten Marktzugangs sind). Von maßgeblicher Bedeutung wird auch die regionale Versorgungsplanung durch den jeweiligen regionalen Gesundheitsstrukturplan (RSG) sein. Im Sinn der Rechtsprechung des EuGH hat dies freilich sowohl für eine ärztliche (zahnärztliche) Zusammenarbeit im Rahmen einer Gruppenpraxis als GmbH auf der Grundlage des Ärztegesetzes 1998 bzw. auch Zahnärztegesetzes als auch für entsprechende selbständige Ambulatorien zu gelten.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die rechtlich verbindliche Vorgabe von Leistungsspektrum und Versorgungsangebot. Dies deshalb, da Sinn der Schaffung neuer Formen ambulanter Versorgung die Entlastung des Spitalsambulanzsektors ist, der vor allem an Wochenenden, an Feiertagen und in den sog. Randzeiten (Abendstunden, Nachmittage vor Wochenenden oder Feiertagen) eine wesentliche Versorgungsfunktion trägt (siehe eben auch Regierungsprogramm). Es bedarf daher einer der Rechtswirksamkeit zugänglichen Festlegung von Leistungsangebot, Öffnungszeiten und Versorgungsvolumen, um dieses Ziel zu erreichen. Dies ist in der österreichischen Rechtsordnung im System des Verwaltungsrechts mit dem Rechtsinstrument der Bescheiderlassung der Fall, im Vertragspartnerrecht der gesetzlichen Krankenversicherung tritt die vertragliche Verpflichtung des Leistungserbringers hinzu.

Im Hinblick auf die Vollzugskompetenz der Länder auf dem Gebiet der Heil- und Pflegeanstalten (Bescheiderlassung für selbständige Ambulatorien durch die Landesregierung) bietet sich für Gruppenpraxen in der Rechtsform einer GmbH im Rahmen des Ärztegesetzes 1998 bzw. des Zahnärztegesetzes auf der Grundlage des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG der Landeshauptmann an. Dieser ist nicht nur das verfassungsmäßig vorgesehene Vollzugsorgan auf der Landesebene im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung, durch die Kompetenz der Länder auf dem Gebiet der Heil- und Pflegeanstalten sowie durch die Mitwirkung der Länder bei der regionalen Versorgungsplanung (siehe oben RSG sowie überdies auch die Gesundheitsplattform des jeweiligen Bundeslandes nach Art. 19 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl I 2008/105) würde durch den sowohl der Landesregierung als auch dem Landeshauptmann zur Verfügung stehenden Behördenapparat (Amt der Landesregierung) eine Abstimmung der Sektoren spitalsambulanter

Versorgung und selbständiger Ambulatorien (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) einerseits versus Gruppenpraxen in der Rechtsform einer GmbH (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) andererseits, möglich sein.

Die Interessenlage der Betroffenen (jeweiliger Antragsteller, aber auch Krankenversicherung und berufliche Interessenvertretungen) kann durch Parteistellung und Legitimation zur Erhebung von Beschwerden an die Gerichtshöfe des öffentlichen Rechts voll gewahrt bleiben.

Festzuhalten ist somit, dass

- ein unregulierter Zugang von Anbietern ärztlicher (zahnärztlicher) Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung im Kostenerstattungsbereich zu nicht abschätzbaren Mehrausgaben führen würde, und
- die Rechtsprechung von EuGH und VfGH es gebietet, vergleichbare Anbieter einem gleichen Regime des Marktzugangs zu unterwerfen.

Im Übrigen sollen im ÄrzteG die Bestimmungen über die ärztliche Qualitätssicherung einer umfassenden Erneuerung unterzogen werden, wobei [...] die Evaluierung und Kontrolle der Qualitätskriterien in enger Abstimmung und Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern und dem Bundesminister für Gesundheit erfolgen soll. In diesem Zusammenhang sollen auch der Wissenschaftliche Beirat der ÖQMed neu zusammengesetzt und zusätzlich ein eigener Evaluierungsbeirat mit regionalen Ausschüssen etabliert werden.

Darüber hinaus sollen einzelne dringliche Anliegen im Hinblick auf die ärztliche Ausbildung (Klarstellung hinsichtlich der vorübergehenden Verwendung von Turnusärzten ohne Aufsicht, insbesondere im Rahmen von Nacht- und Wochenenddiensten, weiters die Schaffung eines Zugangs zur Additivfachausbildung für Ärzte für Allgemeinmedizin) sowie im Hinblick auf die ärztliche Berufsausübung (Einrichtung eines Ehrenrates für die Fragen der Vertrauenswürdigkeit und Eröffnung der Möglichkeit der Erteilung von Bedingungen, Auflagen und Befristungen bei Einschränkungen der gesundheitlichen Eignung und Vertrauenswürdigkeit) einer gesetzlichen Regelung zugeführt werden.

Mit dem 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz, BGBl. I Nr. 147/2009, wurden als erster Umsetzungsschritt des Sanierungskonzeptes „Gesundheit: Finanzierung sichern – Langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“ gesetzliche Grundlagen zur Umsetzung dieses Sanierungskonzeptes durch umfassende Novellierungen im Vertragspartnerrecht geschaffen. Nunmehr sollen [...] zur weiteren Verbesserung des Sachleistungsangebotes der sozialen Krankenversicherung an die Versicherten die sozialversicherungsrechtlichen Komplementärbestimmungen zur Einführung der in diesem Konzept enthaltenen neuen ambulanten Versorgungsformen („Ärzte-GmbH“) geschaffen werden.

Weiters sollen Aktualisierungen bestehender sozialversicherungsrechtlicher Regelungen im Hinblick auf die praktische Anwendung und die Rechtsentwicklung vorgenommen werden.

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- Anpassung der Kostenerstattungsregelung.
- Schaffung von ergänzenden Sonderregelungen im Vertragsregime der (zahn)ärztlichen Gruppenpraxen.
- Flexibilisierung des Einzelvertrages gegenüber dem Gesamtvertrag.
- Neuregelung (Flexibilisierung) des einzelvertraglichen Kündigungsrechts.
- Gesetzliche Verankerung der Vertragspartneranalyse der Krankenversicherungsträger.
- Ausdehnung der Bemessungsgrundlage für das Krankengeld für freie Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer.
- Neue Gliederung des Abschnittes II des Sechsten Teiles (Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Ärzten) in der Weise, dass die Regelungen für Zahnärzte und Zahnärztinnen in einem eigenen Unterabschnitt geregelt werden.
- Klarstellung der Regelung für (geschäftsführende) Gesellschafterinnen und Gesellschafter hinsichtlich deren Versicherungspflicht im FSVG.
- Redaktionelle Anpassungen.

Finanzielle Auswirkungen: [...]

Kompetenzgrundlage: In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“), Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“) und Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“).

RV BGBl. I 82/2014: 1. Haupt Gesichtspunkte: Der vorliegende Entwurf stützt sich auf die Vorschläge zur Reform der ärztlichen Ausbildung der gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheits-

wesens, BGBl. I 105/2008, geändert wird, BGBl. I 199/2013, eingerichteten Kommission als Voraussetzung für die notwendigen Änderungen in der Ärzteausbildung.

Der Entwurf sieht wesentliche Änderungen in der Ausbildung der Ärzte/Ärztinnen vor, um den zeitgemäßen umfangreichen Anforderungen des heutigen Stands der Wissenschaft und dem Bedarf an bestmöglicher Versorgung der Patienten/Patientinnen zu berücksichtigen.

Schwerpunkte der Reform sind:

1. Die Verpflichtung zur Absolvierung einer neunmonatigen Basisausbildung nach dem Medizinstudium zum Erwerb klinischer Basiskompetenzen in den Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie sowie Notfallmedizin und zum Kennenlernen der fünfzehn häufigsten Erkrankungen (beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen, Depressionsstörungen, cerebrovasculäre Erkrankungen, Alzheimer/Demenz, Diabetes) in allgemeinen Krankenanstalten gemäß § 2a KAKuG und bestimmte Sonderkrankenanstalten gemäß § 2 KAKuG.

2. Erst nach Erwerb der Basiskompetenzen wird eine Entscheidung für die weitere Ausbildung getroffen, ob eine allgemeinärztliche oder fachärztliche Weiterqualifikation angestrebt wird.

3. Im Bereich der Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin zur Erlangung der notwendigen umfassenden Kompetenzen im Fachgebiet Allgemeinmedizin soll es – vergleichbar mit der Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin – gleichzeitig mit der Anerkennung als Ausbildungsstätte die Festsetzung von Ausbildungsstellen geben.

Das Fachgebiet der Allgemeinmedizin soll darüber hinaus verpflichtend vorrangig im Rahmen von Lehrpraxen in der Dauer von zumindest sechs Monaten absolviert werden.

4. Neuerungen im Bereich der Facharztqualifikation liegen in der Teilung der Ausbildung in eine Sonderfach-Grundausbildung und eine darauf aufbauende Sonderfach-Schwerpunktausbildung. Im Rahmen der Sonderfach-Schwerpunktausbildung, die modular aufgebaut ist, soll bereits eine gewisse Spezialisierung, wie bislang im Rahmen der Additivfachausbildung, möglich sein.

Die bisherigen Additivfächer sollen entfallen und werden zum Großteil durch die Sonderfach-Schwerpunktausbildung in die neue Ausbildung integriert. Darüber hinaus soll es nach der Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt/zur Fachärztin die Möglichkeit zu einer weiteren Spezialisierung geben, die auch sonderfachübergreifend sein kann wie beispielsweise Geriatrie oder psychosomatische Medizin.

Im Übrigen sieht der Entwurf auch den Entfall der österreichischen Staatsbürgerschaft, der Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedstaates oder einer sonstigen Vertragspartei des EWR-Abkommens oder der Eigenschaft als gleichgestellter Drittstaatsangehöriger als Voraussetzung für eine ärztliche Tätigkeit in Österreich vor.

Zur Finanzierung der Ausbildung in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien im Fachgebiet Allgemeinmedizin im Rahmen der Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin soll der Hauptverband eingebunden werden, was zu entsprechenden Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, führt (Art. 2).

2. Kompetenzgrundlage: In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtungen beruflicher Vertretungen, sofern sie sich auf das ganze Bundesgebiet erstrecken“), auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“), auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“), auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG („berufliche Vertretungen, soweit sie nicht unter Art. 10 fallen“), auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“) sowie auf Art. 17 („Privatwirtschaftsverwaltung“).

RV BGBl. I 9/2016: Die Richtlinie 2013/55/EU zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) ist bis 18. Jänner 2016 in innerstaatliches Recht umzusetzen.

Im Rahmen des vorliegenden Bundesgesetzes erfolgt die innerstaatliche Umsetzung für die Berufe der Ärztin/des Arztes [...].

Kompetenzgrundlage: In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das vorliegende Bundesgesetz auf Artikel 10 Abs. 1 Z 12 BVG („Gesundheitswesen“) und Artikel 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtung beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das ganze Bundesgebiet erstrecken“).

RV BGBl. I 25/2017: 1. Hauptgesichtspunkte: Im Laufe der letzten Jahre hat sich in verschiedenen Bereichen 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:

- *Erlangung der ärztlichen Berufsberechtigung durch Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, insbesondere*
 - *Aufnahme eines ausdrücklichen Verweises auf das Erfordernis der Nostrifikation des Medizinstudiums,*
 - *Gewährleistung einer einheitlichen verfahrensmäßigen Behandlung, unabhängig davon, ob nur einzelne oder sämtliche Nachweise nicht vorgelegt werden,*
 - *Normierung einer Prüfpflicht der Österreichischen Ärztekammer,*
 - *bei entsprechender Glaubhaftmachung direkter Zugang zur Prüfung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zur Facharztprüfung oder sonst Zugang zu einer (verkürzten) turnusärztlichen Ausbildung;*
- *Regelung zum Erhalt der Anerkennung als Ausbildungsstätte bei Umstrukturierungen in der Krankenanstalt;*
- *Schaffung der Möglichkeit, ein Facharzt Diplom, Allgemeinmedizin-Diplom oder Additivfach-Diplom einzuziehen, wenn das Diplom nicht rechtmäßig erworben worden ist;*
- *Ausnahme von der Sonderfachbeschränkung für klinisch tätige Fachärztinnen/Fachärzte hinsichtlich der Verabreichung von Impfungen im Kontext epidemiologischer Situationen, insbesondere im Falle einer Pandemie;*
- *Entfall der Hauptberuflichkeit als Voraussetzung für eine amtsärztliche Tätigkeit, um den Bedarf an Amtsärztinnen/Amtsärzten besser abdecken zu können;*
- *genauere Beschreibung des zulässigen Tätigkeitsspektrums von Wohnsitzärztinnen/Wohnsitzärzten;*
- *Erweiterung der Kooperationspflicht auf Vertreterinnen/Vertreter anderer Wissenschaften oder Berufe;*
- *Schaffung der Möglichkeit für die Absolvierung einer Famulatur für Personen mit ausländischem Medizinstudium, insbesondere auch Asylwerberinnen/Asylwerber, Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, deren Nostrifizierungsverfahren eines im Ausland abgeschlossenen Studiums der Humanmedizin an einer österreichischen Medizinuniversität oder medizinischen Fakultät einer österreichischen Universität anhängig sind;*
- *Erweiterung des Katalogs an Ausnahmetatbeständen von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht im Kontext der Betreuung von einwilligungsunfähigen Patientinnen/Patienten, insbesondere im Bereich der Hauskrankenpflege und in Alten- und Pflegeheimen zur Förderung der interdisziplinären Kooperation;*
- *Klarstellung, dass der höchstgerichtlichen Judikatur folgend bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen eine Fortlaufshemmung (und keine Ablaufshemmung) zum Tragen kommt;*
- *wahlrechtliche Änderungen einerseits durch Erweiterung der allgemeinen wahlrechtlichen Grundlage-Bestimmungen, andererseits im Hinblick auf die im Jahr 2017 anstehenden Wahlen in den Landesärztekammern zum Zweck der Vereinfachung der Wahladministration sowie der Stärkung der Funktionalität der Vollversammlung und der sich daraus ableitenden Organe, insbesondere durch*
- *Friständerungen bei der Bekanntgabe der Kurien- und Sektionszuordnung der Wahlberechtigten,*
- *Erweiterung der wahlgesetzlichen Grundlage im Rahmen des ÄrzteG 1998 durch Aufnahme von Regelungen für die Wahlkommissionen, das Wahlverfahren einschließlich Briefwahl,*
- *Klarstellung des passiven Wahlrechts (Knüpfung der Wählbarkeit für eine bestimmte Landesärztekammer an eine bestimmte Dauer der Kammerzugehörigkeit),*
- *Einführung einer 4%-Klausel zur Gewährleistung von Mehrheitsbildungen,*
- *Entfall der Nachnominierungsmöglichkeit bei erschöpftem Wahlvorschlag,*
- *Schaffung einer Regelung über den Mandatsverlust;*
- *Anpassung des im eigenen Wirkungsbereich angesiedelten disziplinarrechtlichen Aufsichtsrechts an verfassungsrechtliche Erfordernisse (Umwandlung des bisherigen Weisungsrechts in ein spezifisches disziplinarrechtliches Aufsichtsrecht nach dem Vorbild des § 78 Disziplinarstatuts für Rechtsanwälte und Rechtsanwaltsanwärter);*
- *Verankerung eines ausdrücklichen Rechts der Aufsichtsbehörde im Rahmen der allgemeinen Aufsicht über die Ärztekammern in den Bundesländern über Sitzungstermine und Tagesordnungen informiert zu werden;*
- *Verankerung eines ausdrücklichen Rechts der Aufsichtsbehörde im Rahmen der allgemeinen Aufsicht über die Österreichische Ärztekammer zur Teilnahme an Sitzungen der Vollversammlung*

lung einschließlich des Rechts, über Sitzungstermine und Tagesordnungen informiert zu werden;

- Sicherstellung einer ausreichenden Zahl an Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen durch Schaffung einer Übergangsregelung für Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen, wonach diese auch Turnusärztinnen/Turnusärzte ausbilden dürfen, die die Ausbildung vor Inkrafttreten der Ausbildungsreform begonnen haben;
- Erweiterung der Ausbildungsstellenverwaltung der Österreichischen Ärztekammer um jene auszubildenden Ärztinnen und Ärzte, die eine Ausbildung nach der ÄAO 2006 absolvieren;
- Verlängerung der Geltungsdauer der Qualitätssicherungsverordnung 2012 der Österreichischen Ärztekammer.

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

RV BGBl. I 20/2019: 1. Hauptgesichtspunkte: Derzeit regelt das Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, die notärztliche Qualifikation durch Absolvierung eines notärztlichen Lehrgangs im Umfang von 60 Einheiten abschließend.

Die Notwendigkeit einer qualitativen Verbesserung der notärztlichen Qualifikation bedingt eine Neukonzeption, die sich aus einem erweiterten Lehrgang mit 80 Einheiten, einem definierten notärztlichen klinischen Kompetenzerwerb sowie einer Abschlussprüfung zusammensetzen soll.

Das Erlernen der spezifischen Notfallmedizinischen Fertigkeiten soll durch bestmögliche Nutzung der durch die neue Ärzteausbildung geschaffenen Ressourcen (beginnend mit der Basisausbildung, die bereits Notfallmedizinische Kenntnisse vermittelt) im Rahmen des allgemeinärztlichen und fachärztlichen Turnus an anerkannten Ausbildungsstätten erfolgen.

Der Österreichischen Ärztekammer sollen im Rahmen des übertragenen Wirkungsbereichs die Erlassung einer entsprechenden Verordnung sowie die Vollziehung der mit der notärztlichen Qualifikation verbundenen behördlichen Aufgaben obliegen.

Darüber hinaus soll die Anstellungsmöglichkeit für Ärztinnen/Ärzte in Ordinationsstätten und Gruppenpraxen normiert werden.

Schließlich soll eine Regelung über den ärztlichen Beistand für Sterbende geschaffen werden.

Über diese berufsrechtlichen Regelungen hinaus ist in einem weiteren legislatischen Schritt die Attraktivierung der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin sowie die Novellierung des Kammerorganisationsrechts in Aussicht genommen.

Im Bereich der Sozialversicherung sollen folgende Maßnahmen getroffen werden:

- Ausnahme der nach § 47a Abs. 4 und 5 des Ärztegesetzes 1998 freiberuflich tätigen Ärzte und Ärztinnen, die als Vertreter/innen von Ordinationsstätteninhaber/innen (von Gruppenpraxis-Gesellschafter/innen) oder in Not- und Bereitschaftsdiensten tätig sind, von der Vollversicherung nach dem ASVG und Einbeziehung dieses Personenkreises in die Teilversicherung in der Unfall- und Pensionsversicherung nach dem FSVG;
- Aufnahme einer Bestimmung in das ASVG, wonach die Verrechenbarkeit von Leistungen, die von angestellten Ärzten/Ärztinnen für Vertragsärzte/Vertragsärztinnen erbracht werden, bis zu einer gesamtvertraglichen Regelung mit dem Krankenversicherungsträger im jeweiligen Einzelvertrag zu erfolgen hat.

2. Kompetenzgrundlage: In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich Artikel 1 des Entwurfes auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtungen beruflicher Vertretungen, sofern sie sich auf das ganze Bundesgebiet erstrecken“) sowie auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“).

Die Art. 2 und 3 des Entwurfes gründen sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“).