

Vorblatt

Problem:

Im Nachhang zu den letzten Novellen besteht ein punktueller berufs- und kammerrechtlicher Anpassungsbedarf.

Inhalt:

1. Klarstellung, dass die Heranziehung eines Turnusarztes oder einer Turnusärztin zu Tätigkeiten an mehr als einer Abteilung oder Organisationseinheit im selben Zeitraum sowohl bei Rufbereitschaftsdiensten, als auch bei „normalen“ (Nacht-)Diensten unzulässig ist,
2. Flexibilisierung der Kernarbeitszeit für Turnusärzte und Turnusärztinnen in Krankenanstalten,
3. Umsetzung der Richtlinie 2009/50/EG vom 25. Mai 2009 über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung, ABl. Nr. L 155 vom 18.6.2009 S. 17 („Blue-Card-Richtlinie“) und in diesem Zusammenhang auch die Anpassung an das Fremdenrechtsänderungsgesetz 2011 (FrÄG 2011), BGBl. I Nr. 38/2011,
4. Einführung einer Berufshaftpflichtversicherungspflicht für ärztliche Dienstleistungserbringer und Dienstleistungserbringerinnen aus dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
5. Vereinfachung der Regelung über die Antragseinbringung bei Gleichwertigkeitsprüfungen hinsichtlich der ärztlichen Qualifikation,
6. Adaptierung der öffentlichen Daten in der Ärzteliste, Neuerungen im Eintragungsverfahren durch Betonung der verfahrensrechtlichen Mitwirkungspflicht, Schaffung einer Möglichkeit zur amtswegigen Einleitung von Eintragungsverfahren, Ermöglichung der rückwirkenden Eintragung in die Ärzteliste, Erweiterung der ärztlichen Meldepflichten bezüglich der Ärzteliste-Daten,
7. Schaffung einer Ausnahme von der Verpflichtung zur Sonderfachbeschränkung für die Durchführung von Pandemie-Impfungen,
8. Verankerung einer Ausnahme von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen Ärzten und Krankenanstalten zur besseren Vernetzung bei Verdacht des Kindesmissbrauchs,
9. Schließung einer verwaltungsstrafrechtlichen Lücke im Zusammenhang mit Verstößen gegen Ordinationssperren,
10. Verdeutlichung des Wesens der Fortlaufshemmung im Zusammenhang mit der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen,
11. Adaptierung der gesetzlichen Grundlagen für die Voraussetzungen des passiven Wahlrechts im Bereich der Ärztekammern in den Bundesländern,
12. Adaptierung der Berechnungsweise der Kammerumlagen und Wohlfahrtsfondsbeiträge für Gruppenpraxen,
13. Harmonisierung der Dauer der einstweiligen Maßnahme und der Disziplinarstrafe betreffend die Untersagung der Berufsausübung,
14. Verlängerung der vierjährigen Funktionsperiode des Disziplinarsenates und dessen Disziplinaranwaltes auf fünf Jahre,
15. Regelung eines geordneten Übergangs zwischen der „Qualitätssicherungs-Verordnung 2006“ der Österreichischen Ärztekammer und der bereits in Vorbereitung befindlichen, im übertragenen Wirkungsbereich angesiedelten, Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung sowie
16. einzelne redaktionelle und sprachliche Klarstellungen.

Alternativen:

Im Hinblick auf die Problemlage und die Zielerreichung: Keine.

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

1. Finanzielle Auswirkungen:

Mit der vorgeschlagenen Novelle sind weder nennenswerte Einsparungen noch Mehrkosten für den Bund und die Länder im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung verbunden, sodass von keinen Auswirkungen auf den Bundeshaushalt, auf die Planstellen des Bundes und auf andere Gebietskörperschaften auszugehen ist.

2. Wirtschaftspolitische Auswirkungen:**2.1. Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Es werden keine wesentlichen Auswirkungen erwartet.

2.2. Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen:

Es werden keine wesentlichen Auswirkungen erwartet.

2.3. Auswirkungen auf die Verwaltungskosten für Bürger und Bürgerinnen:

Es werden keine Verwaltungskosten für Bürger und Bürgerinnen verursacht.

3. Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer und sozialer Hinsicht:

Es werden keine wesentlichen Auswirkungen erwartet.

4. Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Das Regelungsvorhaben zielt weder direkt auf die Veränderung der Geschlechterverhältnisse ab, noch betrifft es Frauen und Männer unterschiedlich, sodass das Regelungsvorhaben keine geschlechtsspezifischen Auswirkungen verursacht.

5. Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

In den §§ 3b und 5b erfolgt die Umsetzung der Richtlinie 2009/50/EG vom 25. Mai 2009 über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung, ABl. Nr. L 155 vom 18.6.2009 S. 17 („Blue-Card-Richtlinie“).

Im § 37 Abs. 3 erfolgt eine Umsetzung der Ermächtigung zur Einforderung einer Berufshaftpflichtversicherung von ärztlichen Dienstleistungserbringern und Dienstleistungserbringerinnen gemäß Art. 7 Abs. 1 erster Satz der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. Nr. L 255 vom 30.09.2005 S. 22. Der Entwurf geht in diesem Punkt über eine verpflichtende Umsetzung zwingender Vorschriften des Gemeinschaftsrechtes hinaus, doch sind damit weder finanzielle Auswirkungen auf die Gebietskörperschaften noch Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich verbunden.

Die sonstigen vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

6. Besonderheiten des Normsetzungsverfahrens:

Keine.

7. 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“) und auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG („berufliche Vertretungen, soweit sie nicht unter Art. 10 fallen“).

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

1. Hauptgesichtspunkte des Entwurfs:

Die 15. Ärztegesetz-Novelle dient im Nachhang zu den letzten Ärztegesetz-Novellen der Lösung einzelner in der Praxis, insbesondere im Rahmen der Vollzugsarbeit der Österreichischen Ärztekammer aufgetretener Fragen im Bereich des ärztlichen Berufs-, Kammer- und Disziplinarrechts. Bei den Neuerungen handelt sich insbesondere um

1. die Klarstellung, dass die Heranziehung eines Turnusarztes oder einer Turnusärztin zu Tätigkeiten an mehr als einer Abteilung oder Organisationseinheit im selben Zeitraum sowohl bei Rufbereitschaftsdiensten, als auch bei „normalen“ (Nacht-)Diensten unzulässig ist, (§ 3 Abs. 3 und 3a),
2. die Flexibilisierung der Kernarbeitszeit für Turnusärzte und Turnusärztinnen in Krankenanstalten (§ 9 Abs. 6, § 10 Abs. 7, § 11 Abs. 6, § 199 Abs. 3 und § 231 Abs. 6),
3. die Umsetzung der Richtlinie 2009/50/EG vom 25. Mai 2009 über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung, ABl. Nr. L 155 vom 18.6.2009 S. 17 („Blue-Card-Richtlinie“) und in diesem Zusammenhang auch die Anpassung an das Fremdenrechtsänderungsgesetz 2011 (FrÄG 2011), BGBl. I Nr. 38/2011 (§§ 3b und 5b),
4. die Einführung einer Berufshaftpflichtversicherungspflicht für ärztliche Dienstleistungserbringer und Dienstleistungserbringerinnen aus dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweizerischen Eidgenossenschaft (§ 37 Abs. 3),
5. die Vereinfachung der Regelung über die Antragseinbringung bei Gleichwertigkeitsprüfungen hinsichtlich der ärztlichen Qualifikation (§ 14 Abs. 5),
6. Maßnahmen im Sinne der Listenwahrheit und -aktualität, im Detail die Adaptierung der öffentlichen Daten in der Ärzteliste (§ 27 Abs. 1), Neuerungen im Eintragungsverfahren durch Betonung der verfahrensrechtlichen Mitwirkungspflicht (§ 27 Abs. 2, 4 und 5), Schaffung einer Möglichkeit zur amtswegigen Einleitung von Eintragungsverfahren (§ 28), Ermöglichung der rückwirkenden Eintragung in die Ärzteliste (§ 27 Abs. 9 und § 29 Abs. 3), Erweiterung der ärztlichen Meldepflichten bezüglich der Ärzteliste-Daten (§ 29 Abs. 1),
7. die Schaffung einer Ausnahme von der Verpflichtung zur Sonderfachbeschränkung für die Durchführung von Pandemie-Impfungen (§ 31 Abs. 3),
8. die Verankerung einer Ausnahme von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen Ärzten und Krankenanstalten zur besseren Vernetzung bei Verdacht des Kindesmissbrauchs (§ 54 Abs. 2),
9. die Schließung einer verwaltungsstrafrechtlichen Lücke im Zusammenhang mit Verstößen gegen Ordinationssperren (§ 56 Abs. 3 und § 199 Abs. 3),
10. die Verdeutlichung des Wesens der Fortlaufshemmung im Zusammenhang mit der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen (§ 58a),
11. die Adaptierung der gesetzlichen Grundlagen für die Voraussetzungen des passiven Wahlrechts im Bereich der Ärztekammern in den Bundesländern (§ 76 Z 1 und § 77 Abs. 2),
12. die Adaptierung der Berechnungsweise der Kammerumlagen und Wohlfahrtsfondsbeiträge für Gruppenpraxen (§§ 91 und 109),
13. die Harmonisierung der Dauer der einstweiligen Maßnahme und der Disziplinarstrafe betreffend die Untersagung der Berufsausübung (§ 138 Abs. 1 und 3 und § 139 Abs. 2),
14. die Verlängerung der vierjährigen Funktionsperiode des Disziplinarsenates und dessen Disziplinaranwaltes auf fünf Jahre (§ 180 Abs. 2 letzter Satz, § 182 und § 231 Abs. 1),
15. die Regelung eines geordneten Übergangs zwischen der „Qualitätssicherungs-Verordnung 2006“ der Österreichischen Ärztekammer und der bereits in Vorbereitung befindlichen, im übertragenen Wirkungsbereich angesiedelten, Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung (§ 231 Abs. 2) sowie
16. einzelne redaktionelle und sprachliche Klarstellungen.

2. Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen:

§ 29 Abs. 1 Z 7a und 7b sieht zwei neue Informationsverpflichtungen für Unternehmen vor. Demnach sind der Österreichischen Ärztekammer im Wege der Ärztekammern in den Bundesländern binnen einer Woche als schriftliche Meldungen die Firmenbuchnummer und der Firmenwortlaut von Gruppenpraxen (Z 7) sowie jede Änderung der Eigenschaft als gleichgestellter Drittstaatsangehöriger gemäß § 5b zu erstatten. Die Meldung hat durch die Gruppenpraxis bzw. den Arzt oder die Ärztin an die zuständige Landesärztekammer zu erfolgen.

Gemäß der Auskunft der Österreichischen Ärztekammer sind mit Stichtag 7. Juli 2011 55 gleichgestellte Drittstaatsangehörige in die Ärzteliste eingetragen. Selbst wenn man von einer Verdoppelung der gleichgestellten Drittstaatsangehörigen durch die Neufassung des § 5b durch die 15. Ärztegesetz-Novelle ausgeht, bleibt die Anzahl der Unternehmer deutlich hinter der von der Österreichischen Ärztekammer mit Stichtag 7. Juli 2011 gemeldeten 185 Gruppenpraxen zurück. Somit kann § 29 Abs. 1 Z 7 als größte Informationsverpflichtung im Sinne der Vorgaben des § 5 Abs. 2 und 3 Standardkostenmodell-Richtlinien – SKM-RL, BGBl. II Nr. 278/2009, über Bagatellgrenzen identifiziert werden. Deren Berechnung ergibt Folgendes:

Durch diese Informationsverpflichtung wird insgesamt eine Belastung von rund 1.000 Euro an Verwaltungslasten verursacht. Die Belastung entsteht durch die schriftliche Mitteilung des Firmenwortlautes und der Firmenbuchnummer durch Gruppenpraxen an die zuständige Landesärztekammer.

Darstellung der Verwaltungskosten für Unternehmen:

15. Ärztegesetz-Novelle					
Art der Änderung	Novelle				
Ressort	BMG	Berechnungsdatum	11. Juli 2011	Anzahl geänderter/neuer Informationsverpflichtungen	2
BELASTUNG GESAMT (gerundet)				1.000	

IVP 1 - SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN AN DIE LANDESÄRZTEKAMMERN	
Art	neue IVP
Kurzbeschreibung	Der Österreichische Ärztekammer sind von den Gruppenpraxen im Wege der Ärztekammern in den Bundesländern binnen einer Woche als schriftliche Meldungen die Firmenbuchnummer und der Firmenwortlaut zu erstatten:
Ursprung:	NAT
Fundstelle	§ 29 Abs. 1 Z 7a
BELASTUNG (gerundet)	
1.000	

BERECHNUNG LAUT SKM-METHODE FÜR INFORMATIONSVERPFLICHTUNG 1	
Gruppenpraxen	
Unternehmenszahl	185
Frequenz pro Jahr	1,000
Quellenangabe	§ 29 Abs. 1 Z 7a

Verwaltungstätigkeit 1	Schriftliche Mitteilung des Firmenwortlautes und der Firmenbuchnummer durch Gruppenpraxen an die zuständige Landesärztekammer
Zeitaufwand	Erhöhung
Stunden	
Minuten	10
Gehaltsgruppe	Bürokräfte und kfm. Angestellte
Stundensatz	36,00

Gesamtkosten pro Unternehmen pro Jahr	6,00
Verwaltungskosten	1.110,00
Sowieso-Kosten (%)	0
VERWALTUNGSLASTEN	1.110,00

Die Informationsverpflichtung gemäß § 29 Abs. 1 Z 7a fällt somit unter die im § 5 Abs. 2 SKM-RL festgelegte Bagatellgrenze für Unternehmen, da deren Erfüllung nicht mehr als 1.000 Stunden

Zeitaufwand von allen betroffenen Unternehmen erfordert und zudem deren Verwaltungslasten nicht mehr als 40.000 Euro pro Jahr betragen. Infolgedessen entfällt gemäß § 5 Abs. 3 SKM-RL die Verpflichtung zur Berechnung der Informationsverpflichtung gemäß § 29 Abs. 1 Z 7b.

Im Ergebnis sind daher keine wesentlichen Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen zu erwarten.

3. Auswirkungen auf die Verwaltungskosten für Bürger und Bürgerinnen:

Es werden keine Verwaltungskosten für Bürger und Bürgerinnen verursacht.

4. Finanzielle Auswirkungen:

Mit der vorgeschlagenen Novelle sind weder nennenswerte Einsparungen noch Mehrkosten für den Bund und die Länder im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung verbunden, sodass von keinen Auswirkungen auf den Bundeshaushalt, auf die Planstellen des Bundes und auf andere Gebietskörperschaften auszugehen ist.

5. 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“) und auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG („berufliche Vertretungen, soweit sie nicht unter Art. 10 fallen“).

6. Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

In den §§ 3b und 5b erfolgt die Umsetzung der der Richtlinie 2009/50/EG vom 25. Mai 2009 über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung, ABl. Nr. L 155 vom 18.6.2009 S. 17 („Blue-Card-Richtlinie“).

Im § 37 Abs. 3 erfolgt eine Umsetzung der Ermächtigung zur Einforderung einer Berufshaftpflichtversicherung von ärztlichen Dienstleistungserbringern und Dienstleistungserbringerinnen gemäß Art. 7 Abs. 1 erster Satz der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. Nr. L 255 vom 30.09.2005 S. 22. Der Entwurf geht in diesem Punkt über eine verpflichtende Umsetzung zwingender Vorschriften des Gemeinschaftsrechtes hinaus, doch sind damit weder finanzielle Auswirkungen auf die Gebietskörperschaften noch Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich verbunden.

Die sonstigen vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

7. Besonderheiten des Normsetzungsverfahrens:

Keine.

Besonderer Teil

§§-Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf den Entwurf.

Zu Z 1, 2 und 44 (§ 3 Abs. 3 und 3a sowie § 199 Abs. 3):

Mit der 14. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 61/2010, wurde im § 3 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 eine Klarstellung in der Schutzregelung zugunsten der Turnusärzte und Turnusärztinnen dahingehend aufgenommen, dass ein – im Übrigen schon bisher nicht vorgesehenes – gleichzeitiges Tätigwerden und damit eine Zuständigkeit von Turnusärzten und Turnusärztinnen für mehrere Krankenhausabteilungen oder Organisationseinheiten ausdrücklich ausgeschlossen ist.

Aufgrund von einschlägigen Rückmeldungen aus der Praxis ergibt sich nunmehr ein erneuter sprachlicher Klarstellungsbedarf dahingehend, dass Turnusärzte und Turnusärztinnen nicht nur bei Rufbereitschaften, sondern auch bei sämtlichen anderen Diensten nur für eine Abteilung oder Organisationseinheit zuständig und damit tätig werden dürfen. Voraussetzung für diese besondere Schutzregelung ist daher, dass eine Krankenanstalt als Ausbildungsstätte über mehr als eine Abteilung oder Organisationseinheit verfügt, ansonsten diese Regelung gar nicht zum Tragen kommen wird. Auch schließt die vorgesehene Regelung eine Tätigkeit eines Turnusarztes sowohl in einer Abteilung als auch in einer Ambulanz nicht aus, sofern die Tätigkeit in jenem Sonderfach erfolgt, in dem der Turnusarzt seine Ausbildung absolviert.

Somit soll § 3 Abs. 3 die allgemeine Regelung der turnusärztlichen Tätigkeit unter Anleitung und Aufsicht und § 3 Abs. 3a die besondere Regelung der turnusärztlichen Tätigkeit ohne Anleitung und Aufsicht bei fachärztlicher Rufbereitschaft regeln.

Der diesbezüglichen Verantwortung der Dienstgeber Rechnung tragend, wird auf die „Heranziehung“ zu Tätigkeiten abgestellt. Zeitlich wird auf eine Tätigkeit „im selben Zeitraum“ abgestellt, wobei es sich hier jeweils um eine Periode gemäß dem entsprechenden Dienstplan handeln wird.

Diese umfassende Klarstellung entspricht sowohl dem Zweck der turnusärztlichen Tätigkeiten – nämlich der Ausbildung zum Arzt und zur Ärztin für Allgemeinmedizin bzw. zum Facharzt und zur Fachärztin – der dem gesamten ärztlichen Ausbildungsrecht zu Grunde liegt, als auch der krankenanstaltenrechtlichen Verpflichtung zur Gewährleistung einer Medizin lege artis auf Facharzniveau. Damit werden auch fälschliche Gesetzesinterpretationen ausgeschlossen, wonach es bei sämtlichen Diensten mit Ausnahme von Rufbereitschaften sehr wohl zulässig sei, Turnusärztinnen und Turnusärzte gleichzeitig an mehreren Abteilungen oder Organisationseinheiten tätig werden zu lassen.

Die Regelung soll nicht nur für Turnusärzten und Turnusärztinnen in fachärztlicher Ausbildung, sondern auch in allgemeinmedizinischer Ausbildung zum Tragen kommen, wobei aus fachlicher Sicht von einer hinreichenden Ausbildung im Regelfall erst nach einer zumindest einjährigen Ausbildung im entsprechenden Sonderfach ausgegangen werden kann.

Im Zuge der Neufassung des § 3 Abs. 3 werden rechtstechnische Anpassungen hinsichtlich der Nennung der anerkannten Ausbildungsstätten, Lehrambulatorien, Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen vorgenommen, wobei bei den beiden zuletzt genannten die bestehende Formulierung „im Rahmen von“ im Hinblick auf die Bestimmungen des § 12 Abs. 3 vierter Satz und § 12a Abs. 4 fünfter Satz, wonach im Einzelfall eine Tätigkeit zu Ausbildungszwecken auch außerhalb der Lehr(-gruppen-)praxis möglich ist, beibehalten wird.

Im § 3 Abs. 3a wird beim erforderlichen turnusärztlichen Kompetenzstand für eine vorübergehende Tätigkeit ohne Aufsicht auch der ausbildungsrechtlich verankerte Teilkompetenzbereich der „Erfahrungen“ berücksichtigt.

Durch die Neustrukturierung des § 3 ist § 3 Abs. 3a folglich auch im § 199 Abs. 3 (Verwaltungsübertretung) zu berücksichtigen.

Zu Z 3, 4, 20 und 45 (§§ 3a, 5b, 29 Abs. 1 Z 7b und § 231 Abs. 5):

Die Änderungen dienen der Umsetzung der Richtlinie 2009/50/EG vom 25. Mai 2009 über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung, ABl. Nr. L 155 vom 18.6.2009 S. 17 („Blue-Card-Richtlinie“) und in diesem Zusammenhang auch der Anpassung an das diese Richtlinie primär umsetzende Bundesgesetz, mit dem das Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz, das Fremdenpolizeigesetz 2005, das Asylgesetz 2005, das Grundversorgungsgesetz – Bund 2005 und das Staatsbürgerschaftsgesetz 1985 geändert werden (Fremdenrechtsänderungsgesetz 2011 – FrÄG 2011), BGBl. I Nr. 38/2011). In den diesbezüglichen Erläuterungen zur Regierungsvorlage (ErlRV, 1078 BlgNR 24. GP) wird insbesondere Folgendes ausgeführt:

„Durch die Einführung eines beschleunigten „One-Stop-Shop“-Verfahrens für die Erteilung einer speziellen Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis, der sogenannten "Blauen Karte EU", sollen für Arbeitnehmer aus Drittstaaten, die eine hochqualifizierte Beschäftigung in den Mitgliedstaaten der Union aufnehmen wollen, attraktivere Bedingungen geschaffen werden. Dies kann als weiteres Instrument gesehen werden, um den Wirtschaftsstandort Österreich zu stärken. Die "Blaue Karte EU" erleichtert ihrem Inhaber den Zugang zum Arbeitsmarkt, schafft günstige Bedingungen für die Familienzusammenführung, den Erwerb des Daueraufenthaltsrechts und erleichtert ebenso die Mobilität innerhalb der EU. Ihre Standardgültigkeitsdauer beträgt zwei Jahre, jedoch kann sie auch für einen kürzeren Zeitraum ausgestellt bzw. auch verlängert werden, wobei die Gültigkeitsdauer dabei jedenfalls die Dauer des Arbeitsvertrags um drei Monate überschreiten muss. Weiters soll die Mobilität des angesprochenen Personenkreises gefördert werden. Nach achtzehn Monaten des rechtmäßigen Aufenthalts im ersten Mitgliedstaat als Inhaber einer „Blaue Karte EU“ können sich die betroffene Person und ihre Familienangehörigen zum Zweck der Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung unter bestimmten Bedingungen in einem anderen als dem ersten Mitgliedstaat niederlassen.“

Die im § 5b Z 1 zu berücksichtigenden maßgeblichen Änderungen des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes – NAG (durch das FrÄG 2011) werden zum Anlass genommen, von der Regelungstechnik, mit der die einzelnen Aufenthaltstitel unter Verweis auf die entsprechenden §§ des NAG genannt werden, abzugehen. Stattdessen wird nunmehr generell auf Aufenthaltstitel des NAG abgestellt, die mit dem ärztlich relevanten Recht zur Ausübung einer selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit verbunden sind. Eine Aufzählung sämtlicher Aufenthaltstitel samt der jeweiligen Berechtigungsumfänge enthält § 8 Abs. 1 NAG in der Fassung BGBl. I Nr. 38/2011.

So können in der Folge im Bereich der ärztlichen Vollziehung Änderungen im Niederlassungs- und Aufenthaltsrecht ohne ärztgesetzlichen Änderungsbedarf berücksichtigt werden.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf folgende neue Aufenthaltstitel des § 8 Abs. 1 NAG hinzuweisen (vgl. auch die ErlRV, 1078 BlgNR 24. GP):

§ 8 Abs. 1 Z 1 NAG beinhaltet den neuen Aufenthaltstitel „Rot-Weiß-Rot – Karte“. Inhaber dieses Aufenthaltstitels dürfen sich befristet im Bundesgebiet niederlassen und sind zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit, für die eine schriftliche Mitteilung oder ein Gutachten nach den Vorschriften des Ausländerbeschäftigungsgesetzes (AuslBG in der Fassung des BGBl. I Nr. 38/2011) erstellt wurde, berechtigt. Dies umfasst all jene Drittstaatsangehörigen, die zu einer Beschäftigung als besonders Hochqualifizierter, als Schlüsselkraft, Fachkraft in einem Mangelberuf oder selbständige Schlüsselkraft zugelassen sind.

Im § 8 Abs. 1 Z 2 NAG findet sich der neue Aufenthaltstitel „Rot-Weiß-Rot – Karte plus“, der einen weiteren Berechtigungsumfang als der Aufenthaltstitel „Rot-Weiß-Rot – Karte“ hat. Mit diesem Aufenthaltstitel ist der Inhaber zu einer befristeten Niederlassung und zur Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit und einer Erwerbstätigkeit gemäß § 17 AuslBG berechtigt und hat ein Inhaber dieser Karte folglich einen unbeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt inne.

§ 8 Abs. 1 Z 3 NAG beinhaltet den neuen Aufenthaltstitel „Blaue Karte EU“ (Art. 7 Richtlinie 2009/50/EG). Dieser Aufenthaltstitel berechtigt zur befristeten Niederlassung sowie zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung, die einer vorherigen Zulassung durch die regionale Geschäftsstelle des Arbeitsmarktservice bedarf (siehe auch die Begriffsbestimmung des Art. 2 lit c Richtlinie 2009/50/EG). Gemäß Art. 7 Abs. 3 der Richtlinie 2009/50/EG ist der Aufenthaltstitel als einheitlicher Aufenthaltstitel im Format der – unmittelbar anwendbaren – Verordnung (EG) Nr. 1030/2002 auszustellen. Die nähere Ausgestaltung hierzu findet sich in der Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz-Durchführungsverordnung (NAG-DV).

Die Regelungen über die Erteilung von Aufenthaltstiteln gelten nicht für die von § 5b Z 2 umfasste Personengruppe. Vielmehr fällt diese Personengruppe unter das unionsrechtliche Aufenthaltsrecht (vgl. 4. Hauptstück des NAG). Diesen Personen wird eine Aufenthaltskarte (§ 54) oder eine Daueraufenthaltskarte (§ 54a) ausgestellt, wobei diese Dokumentationen deklarative Wirkung haben. Das Recht zur Ausübung einer selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit geht zwangsläufig mit dem unionsrechtlichen Aufenthaltsrecht einher.

Durch die Aufnahme einer entsprechenden Meldepflicht im § 29 Abs. 1 Z 7b hinsichtlich jeder Änderung der Eigenschaft als Drittstaatsangehöriger, insbesondere hinsichtlich des zuerkannten Aufenthaltstitels, soll gewährleistet werden, dass eine Änderung des fremdenrechtlichen Status auch ärztlich berücksichtigt werden kann.

Die Änderungen der §§ 3a und 5b sollen im Hinblick auf das In-Kraft-Treten des FrÄG 2011 am 1. Juli 2011 ebenfalls zu diesem Zeitpunkt (rückwirkend) in Kraft treten.

Zu Z 5 (Entfall des § 6 Z 1):

Die Vollziehung im Bereich der Diplomanerkennung hat gezeigt, dass bereits die einschlägigen ärztegesetzlichen Regelungen eine ausreichende Determinierung bieten, sodass der Verordnungsauftrag hinsichtlich des § 6 Z 1 ÄrzteG 1998 (nähere Bestimmungen über die gemäß den §§ 5 und 5a anzuerkennenden Berufsqualifikationen) entfallen kann.

Zu Z 6, 8, 11, 44 und 45 (§ 9 Abs. 6, § 10 Abs. 7, § 11 Abs. 6, § 199 Abs. 3 und § 231 Abs. 6):

Der Vorschlag zur Flexibilisierung der Kernarbeitszeit für Turnusärzte und Turnusärztinnen, mit dem Ziel diese im Mehrschichtbetrieb unter entsprechender fachärztlicher Anwesenheit zeitversetzt und damit intensiver auszubilden, wurde hinsichtlich der grundsätzlichen Intention von den Begutachtungsstellen einhellig positiv aufgenommen, wenngleich die vorgesehenen Bedingungen, insbesondere die Zustimmungserfordernisse der Österreichischen Ärztekammer und des zuständigen Vertretungsorgans gemäß § 3 Abs. 3 Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG), BGBl. I Nr. 8/1997, sowie der individuelle Vereinbarungscharakter (Vereinbarung zwischen Träger der Ausbildungsstätte und Turnusarzt/Turnusärztin) vor allem im Hinblick auf den zu bewältigenden administrativen Mehraufwand nicht begrüßt worden sind.

Die Flexibilisierung soll nunmehr durch die grundsätzliche Anordnung, dass die 35-stündige Kernarbeitszeit in einem Zeitrahmen von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr zu absolvieren ist, erreicht werden.

Da der Hauptzweck der turnusärztlichen Tätigkeit die Ausbildung ist, ist allerdings weiterhin besonders auf die gesetzliche Anordnung, die gegenüber der Fassung des ÄrzteG 1998 verdeutlicht wird, zu beachten, wonach die Gestaltung der Kernarbeitszeit zu gewährleisten hat, dass die Ausbildung der Turnusärzte möglichst in den Hauptdienstzeiten, in denen der überwiegende Teil des fachärztlichen Stammpersonals in der anerkannten Ausbildungsstätte anwesend ist, absolviert wird.

Die konkrete Ausgestaltung der generellen turnusärztlichen Kernarbeitszeit soll dem Träger der Ausbildungsstätte bzw. dem Dienstgebers (insbesondere bei Universitätskliniken) obliegen. Individuelle Vereinbarungen mit dem Turnusarzt oder der Turnusärztin werden gegenüber dem Begutachtungsentwurf nicht mehr vorgesehen. Im Hinblick auf die Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer kann auf einen Zustimmungsvorbehalt zur Ausgestaltung der Kernarbeitszeit jedoch nicht verzichtet werden. Als Ergebnis des Begutachtungsverfahrens soll daher die Regelung nach geltender Rechtslage, wonach Turnusärzte und Turnusärztinnen 25 Stunden der 35-stündigen Kernarbeitszeit in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 13.00 Uhr zu absolvieren haben, hinkünftig nur noch dann ausnahmsweise gelten, wenn die konkrete Festlegung der Kernarbeitszeit durch den Träger der Ausbildungsstätte (Dienstgeber) nicht die Zustimmung des Vertretungsorgans gemäß § 3 Abs. 3 KA-AZG, oder sofern ein solches nicht besteht, der Österreichischen Ärztekammer erhält. Somit wird von der im Begutachtungsentwurf vorgesehenen kumulativen Zustimmung beider Vertretungsorgane Abstand genommen.

Bei der aus dem geltenden Recht übernommenen Anordnung, dass die Wochendienstzeit möglichst gleichmäßig auf die Arbeitstage der Woche aufzuteilen ist, sofern sich aus der Einhaltung des KA-AZG, nichts anderes ergibt, erfolgt aufgrund der Anregung der Österreichischen Ärztekammer die Aufnahme des notwendigen Verweises auf das Arbeitsruhegesetz (ARG); BGBl. Nr. 144/1983, da sich auch aufgrund dieser arbeitszeitrechtlichen Regelung (vgl. im Hinblick die zusätzlich zur Kernarbeitszeit erforderlichenfalls zu leistenden Nacht, Wochenend- und Feiertagsdienste) eine Ausnahme von der ärztegesetzlichen Arbeitszeitvorgabe ergeben kann. Diese arbeitszeitrechtlich bedingten Abwesenheiten stellen keine ärzte-ausbildungsrechtlichen Fehlzeiten dar.

Sprachliche Adaptierungen sollen das System, wonach sich die Wochendienstzeit aus der Kernarbeitszeit und aus gegebenenfalls zusätzlich zu leistenden Nacht, Wochenend- und Feiertagsdienste zusammensetzt, verdeutlichen.

Allfällige konkrete Festlegungen der Kernarbeitszeit werden vom zuständigen Vertretungsorgan gemäß § 3 Abs. 3 KA-AZG vergleichbar § 30 Abs. 3 Arbeitsverfassungsgesetz (ArbVG), BGBl. Nr. 22/1974, wie den für den Betrieb zuständigen gesetzlichen Interessenvertretungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei der Ausfertigung einer Betriebsvereinbarung dann der Österreichischen Ärztekammer zu übermitteln sein.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass es sich beim Begriff „Kernarbeitszeit“, der sich ärztegesetzlich seit vielen Jahren bewährt hat, nicht um einen Begriff im engeren Sinn des Arbeitszeitrechts, sondern um einen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung handelt.

Zur Gewährleistung einer reibungslosen Umstellung der turnusärztlichen Dienstzeitgestaltung sollen diese Bestimmungen mit 1. Juli 2011 in Kraft treten.

Die Notwendigkeit der Aufnahme des § 9 Abs. 6, § 10 Abs. 7 und § 11 Abs. 6 in die Verwaltungsstrafbestimmung des § 199 Abs. 3 ergibt sich aus deren Schutzcharakter hinsichtlich der Sicherstellung der tatsächlichen Ausbildung der Turnusärzte und Turnusärztinnen und dem Wegfall im Begutachtungsentwurf vorgesehenen Schutzklauseln für den Abschluss der individuellen Kernarbeitszeit-Vereinbarungen mit den Turnusärzten und den Turnusärztinnen.

Zu Z 8, 28 36, 37 und 41 (Überschrift zu § 11, (§ 68 Abs. 1 Z 2, § 118a erster Satz, § 118d Abs. 7 und § 180 Abs. 1 erster Satz):

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle und sprachliche Klarstellungen.

Zu Z 10 und 11 (§ 14 Abs. 5):

Im Nachhang zur 13. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 144/2009, wird der Anknüpfungstatbestand für den Einbringungsort des Antrags für Gleichwertigkeitsprüfungen zugunsten der Österreichischen Ärztekammer als allein zuständige vollziehende Behörde vereinfacht. In diesem Zusammenhang kann auch auf die formale Vorprüfung des Antrags durch die Landesärztekammer verzichtet werden.

Zu Z 12 bis 16 (§ 27 Abs. 1, 2, 4 und 5):

Im § 27 Abs. 1 Z 2 soll unbeschadet der Anordnung des § 52a Abs. 7 ÄrzteG 1998, wonach auf Gruppenpraxen die für Ärzte geltenden Bestimmungen anzuwenden sind, im Hinblick auf die geforderte Rechtsklarheit der Firmenwortlaut und als Begutachtungsergebnis auch die Firmenbuchnummer als typisches Identifikationsmerkmal von Gruppenpraxen explizit als öffentliches Datum in die Ärzteliste aufgenommen werden.

Weiters sollen als öffentliche Daten die Zustelladresse von Ärzten, insbesondere zur Entlastung der Dienstorte als Postadressen von Zuschriften entsprechend der Rechtslage vor der 12. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 62/2009, sowie im Hinblick auf berechnigte Patientenschutzinteressen auch das Faktum einer vorläufigen Untersagung der Berufsausübung gemäß § 62 definiert werden.

Die Änderungen in den Abs. 2, 4 und 5 dienen der Herausstreichung der bestehenden verfahrensrechtlichen Mitwirkungspflicht im Rahmen des Eintragungsverfahrens.

Nach geltender Rechtslage sind von den Eintragungswerber und Eintragungswerberinnen als Nachweise für die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit ein ärztliches Zeugnis und eine Strafregisterbescheinigung zu erbringen.

Um in Einzelfällen, speziell in Fällen der Wiedereintragung in die Ärzteliste, z.B. nach einer disziplinarrechtlich veranlassten Streichung aus der Ärzteliste, die Interessen der Allgemeinheit bestmöglich wahren zu können, soll ein expliziter Hinweis auf die verfahrensrechtliche Mitwirkungspflicht als Partei aufgenommen werden. Durch die Normierung der Verpflichtung, dass „alle“ erforderlichen Unterlagen vorzulegen sind und durch die Möglichkeit, dass zusätzlich zum ärztlichen Zeugnis und zur Strafregisterbescheinigung auch weitere Nachweise (z.B. Fortbildungsdiplom zum Nachweis der fachlichen Verlässlichkeit als Teilaspekt der Vertrauenswürdigkeit) eingefordert werden können, wird eine ausreichende gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, damit die Österreichische Ärztekammer diese Voraussetzungen für die Erlangung der Berufsberechtigung umfassend prüfen kann.

Darüber hinaus bietet bei Bedarf die von der Österreichischen Ärztekammer zu erlassende Ärzteliste-Verordnung gemäß § 29 Abs. 3 ÄrzteG 1998, in der auch das Eintragungsverfahren näher geregelt werden kann, einen geeigneten Rahmen für weitere Ausführungsbestimmungen.

Zu Z 17 und 21 (§ 27 Abs. 9 und § 29 Abs. 3):

In Anknüpfung an die vorgeschlagenen Änderungen des § 27 ÄrzteG 1998 soll die gesetzliche Ermächtigung zur Erlassung der Ärzteliste-Verordnung ausgebaut werden, um der in der Praxis vermehrt aufgetretenen Problematik der verspäteten Anmeldungen zur Eintragung in die Ärzteliste direkt auf Ebene der Vollzugsbehörde begegnen zu können.

In diesem Zusammenhang soll der Österreichischen Ärztekammer ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt werden, die näheren Voraussetzungen für eine allfällige rückwirkende Eintragung zu regeln. Entsprechend der Anregung des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienstes einer verdichteten gesetzlichen Determinierung wird die Zulässigkeit der rückwirkenden Eintragung nunmehr bereits im Rahmen des § 27 Abs. 9 geregelt, wobei die Eintragung rückwirkend längstens bis zu drei Monaten vor dem Zeitpunkt der Antragstellung erfolgen darf. Hinsichtlich der Rechtsfolgen der rückwirkenden Eintragung in die Ärzteliste besteht kein Unterschied zur regulären Eintragung in die Ärzteliste. Ein Verweis auf § 27 Abs. 9 im Rahmen der Verordnungsermächtigung des § 29 Abs. 3 bringt zusätzliche Verdeutlichung. In der Ärzteliste-Verordnung besteht sodann ein Spielraum für die Ausgestaltung der Fallkonstellationen,

in denen die rückwirkende Eintragung angewendet werden kann (etwa im Fall der verspäteten Anmeldung oder des Nachreichens von Unterlagen). Die Formulierung des § 29 Abs. 3 des Begutachtungsentwurfs, mit der das besondere öffentliche Interesse an der Ärzteliste-Verordnung gegenüber der Formulierung des § 29 Abs. 3 ÄrzteG 1998 nochmals verstärkt wird, wird beibehalten.

Weiters soll die Möglichkeit für die Österreichische Ärztekammer durch Verordnung verankert werden, dass Anmeldungen von Turnusärzten rechtzeitig im Wege der Landesärztekammern erfolgen, sodass nicht nur eine geordnete und vollständige Erfassung in der von der Österreichischen Ärztekammer geführten Ärzteliste sichergestellt werden kann, sondern auch alle absolvierten Ausbildungszeiten für die Turnusärzte anrechenbar sind. Soweit die Österreichische Ärztekammer diese Verordnungsmächtigung ausschöpft, wird davon ausgegangen, dass die konkrete Informationsverpflichtung erst in der Verordnung festgelegt werden und damit auch eine entsprechende Berechnung der Standardkosten erfolgen kann. Im Übrigen ist zu erwarten, dass diese Meldungen unter einem (elektronische Übermittlung) mit den notwendigen Dienstgebermeldungen für die Turnusärzte an die Sozialversicherung durchgeführt werden, sodass der (Mehr)Aufwand vergleichbar zum Informationsgewinn und zur Sicherstellung der absolvierten Ausbildungszeiten als gering einzustufen ist.

Der letzte Satz des § 29 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bezüglich des Außerkrafttretens der Ärzteliste-Verordnung, BGBl. Nr. 392/1995, ist aufgrund des vollzogenen Kompetenzübergangs auf die Österreichische Ärztekammer obsolet geworden und kann daher entfallen.

Zu Z 18 (§ 28):

Entsprechend der Vollzugserfahrung besteht zum Zweck der Erfassung aller ärztlich tätigen Personen in Einzelfällen die Notwendigkeit, ein Verfahren zur Eintragung in die Ärzteliste auch von Amts wegen einleiten zu können.

Demnach soll die Österreichische Ärztekammer bei Verdacht, dass eine nicht in die Ärzteliste eingetragene Person ärztlich tätig ist und die allgemeinen Erfordernisse (Staatsangehörigkeit, Eigenberechtigung, gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit) sowie die besonderen Erfordernisse (hinsichtlich der Qualifikation) zur Ausübung des ärztlichen Berufes erfüllt, das Verfahren zur Eintragung in die Ärzteliste von Amts wegen einleiten können.

Zur Wahrung der verfahrensrechtlichen Parteistellung der betroffenen Person wird normiert, dass ab Verfahrenseinleitung die das Verfahren betreffende Person als Eintragungswerber gilt. Folglich sollen auch die Verfahrensbestimmungen des § 27 Abs. 2 bis 11 anzuwenden sein.

Zu Z 19 und 20 (§ 29 Abs. 1 Z 4 und 7a):

Nach geltender Rechtslage besteht gemäß § 29 Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998 eine Meldepflicht, wenn die beabsichtigte Einstellung (Unterbrechung) der ärztlichen Berufsausübung länger als drei Monate dauert. Entsprechend der Erfahrungen in der Praxis, wonach diese Frist zu kurz bemessen ist, soll diese von drei Monaten auf sechs Monate verlängert werden, sodass hinkünftig die Meldepflicht dann ausgelöst werden soll, wenn die Einstellung der Berufsausübung voraussichtlich länger als sechs Monate dauern wird. Diese Frist entspricht im Übrigen auch jener des § 44 Zahnärztegesetz (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005. Zudem erfolgt eine sprachliche Überarbeitung der Bestimmung.

Im Kanon der Meldepflichten ist auch die Firmenbuchnummer und der Firmenwortlaut von Gruppenpraxen als neue öffentliche Daten (vgl. § 27 Abs. 1 Z 2) zu ergänzen (§ 29 Abs. 1 Z 7a).

Zu Z 22 (§ 31 Abs. 3):

Der Vorschlag für diese Ausnahme von der Sonderfachbeschränkung beruht auf den bei den Pandemieimpfungen gegen die Neue Influenza A/H1N1 gewonnenen Erfahrungen. Demnach stellte sich die Sonderfachbeschränkung zumindest in Einzelfällen als nicht förderlich heraus (so etwa, wenn ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde nur die Kinder, nicht aber die begleitende Mutter impfen durfte).

Die Formulierung ist an § 132c Abs. 1 Z 4 ASVG angelehnt.

Entsprechend der Anregung des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienstes wird § 31 Abs. 3 Z 5 als sachbezogene Ausnahme von der Verpflichtung zur Sonderfachbeschränkung (Abstellen auf die Impfmaßnahme) formuliert, da die impfenden Fachärzte nicht generell, sondern nur unter bestimmten sachlichen Voraussetzungen von dieser Verpflichtung ausgenommen werden sollen.

Zu Z 23 (§ 37 Abs. 3 Z 4):

Im Nachhang zur 14. Ärztegesetz-Novelle, mit der eine Berufshaftpflichtversicherungspflicht für die freiberufliche Ausübung des ärztlichen Berufes eingeführt worden ist, soll eine parallele, den

gemeinschaftsrechtlichen Bedingungen entsprechende parallele Verpflichtung für Dienstleistungserbringer und Dienstleistungserbringerinnen eingeführt werden.

Art. 7 Abs. 1 erster Satz der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen legt fest, dass die Mitgliedstaaten verlangen können, dass der Dienstleister in dem Fall, dass er zur Erbringung von Dienstleistungen erstmals von einem Mitgliedstaat in einen anderen wechselt, den zuständigen Behörden im Aufnahmemitgliedstaat vorher schriftlich Meldung erstattet und sie dabei über Einzelheiten zu einem Versicherungsschutz oder einer anderen Art des individuellen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht informiert.

Nähere Vorgaben hinsichtlich der Anforderungen an die Berufshaftpflichtversicherung werden in der RI 2005/36/EG nicht getroffen, sodass im Hinblick auf die gebotene Gemeinschaftsrechtskonformität die diesbezüglich detaillierteren Vorgaben des Art. 23 der Richtlinie 2006/123/EG über Dienstleistungen („Dienstleistungs-Richtlinie“) im Binnenmarkt zu berücksichtigen sind, wenngleich die Erbringung ärztlicher Dienstleistungen nicht in den Anwendungsbereich dieser Richtlinie fallen.

Eine Umsetzung des Art. 23 der Dienstleistungsrichtlinie erfolgte im § 16a Patentanwaltsgesetz, BGBl. Nr. 214/1967, in der Fassung des BGBl. I Nr. 15/2008, sodass diese Regelung als Vorbild für die ärztegesetzliche Regelung des § 37 Abs. 3 Z 4 dient.

§ 16a Patentanwaltsgesetz war zudem Gegenstand des Vertragsverletzungsverfahrens C-564/07 (Kommission gegen Österreich, Zugangsbeschränkungen für ausländische Patentanwälte), wobei durch Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften vom 11. Juni 2009 die Klage der Kommission betreffend die Berufshaftpflichtversicherung abgewiesen worden ist. Letztere zielte auf eine Verurteilung aus dem Grunde ab, Österreich erlege in einem anderen EU-Mitgliedstaat regulär niedergelassenen Patentanwälten, die vorübergehend in Österreich Dienstleistungen erbringen möchten, die Pflicht zum vorherigen Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung auf.

Das Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst fasste die – für den Regelungsvorschlag des § 37 Abs. 3 des vorliegenden Entwurfs – richtungsweisenden Entscheidungsgründe in seinem Rundschreiben BKA-VV.C-564/07/0012-V/7/2009 vom 6. August 2009 folgendermaßen zusammen:

„Zum Klagegrund „Haftpflichtversicherungspflicht“ teilte der Gerichtshof mangels belegter Daten nicht den von Österreich vorgebrachten Standpunkt, dass dieses Erfordernis Patentanwälten anderer Mitgliedstaaten de facto keine Zusatzkosten verursache, da die grenzüberschreitende Dienstleistung in Österreich in der Praxis bereits durch eine Berufshaftpflichtversicherung in deren Herkunftsstaaten gedeckt sei. Die bezügliche Anforderung sei daher sehr wohl geeignet, grenzüberschreitende Dienstleistungen im hier interessierenden Sinne zu behindern oder weniger attraktiv zu machen. Anerkannt hat der Gerichtshof in seinem Urteil jedoch, dass sich die Tätigkeit eines Patentanwalts – entgegen der Sichtweise der Kommission – über eine einfache Beratung hinaus auch auf die Vertretung seines Mandanten und die Wahrnehmung seiner Interessen vor den zuständigen Behörden erstrecken kann und dabei berufliche Fehler potentiell erhebliche Schäden nach sich ziehen können. Auch könne nicht angenommen werden, dass Patentanwälte im Wesentlichen mit Fachleuten zu tun haben, die im Bereich der Berufshaftpflichtversicherung bewandert sind, weshalb nicht ausgeschlossen werden könne, dass sie ihre Dienstleistungen gegenüber einem Personenkreis erbringen, der wenig informiert ist. In diesem Lichte könne die von der Kommission als Alternative favorisierte Pflicht zur bloßen Unterrichtung über das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung die Empfänger der Dienstleistungen nicht so wirksam schützen wie eine Berufshaftpflichtversicherung. Da die Verpflichtung, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen, auf nicht diskriminierende Weise angewandt werde, diese auf einem zwingenden Grund des Allgemeininteresses beruhe, nämlich dem Verbraucherschutz, und da sie geeignet sei, dieses Ziel zu verwirklichen, sei der bezügliche Klagegrund der Kommission unbegründet. Die Abweisung der Klage in punkto „Berufshaftpflichtversicherungspflicht“ bedeutet eine konsumentenfreundliche Positionierung des EuGH.“

Die Verankerung der Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für ärztliche Dienstleistungserbringer(innen) im § 37 Abs. 3 entspricht ebenso wie im Patentanwaltsgesetz einem zwingenden Grund des Allgemeininteresses, nämlich dem Patientenschutz und damit auch dem Verbraucherschutz, weil ärztliche Behandlungsfehler potentiell erhebliche Schäden nach sich ziehen können. Zudem gehören Patienten und Patientinnen regelmäßig einem Personenkreis an, der oben ausgeführten Sinn wenig informiert ist und somit besonders schützenswert ist.

Ebenso wie im § 16a Patentanwaltsgesetz wird allerdings von einer detaillierteren Regelung für die Versicherungsdeckung Abstand genommen, damit Dienstleistern und Versicherern die nötige Flexibilität erhalten bleibt, um genau auf Art und Ausmaß des Risikos abgestimmte Versicherungspolizzen auszuhandeln (vgl. hierzu auch die ErlRV zu § 16a, 206 BlgNR 23. GP, 5).

Zu Z 24 (§ 54 Abs. 2 Z 5):

Im Hinblick auf den am 4. November 2010 im Gesundheitsausschuss des Nationalrates vertagten Entschließungsantrag betreffend Spitaltourismus (177/A(E)), wonach die (ehemalige) Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend aufgefordert wird, schnellst möglich zum Schutz von Kindern alle notwendigen Schritte für eine bundesweite EDV-Vernetzung zwischen Krankenhäusern und Hausärzten zu veranlassen, sowie die erforderlichen Mittel dafür zur Verfügung zu stellen, um dem Spitaltourismus im Zusammenhang mit verletzten Kindern Einhalt zu gebieten, wird im Rahmen des § 54 Abs. 2 als berufsrechtliche Maßnahme eine gezielte Lockerung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht vorgeschlagen.

Um der Problematik Spitaltourismus und Kindesmissbrauch zu begegnen, bedarf es für eine solche Vernetzung jedenfalls im Hinblick auf die ärztliche Verschwiegenheitspflicht einer ärztlichen Erlaubnisnorm. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Fassung des § 54 Abs. 4 ÄrzteG 1998 in der Stammfassung BGBl. I Nr. 169/1998, die bis 9. August 2001 in Kraft gewesen ist, hinzuweisen, der eine vergleichbare Motivlage zu Grunde lag. Demnach war der Arzt ermächtigt, bei Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die Körperverletzung eines Menschen herbeigeführt, oder ein Minderjähriger oder sonst eine Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, hierüber persönlich Betroffenen, Behörden oder öffentlichen Dienststellen (z.B. auch Schulen) Mitteilung zu machen, sofern das Interesse an dieser Mitteilung das Geheimhaltungsinteresse überwog.

Zweck des nunmehr vorgeschlagenen Durchbruchstatbestands des § 54 Abs. 2 Z 5 ist neben der Ermöglichung der auf eine bestmögliche Behandlung ausgerichteten Vernetzung mit anderen Ärzten und Ärztinnen sowie Krankenanstalten insbesondere die Vernetzung zur Erleichterung der Verifizierung oder Falsifizierung des Missbrauchsverdachts. Damit soll ein ärztlicher Beitrag geleistet werden, um unentdeckt bleibenden Fällen von Kindesmissbrauch entgegen wirken zu können.

Daher erfolgt die tatbestandmäßige Anknüpfung an die im § 54 Abs. 5 ÄrzteG 1998 geregelten Sachverhalte, nämlich wenn sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht ergibt, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist.

Der Regelungsvorschlag des § 54 Abs. 2 Z 5 wurde von den Begutachtungsstellen einhellig positiv bewertet, sodass lediglich eine sprachliche Überarbeitung vorgenommen wird. Dabei wird der Formulierungsvorschlag des Bundesministeriums für Justiz gefolgt. In diesem Zusammenhang wird auch der für überflüssig befundene gesonderter Hinweis auf die Verdachtsabklärung des Begutachtungsentwurfs gestrichen, da der geltende Abs. 5 ohnehin ausschließlich die Verdachtslage betrifft.

Die ärztliche Aufgabe im Rahmen des § 54 Abs. 5 ist nicht die der Rechtspflege vorbehaltene Klärung, ob tatsächlich ein Missbrauch stattgefunden hat, sondern nur, ob ein diesbezüglicher Verdacht vorliegt. Verdacht bedeutet, dass auf Grund bestimmter Tatsachen eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass durch eine Straftat ein Delikt verwirklicht wurde (vgl. *Schwaighofer*, WK-StPO § 78 (Rz 17) mit Verweis auf *Fabrizy* StPO¹⁰ § 170 (Rz 2)). Einem Verdacht müssen immer konkrete Umstände zu Grunde liegen, sodass bloße Gerüchte oder Vermutungen nicht ausreichen.

In personaler Hinsicht erfasst die vorgeschlagene Ausnahme von der Verschwiegenheitspflicht gemäß § 54 Abs. 2 Z 5 sowohl jenen Arzt, der im Rahmen einer Anfrage an einen anderen Arzt oder eine (andere) Krankenanstalt ein Geheimnis preisgibt, als auch jenen Arzt, der ein Geheimnis im Rahmen der Auskunftserteilung gegenüber einem Arzt oder einer Krankenanstalt offenlegt. Unter dem Begriff Arzt sind alle Ärzte im Anwendungsbereich des ÄrzteG 1998, somit auch Schulärzte, erfasst. Nicht erfasst sind hingegen jene Amtsärzte, die vom Anwendungsbereich des ÄrzteG 1998 gemäß 41 Abs. 4 erster Satz ÄrzteG 1998 ausgenommen sind.

Um den Interessen des Minderjährigen bestmöglich Rechnung tragen zu können, wird als zusätzliche Voraussetzung für die Ausnahme von Verschwiegenheitspflicht vorgesehen, dass die Offenbarung des Geheimnisses zum Wohl des Minderjährigen erforderlich sein muss. Auch wenn dies im Regelfall zutreffen wird, soll dem Bedürfnis nach Geheimnisschutz im Einzelfall zum Wohl des Minderjährigen Rechnung getragen werden können.

Im Hinblick auf die verpflichtende Einbindung des Jugendwohlfahrtsträgers (Meldepflicht gemäß § 54 Abs. 6 ÄrzteG 1998) scheint eine Ausweitung der Vernetzungspartner (z.B. Kindergärten) nicht notwendig.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht hat das Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst auf Folgendes hingewiesen:

§ 54 Abs. 2 Z 5 sieht eine (weitere) Durchbrechung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht vor und ist daher am Grundrecht auf Datenschutz gemäß § 1 Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000), BGBl. I Nr. 165/1999, zu messen. Beschränkungen des Anspruchs auf Geheimhaltung sind nur zur Wahrung überwiegender berechtigter Interessen eines anderen zulässig, und zwar bei Eingriffen einer staatlichen Behörde nur auf Grund von Gesetzen, die aus den in Art. 8 Abs. 2 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), BGBl. Nr. 210/1958, genannten Gründen notwendig sind. Im Falle von Daten, die ihrer Art nach besonders schutzwürdig sind (hier: Gesundheitsdaten), dürfen zudem Beschränkungen des Datenschutzgrundrechts nur zur Wahrung wichtiger öffentlicher Interessen vorgesehen werden und müssen gleichzeitig angemessene Garantien für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen festlegen.

Wesentlich für die Datenverwendung durch Ärzte (und deren Hilfspersonen) ist, dass die in § 54 Abs. 1 ÄrzteG 1998 normierte ärztliche Verschwiegenheitspflicht nach unbestrittener Auffassung auch zwischen den Angehörigen des ärztlichen Berufsstands gilt und es daher auch zwischen verschiedenen behandelnden Ärzten in Bezug auf einen Patienten grundsätzlich keinen „freien“ Datenfluss gibt. Der nunmehr vorgesehene Informationsaustausch zum Zweck der Verdachtsabklärung bei Misshandlungs- und Missbrauchsfällen, dient der Wahrung eines wichtigen öffentlichen Interesses, nämlich der Sicherstellung des Kindeswohls und daher insbesondere auch der Wahrung der körperlichen und psychischen Integrität von Kindern. Die vorgesehene Durchbrechung der ärztlichen Verschwiegenheitsverpflichtung ist daher für diesen konkreten Fall grundsätzlich als zulässig anzusehen.

Zu Z 25 und 45 (§ 56 Abs. 3 und § 199 Abs. 3):

Auf Anregung des Unabhängigen Verwaltungssenates Vorarlberg erfolgt eine verwaltungsstrafrechtliche Lückenschließung im Zusammenhang mit Zuwiderhandeln gegen die durch die Bezirksverwaltungsbehörde zu verhängende Sperre der Ordinationsstätte bei Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit durch entsprechende Missstände in der Ordinationsstätte.

Zu Z 26 und 27 (§ 58a):

§ 58a ÄrzteG 1998 hat den Zweck, dass nach Behandlungsfehlern geführte Vergleichsgespräche vor ärztlichen Schlichtungsstellen oder vergleichbaren Einrichtungen den „Lauf“ der Verjährung hemmen.

In der Literatur wird überwiegend (vgl. etwa *Kletecka* in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, 7. Lfg [2008], II/30; *Leitner* in *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz mit Kommentar² [2008] § 58a, Erl 3; *Juen*, Arzthaftungsrecht² [2005] 199) aufgrund der Ähnlichkeit zu „allgemeinen“ Vergleichsverhandlungen von einer Ablaufhemmung ausgegangen. In diesem Sinne argumentiert auch die Österreichische Ärztekammer in ihrer Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf.

Allerdings ist als wesentlicher Unterschied zu den „allgemeinen“ Vergleichsverhandlungen zu beachten, dass gemäß § 58a ÄrzteG 1998 die Hemmung von Vergleichsverhandlungen auf höchstens 18 Monate beschränkt und nicht unbegrenzt ist.

Das Wesen einer Fortlaufhemmung liegt darin, dass die Verjährung während der Dauer der Fortlaufhemmung ruht, sodass nach dem Wegfall des Hindernisses der Rest der Zeit verstreichen muss. Hingegen ist eine Ablaufhemmung dadurch charakterisiert, dass sie zwar nicht den Lauf der begonnenen Verjährung an sich, wohl aber ihr Zu-Ende-Gehen bis zum Wegfall des Hemmungsgrundes verhindert.

Ungeachtet der Verwendung des Begriffes „Ablauf“ in den Gesetzesmaterialien wurde, auch nach der Rechtsprechung des OGH (10Ob57/06i, 6Ob116/07p, 6Ob276/07t, 20Ob263/09d, Rechtssatznummer RS0121579) keine Ablaufhemmung, sondern eine Fortlaufhemmung normiert.

Der OGH führte in den oben genannten Entscheidungen aus, dass der im letzten Satz des Abs. 1 genannte 18-Monats-Zeitraum „nach Beginn des Laufes dieser Hemmungsfrist“ im Zusammenhang mit dem ersten Teil des Satzes offenbar so zu verstehen ist, dass die Hemmung ab ihrem Eintritt höchstens 18 Monate dauern darf.

So berücksichtigt der OGH selbst in seiner Entscheidung 20Ob 263/09d vom 17.06.2010, dass im Begutachtungsentwurf (Ministerialentwurf) zur 2. Ärztegesetz-Novelle noch von der „Hemmung des Ablaufs der Verjährung“ die Rede war (ME 122 BlgNR 21. GP 15), während nach dem Wortlaut des § 58a ÄrzteG 1998 in der Fassung der 2. Ärztegesetz-Novelle, nur mehr der „Lauf“ gehemmt wird. Die diesbezüglich inhaltsgleichen Erläuterungen zum Begutachtungsentwurf der 2. Ärztegesetz-Novelle und der Regierungsvorlage zur 2. Ärztegesetz-Novelle (629 BlgNR 21. GP 56) meinen aber, dass „der Beginn oder die Fortsetzung der begonnenen Verjährung hinausgeschoben wird“, was historisch und teleologisch interpretiert, klar für eine Fortlaufhemmung spricht.

Im Sinne dieser Judikatur soll nunmehr abschließend und unmissverständlich klargestellt werden, dass es sich im § 58a um eine Fortlaufhemmung handelt. Damit wird auch der Interessenlage der Patienten und Patientinnen Rechnung getragen werden.

Abschließend wird auf die in derselben Tradition stehenden Normen des § 22 Abs. 1 Zivilrechts-Mediations-Gesetz (ZivMediatG), BGBl. I Nr. 29/2003, und § 41 Zahnärztegesetz (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, hingewiesen, die ebenfalls ausdrücklich eine Fortlaufhemmung vorsehen.

Zu § 29 und 30 (§ 76 Z 1 und § 77 Abs. 2):

Im Rahmen der von der ärztlichen Standesvertretung vorgebrachten Novellierungsvorschläge zur Ärztekammer-Wahlordnung 2006 (ÄKWO 2006), BGBl. II Nr. 459/2006, wurde vor dem Hintergrund der Vermeidung von Interessenkollisionen zwischen den Ärztekammern in den Bundesländern der Wunsch nach einer Regelung geäußert, wonach ein Kammerrat nicht in mehreren Ärztekammern eine Organfunktion ausüben soll. Durch die Vermeidung solcher Personenidentitäten soll das Prinzip der Unabhängigkeit der Ärztekammern in den Bundesländern, das auch für die Wahl der Organe der Österreichischen Ärztekammer von Bedeutung ist, gewährleistet werden.

Eine entsprechend einschränkende Ausgestaltung des passiven Wahlrechts in der ÄKWO 2006 durch die Normierung der Verpflichtung zum Mandatsverzicht bei Wahl in mehr als eine Kammer verlangt nach einer entsprechenden gesetzlichen Ermächtigung, die mit den Regelungen des § 76 Z 1 und § 77 Abs. 2 geschaffen werden soll.

Zu § 31 bis 34 und 45 (§ 91 Abs. 3 und 3a bis 3e, § 109 Abs. 2 und 2a bis 2d sowie § 231 Abs. 6):

Nachdem die §§ 91 Abs. 3 und 109 Abs. 2 ÄrzteG 1998 bereits im Rahmen der 14. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 61/2010, auf Hinweis der ärztlichen Standesvertretung eine Änderung erfahren haben, ergibt sich nunmehr erneut ein gleichgelagerter Änderungsbedarf: In diesem Zusammenhang werden zum Zweck der besseren Zitierbarkeit die Normen auf mehrere Absätze verteilt.

Im Kontext der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Kammerumlage im § 91 Abs. 3 Z 2 lit. c und des Wohlfahrtsfondsbeitrags im § 109 Abs. 2 Z 3 lit. c soll klargestellt werden, dass zu diesem Zweck auch das steuerliche Einkommen, welches sich durch Abzug der Sonderausgaben und außergewöhnlichen Belastungen von den Einkünften ergibt, herangezogen werden kann.

Darüber hinaus werden entsprechend dem Ersuchen des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienstes § 91 Abs. 3 und § 109 Abs. 2 hinsichtlich der Kriterien der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit unter Vermeidung der Begrifflichkeit „und/oder“ derart umformuliert, dass deutlich wird, dass die Kriterien „Einnahmen (Umsätze)“, „Einkünfte“ und „Einkommen“ jeweils alleine oder in einer Kombination zur Bemessung der Kammerumlagen und Wohlfahrtsfondsbeiträge herangezogen werden dürfen.

Der im § 91 Abs. 3 zweiter Satz ÄrzteG 1998 und § 109 Abs. 2 dritter Satz ÄrzteG 1998 durch die 14. Ärztegesetz-Novelle eingeführte Begriff „Bilanzgewinn“ bezieht sich auf § 231 Unternehmensgesetzbuch (UGB), dRGBL. S 219/1897, und zielt infolgedessen auf eine handelsrechtliche Gewinnermittlung ab. Dies kann zur Folge haben, dass aufgrund von möglichen Rücklagendotierungen und Gewinn- oder Verlustvorträgen aus den Vorjahren handelsrechtlich zulässige Rücklagen gebildet werden, die bei einer steuerrechtlichen Gewinnermittlung nicht zulässig wären.

Da die Kammerumlagen und Wohlfahrtsfondsbeiträge allerdings bisher vielfach nach einkommenssteuerrechtlichen Grundsätzen ermittelt worden sind, soll dieser Grundsatz durch die Normierung des Begriffs „steuerrechtlicher Gewinn“ anstelle des Begriffs „Bilanzgewinn“ im § 91 Abs. 3b und § 109 Abs. 2b auch für Gruppenpraxen fortgeführt werden. Der in diesem Zusammenhang aufgenommene Hinweis auf die Einbeziehung der nicht ausgeschütteten Gewinne in die Bemessungsgrundlage wird sich primär auf Gruppenpraxen in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung auswirken, da bei Gruppenpraxen in der Rechtsform der Offenen Gesellschaft die Besteuerung der Gewinnanteile in der Regel direkt beim Gesellschafter erfolgt.

Gegenüber der Regelung in der 14. Ärztegesetz-Novelle, wonach sich der Umsatz- oder Gewinnanteil ausschließlich nach dem Geschäftsanteil zu richten hat, soll nunmehr im § 91 Abs. 3b und § 109 Abs. 2b auch berücksichtigt werden, dass eine Umsatz- oder Gewinnverteilung ebenso in einer gesonderten Vereinbarung geregelt werden und daher vom im Gesellschaftsvertrag festgelegten Geschäftsanteil abweichen kann. Zudem soll klargestellt werden, dass auch bei Gruppenpraxen eine Kombination aus Umsatz- und Gewinnanteilen als Bemessungsgrundlage vorgesehen werden kann, wobei eine Differenzierung der Bemessungsgrundlagen zwischen Gruppenpraxen in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung in den Satzungen und Beitragsordnungen ermöglicht werden soll.

Dass auch die Bezüge von Geschäftsführern von Ärztesellschaften *expressis verbis* in die Bemessungsgrundlage (§ 91 Abs. 3b und § 109 Abs. 2b) einzubeziehen sind, dient der Klarstellung,

zumal auch der Verwaltungsgerichtshof in seiner Judikatur festgehalten hat, dass organisatorische und wirtschaftende Tätigkeiten von selbstständig tätigen Ärzten grundsätzlich nicht von der ärztlichen Tätigkeit getrennt werden können (VwGH vom 24.2.2005, 2002/11/008). Im Übrigen soll damit eine Gleichstellung zu ärztlichen Ordinationsführung erreicht werden, wo die Verwaltungstätigkeiten auch untrennbar mit der ärztlichen Tätigkeit verbunden sind.

Bei der Festsetzung der Höchstgrenze der Kammerumlage gemäß § 91 Abs. 3 dritter Satz ÄrzteG 1998 ergibt sich derzeit ein betragsmäßiger beträchtlicher Unterschied, je nachdem, ob in der Satzung die Einnahmen oder die Einkünfte als Bemessungsgrundlage vorgesehen sind; da die Einkünfte (Gewinne) immer geringer als die Einnahmen sind. Zur Vermeidung dieser unerwünschten Folge soll daher in Abweichung von der Grundlagenregelung des § 91 Abs. 3 im § 91 Abs. 3c der Klammerausdruck „Einkünfte“ gestrichen werden.

Entsprechend der Begutachtungsstellungnahme des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienstes wird klargestellt, dass sich die Verordnungsermächtigung des vorgeschlagenen § 91 Abs. 3e und § 109 Abs. 2d zur näheren Regelung in der Umlagen- bzw. Beitragsordnung – wie auch nach geltender Rechtslage – sowohl auf die Ermittlung der Bemessungsgrundlage als auch auf die Festsetzung der Umlagen- bzw. Beitragshöhe erstreckt.

Zur Gewährleistung einer geordneten Vollziehung sollen die wohlfahrtsfondsrechtlichen Bestimmungen gemäß § 231 Abs. 6 mit 1. Jänner 2012 in Kraft treten, was auch unter Hinweis auf den zu wählenden Vertrauensschutz gemäß § 80c ÄrzteG 1998 zu befürworten ist.

Zu Z 35 (§ 109 Abs. 5 erster Satz):

Unbeschadet der Qualifikation der Gruppenpraxis als juristische Person soll bei der Regelung über die Abführung der Wohlfahrtsfondsbeiträge durch die gesetzlichen Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen an die Ärztekammern, die nach geltender Rechtslage personenbezogen zu geschehen hat, zur Vermeidung von Irritationen in der Praxis der Passus „personenbezogen“ entfallen.

Zu Z 38 bis 40 (§ 138 Abs. 1 und 3 sowie § 139 Abs. 2):

Gemäß § 138 Abs. 1 ÄrzteG 1998 kann dem Disziplinarbeschuldigten als einstweilige Maßnahme die Berufsausübung bis zum rechtskräftigen Abschluss des Disziplinarverfahrens untersagt werden. Gemäß § 138 Abs. 5 ÄrzteG 1998 ist diese einstweilige Maßnahme anzurechnen, wenn im Disziplinarerkenntnis eine (befristete) Untersagung der Berufsausübung verhängt wird. Gemäß § 139 Abs. 2 ÄrzteG 1998 kann das erste Mal die Berufsausübung höchstens in der Dauer von drei Monaten untersagt werden.

In der disziplinarrechtlichen Vollziehung dauern die Disziplinarverfahren im Regelfall – insbesondere wenn ein Rechtsmittel erhoben wird – wesentlich länger als drei Monate. Daraus ergeben sich mehrere unbefriedigende Konsequenzen sowohl zu Ungunsten der Disziplinarbeschuldigten als auch der Allgemeinheit: Zum einen besteht die Problematik, dass es nicht angemessen wäre, wenn die Dauer der einstweiligen Maßnahme das Strafmaß übersteigt. Dem könnte nach geltender Rechtslage regelmäßig bei längeren Verfahren aber nur dann entsprochen werden, wenn die Strafe auf Streichung aus der Ärzteliste lautet. Zum anderen kann es auch Fälle geben, in denen bereits bei erstmaligem disziplinärem Verhalten eine länger als dreimonatige Untersagung der Berufsausübung als Strafe angemessen wäre.

Zusammenfassend ist daher eine Flexibilisierung der Dauer der einstweiligen Maßnahme notwendig, die nach dem Vorbild des vergleichbaren Disziplinarrechts für Rechtsanwälte erfolgen kann (vgl. § 16 Abs. 1 Z 3, § 19 Abs. 4 und § 72 Disziplinarstatut für Rechtsanwälte und Rechtsanwaltsanwärter – DSt, BGBl. Nr. 474/1990).

Daher erfolgt im § 138 Abs. 1 eine Anpassung der Dauer der einstweiligen Maßnahme, wonach die einstweilige Maßnahme *längstens* bis zum Abschluss und somit auch grundsätzlich kürzer verhängt werden kann. Die Flexibilisierung ergibt sich aus der Möglichkeit der – auch mehrmals möglichen – Verlängerung der einstweiligen Maßnahme nach entsprechender Überprüfung der Voraussetzungen. Weiters wird im Sinne des Patientenschutzes verdeutlicht, dass gemäß § 138 Abs. 3 eine Verpflichtung besteht, die einstweilige Maßnahme zu verlängern, wenn dies zur Vermeidung von schweren Nachteilen, insbesondere für die Patienten oder das Ansehen des Ärztestandes, unbedingt erforderlich ist.

Die einstweilige Maßnahme soll sowohl im Fall der erstmaligen Verhängung als auch in den Fällen der Verlängerung jedenfalls spätestens nach sechs Monaten nach ihrer Verhängung oder ihrer jeweiligen Verlängerung außer Kraft treten.

Konsequenterweise ist bei der Disziplinarstrafe der befristeten Untersagung der Berufsausübung im § 139 Abs. 2 die Privilegierung der höchstens dreimonatigen Dauer bei erstmaliger Verhängung zu Gunsten eines einheitlichen Strafmaßes von bis zu einem Jahr aufzugeben.

Zu Z 42, 43 und 45 (§ 180 Abs. 2 letzter Satz, § 182 letzter Satz sowie § 231 Abs. 1 bis 4):

Im Nachhang zur 13. Ärztegesetz-Novelle ist es erforderlich, die derzeit vierjährige Funktionsperiode des Disziplinarsenats und des Disziplinaranwaltes für den Disziplinarsenat an die fünfjährige Funktionsperiode des Disziplinarrates und somit an die allgemeine fünfjährige Funktionsperiode der Ärztekammern anzupassen.

Die Übergangsbestimmung des. § 231 Abs.1 berücksichtigt im Rahmen einer entsprechenden Übergangsbestimmung die notwendige Verlängerung der Funktionsperiode des aktuell amtierenden Disziplinarsenats und seines Disziplinaranwalts.

§ 231 Abs. 2 regelt den geordneten Übergang zwischen der „Qualitätssicherungs-Verordnung 2006“ der Österreichischen Ärztekammer und der bereits in Vorbereitung befindlichen, im übertragenen Wirkungsbereich angesiedelten, Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c ÄrzteG 1998 in der Fassung der 14. Ärztegesetz-Novelle.

§ 231 Abs. 3 und 4 enthalten klarstellende Übergangsbestimmungen im Nachhang zur 12. Ärztegesetz-Novelle, mit der Regelungen über gleichgestellte Drittstaatsangehörige (§ 5b ÄrzteG 1998) als Äquivalent zum „Staatsbürgerschaftserfordernis“ gemäß § 4 Abs. 2 Z 1 ÄrzteG 1998 eingeführt worden sind. Es soll außer Streit gestellt werden, dass ausländische Personen, die auf Grund der Sonderbestimmungen des § 8 Abs. 4 oder 5 ÄrzteG 1998 eine Ausbildung in einem Sonderfach oder Additivfach aufgrund von zwischenstaatlichen Übereinkommen bzw. Fremdfinanzierung absolvieren, diese auch dann abschließen dürfen, wenn sie während der Ausbildung die Eigenschaft als gleichgestellte Drittstaatsangehörige gemäß § 5b ÄrzteG 1998 erwerben, da dies grundsätzlich zum Ausschluss von einer Ausbildung gemäß § 8 Abs. 4 oder 5 ÄrzteG 1998 führen könnte.