



Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz und seine organisationsbezogenen Auswirkungen

Februar 2020

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung
1030 Wien, Kundmanngasse 21
Kontakt: Tel. 01/ 71132-0
ewg@sozialversicherung.at

Dieser Bericht wurde von Expertinnen und Experten der österreichischen Sozialversicherung produziert und gereviewt.

Disclaimer

Die AutorInnen sowie die Reviewerin waren zum Zeitpunkt der Berichterstellung beim Dachverband der Sozialversicherungsträger angestellt. Die Bearbeitung erfolgt aus Sicht der Sozialversicherung (Krankenversicherung) entsprechend den Rahmenbedingungen des §133 (2) ASVG (Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein und soll das Maß des Notwendigen nicht überschreiten).

Der Wissensgewinn erfolgt weisungsunabhängig und frei von parteilichen oder politischen Einflussnahmen.

AutorInnen- und Reviewteam

Autorinnen und Autor: Aline Dragosits MA, Noemi Kiss MSc, Tim Teichert MA

Reviewerin: Dr.ⁱⁿ Eva Niederkorn (Management Summary, Kapitel 2.1)

Kontakt: ewg@sozialversicherung.at

Management Summary

Hintergrund

Am 1. Jänner 2015 trat eine umfassende Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) in Kraft. Dieses begrenzt die maximale Arbeitszeit für alle Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer in Krankenanstalten. In bestimmten Fällen beinhaltet das Gesetz Ausnahmeregelungen. Diese Begrenzung der Arbeitszeiten in Krankenanstalten könnte dazu führen, dass die angestellten Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten zusätzlich eine wahlärztliche Tätigkeit annehmen. Dies könnte zur Folge haben, dass die Anzahl an Wahlärztinnen und Wahlärzten und/oder die gemessene Versorgungswirksamkeit im Zeitverlauf zunimmt und dieser Effekt in politischen Bezirken mit Fonds-Krankenanstalten - aufgrund der räumlichen Nähe - stärker ausgeprägt ist als in politischen Bezirken ohne Fonds-Krankenanstalten. Dieser Bericht hat das Ziel, mögliche Auswirkungen des KA-AZG auf die Anzahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte zu analysieren.

Methode

Zur Überprüfung der Auswirkungen des KA-AZG werden zunächst geeignete Datenquellen identifiziert sowie relevante Rechtsquellen analysiert. Zur quantitativen Überprüfung etwaiger Auswirkungen wird die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte laut Österreichischer Ärztekammer und Zahnärztekammer sowie die Versorgungswirksamkeit gemessen in den ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte im Zeitverlauf analysiert.

Ergebnisse

Das KA-AZG regelt unter anderem die Ruhezeiten, verlängerte Dienste und die durchschnittliche Wochenarbeitszeit. Für die beiden letzteren gelten während einer Übergangsphase gesonderte Regelungen („Opt-out“) bis Ende Juni 2021 bzw. können bis zu diesem Zeitraum auch individuelle Vereinbarungen getroffen werden um mehr Stunden arbeiten zu dürfen. Nach der Übergangsphase wird die durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit auf maximal 48 Wochenstunden gesenkt. Sonderregelungen gibt es für Ärztinnen und Ärzte in Universitätskliniken, leitende Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer und nach individueller Vereinbarung. Im Hinblick auf Nebenbeschäftigungen bleibt im Gesetz unklar, ob diese zur regulären Arbeitszeit zählen oder gesondert berücksichtigt werden.

Bei der Analyse der Datenquellen im Zeitverlauf kann nicht festgestellt werden, dass weder die Anzahl noch die Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen und Wahlärzte nach Umsetzung des KA-AZG stärker ansteigt als vor Einführung des KA-AZG. Auch die Kategorisierung der politischen Bezirke hinsichtlich Spitalsvorkommen, führt nicht dazu, dass unterschiedliche Entwicklungen nachgewiesen werden können.

Diskussion

Die Analyse der Daten zeigt, dass zum derzeitigen Zeitpunkt keine relevanten Auswirkungen des KA-AZG im Hinblick auf die Hypothese nachgewiesen werden können. Die Ergebnisse müssen unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Zeitraum seit in Kraft treten des Gesetzes mit all seinen Ausnahmeregelungen relativ kurz ist und Sonderregelungen bis Ende Juni 2021 gelten, interpretiert werden. Deshalb werden Analysen zu einem späteren Zeitpunkt empfohlen. Empfohlen wird ferner, Gruppen von Ärztinnen und Ärzte im Zeitverlauf zu analysieren, da nicht alle im selben Ausmaß von der Arbeitszeitkürzung betroffen sind. Zusätzlich kann eine repräsentative Befragung nähere Informationen liefern.

Inhalt

Management Summary	i
Inhalt	ii
Sonstige Verzeichnisse	iii
Abbildungsverzeichnis	iii
Abkürzungsverzeichnis	iv
1 Hintergrundinformation	1
1.1 Ziele und Nicht-Ziel	1
1.2 Methoden und Datenquellen	1
1.2.1 Methoden	1
1.2.2 Datenquellen	2
1.3 Limitationen	4
2 Rahmenbedingungen und rechtliche Grundlagen	5
2.1 Arbeitszeitgesetze	6
2.1.1 Europäische Union Richtlinie 2003/88/EG	6
2.1.2 KA-AZG Österreich	6
2.1.3 Abweichungen vom KA-AZG	7
2.2 Nebenbeschäftigungsregelungen	9
2.3 Der Weg zur wahlärztlichen Tätigkeit	10
3 Ergebnisse	11
3.1 Entwicklung der AÄVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte	11
3.2 Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte laut Ärzte-Monitoring	14
4 Diskussion	19
Literaturverzeichnis	20
Anhang I – Rechtliche Grundlagen	21

Sonstige Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitliche Rahmenbedingungen des KA-AZG Neu (ab 2014) und des „Opt-outs“	5
Abbildung 2: Zeitliche Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte nach Spitalsvorkommen Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung	11
Abbildung 3: Zeitliche Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte im Fachgebietsaggregat Allgemeine Fachärzte nach Spitalsvorkommen Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung	12
Abbildung 4: Zeitliche Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzten politischen Bezirken mit Spital (Fonds-KA und Uni-Kliniken) Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung	13
Abbildung 5: Zeitliche Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzten politischen Bezirken ohne Spital Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung	13
Abbildung 6: Zeitliche Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte nach Spitalsvorkommen, Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB	15
Abbildung 7: Entwicklung der Ärztinnen und Ärzten 2010 - 2017 nach Beschäftigungskategorien Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB	16
Abbildung 8: Indexierte Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte 2010 - 2017 nach Beschäftigungskategorien Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB	16
Abbildung 9: Zeitliche Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte in politischen Bezirken mit Spital (Fonds - KA und Uni-Kliniken) Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB	17
Abbildung 10: Zeitliche Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte in politischen Bezirken ohne Spital (Fonds - KA und Uni-Kliniken) Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB.....	17

Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
AEUV	Arbeitsweise der Europäischen Union
ARG	Arbeitsruhegesetz
ÄrzteG	Ärztegesetz
AZG	Arbeitszeitgesetz
BSC	Balanced Scorecard
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ^a
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
GKK	Gebietskrankenkasse ^a
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ^a
KA	Krankenanstalt(en)
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KUF	Kranken- und Unfallfürsorge
KAKuG	Krankenanstalten und Kuranstalten-Gesetz
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern ^a
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ^a
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ^a
ZÄK	Zahnärztekammer

^a Der Bericht wurde 2019 erstellt. Dabei wurde in der Struktur der Krankenversicherungsträger von 2019 und davor gearbeitet. Es wird darauf hingewiesen, dass ab 2020 die GKK in die ÖGK, die SVB und die SVA in die SVS, und die VAEB und BVA in die BVAEB zusammengeführt wurden. Der Hauptverband der SV-Träger ist nun der Dachverband der Sozialversicherungsträger.

1 Hintergrundinformation

Im Jahr 2015 ist das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) in Kraft getreten. Hierdurch wurde u.a. festgelegt, dass die Wochenarbeitszeit der in Krankenanstalten arbeitenden Ärztinnen und Ärzte in einem Durchrechnungszeitraum von 17 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden nicht überschreiten darf und die wöchentliche Arbeitszeit auf maximal 60 Stunden begrenzt ist.

Durch die Begrenzung der Arbeitszeit der in Krankenanstalten arbeitenden Ärztinnen und Ärzte wurde befürchtet, dass sich einerseits die Verdienstmöglichkeiten verringern könnten und andererseits in Krankenanstalten arbeitende Ärztinnen und Ärzte ihre gewonnene Freizeit dazu nutzen könnten, extramural als Wahlärztinnen und Wahlärzte tätig zu werden. Dies könnte in weiterer Folge dazu führen, dass die Zahl der Wahlarztordinationen und somit auch die Wahlarztkostenerstattungsbeträge der Krankenversicherungsträger steigen.

Im Rahmen der HVB-BSC 2019 hat man sich deshalb darauf geeinigt, die organisationsbezogenen Auswirkungen des KA-AZG auf die Versorgungssituation zu analysieren.

1.1 Ziele und Nicht-Ziel

Bei der Analyse der organisationsbezogenen Auswirkungen des KA-AZG wurde von der Hypothese ausgegangen, dass sich die Umsetzung des KA-AZG auf die Anzahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte sowie deren Versorgungswirksamkeit auswirkt. Für die Untersuchung der Auswirkungen wurden die folgenden Ziele und Nicht-Ziele formuliert:

Ziele:

- Identifizierung von geeigneten Datenquellen zur Analyse der Auswirkungen des KA-AZG
- Darstellung der Auswirkungen auf aggregierter Ebene

Nicht-Ziel:

- Darstellung von Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich

1.2 Methoden und Datenquellen

1.2.1 Methoden

Um die definierten Ziele zu erreichen wurde folgende zweistufige Vorgehensweise gewählt:

1. Stufe: Identifizierung von geeigneten Datenquellen zur Analyse der Auswirkungen des KA-AZG anhand folgender Punkte:
 - Analyse des KA-AZG sowie dessen Rahmenbestimmungen
 - Definition der ärztlichen Akteurinnen und Akteure in Krankenanstalten
 - Identifikation von geeigneten Datenquellen zur Analyse

2. Stufe: Datenabfrage und Aufbereitung der identifizierten Datenquellen
 - Als relevante Datenquellen werden das Ärzte-Monitoring [1] sowie Regiomed (siehe Kapitel 1.2.2.1) identifiziert.
 - Die Datenquellen werden abgefragt und aufbereitet um die möglichen Auswirkungen im Zeitverlauf darstellen zu können. Hierbei werden die Ergebnisse auf einer aggregierten Ebene dargestellt.

1.2.2 Datenquellen

Zur Analyse der Auswirkungen des KA-AZG auf die Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte wird die Entwicklung dieser im Zeitverlauf mit verschiedenen Kennzahlen analysiert. Es wird von der Hypothese ausgegangen, dass das KA-AZG sich zum einen auf die absolute Anzahl an Wahlärztinnen und Wahlärzte und zum anderen auf deren Versorgungswirksamkeit niederschlägt.

Zur Analyse dieser Auswirkungen stehen zwei Datenquellen zur Verfügung Regiomed sowie das Ärzte-Monitoring.

1.2.2.1 Regiomed

In Regiomed wird jährlich die ärztliche ambulante Versorgungswirksamkeit für die Akteure Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Eigene Einrichtungen, Institute, Spitalsambulanzen und Wahlärztinnen und Wahlärzte dargestellt. Ziel von Regiomed ist eine Vergleichbarkeit zwischen den ärztlichen ambulanten Akteurinnen und Akteuren herzustellen. Dies wird dadurch erreicht, dass für jede Akteurin und jeden Akteur sogenannte ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) berechnet werden.

Zur Berechnung der Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen und Wahlärzte werden die § 2-Wahlarztkostenerstattungsbeträge dem abgerechneten Betrag pro Ärztin pro Arzt aus der Ärztekostenstatistik gegenübergestellt. Hierdurch wird eine Vergleichbarkeit der Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen und Wahlärzte mit den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten des niedergelassenen Bereiches erreicht. Die Wahlarztkosten werden in Höhe von 80 Prozent des Vertragstarifes refundiert. Die gemeldeten Wahlarztkostenerstattungsbeträge der § 2-Kassen werden in einem ersten Schritt auf 100 Prozent hochgerechnet, um sie mit den abgerechneten Beträgen im Vertragspartnerbereich vergleichen zu können. Die gemeldeten Wahlarztkostenerstattungsbeträge der § 2-Kassen werden pro Fachgruppe und pro politischen Bezirk aggregiert. Diese Summen werden für jeden politischen Bezirk und für jedes Verschreibungsfach durch den aus dem jeweiligen Bundesland zugehörigen „abgerechneten Betrag pro Arzt“ des jeweiligen Faches aus der Ärztekostenstatistik dividiert (falls es keinen Vertragsarzt gibt, wird der Österreichdurchschnitt herangezogen). Auf diese Weise wird die Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten der Wahlärztinnen und

Wahlärzte pro politischen Bezirk und Verschreibungsfach ermittelt. Die Versorgungswirksamkeit der niedergelassenen Vertragspartnerinnen und Vertragspartner, die nur Gesundenuntersuchungs-Verträge haben, wird zu der Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen und Wahlärzte hinzugezählt. Aus den Quartalerstpatientinnen und -patienten der Vertragspartnerinnen und Vertragspartner mit GU-Verträgen werden nach der Methode zur Berechnung der ÄAVE der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auch ÄAVE berechnet und zu den berechneten ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte aggregiert.[2]

1.2.2.2 Ärzte-Monitoring

Das Ärzte-Monitoring ist im Rahmen des ÖSG-Monitorings entstanden. Es wird jährlich erhoben und steht den Zielsteuerungspartnern zur Analyse der Ärztezahlen zur Verfügung. Dadurch wird es möglich, systematische Auswertungen zur Anzahl und Struktur der in Österreich in den verschiedenen Sektoren tätigen Ärztinnen und Ärzte zu machen. Im Jahr 2013 wurde ein Set an Indikatoren erarbeitet, welches standardisierte Informationen zur berufstätigen Ärzteschaft bereitstellt. Auszüge aus den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK bilden die Datengrundlage der Auswertungen. Ergänzende Informationen stammen vom HVB^a. [1] In dieser Analyse des Ärzte-Monitorings wurden die Daten der Jahre 2010 bis 2017 sowie das Aggregat aller Ärztinnen und Ärzte^b, die Wahlärztinnen und Wahlärzte, die Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte und das Aggregat aus Wahlärztinnen und Wahlärzte und Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte für alle Fachgebiete herangezogen. Diese Ärztinnen- und Arztgruppen werden wie folgt definiert:

- **Angestellte Ärztinnen und Ärzte**

Dabei wird unterschieden zwischen angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie angestellten Ärztinnen und Ärzten, die keine Turnusärztinnen und –ärzte sind. Diese Kategorie umfasst nicht nur alle Anstellungsverhältnisse in Krankenanstalten, sondern auch angestellte Ärztinnen und Ärzte in Ambulatorien, in der öffentlichen Verwaltung, in Schulen, in Sozialeinrichtungen, etc. Belegärzte, die nicht in einem Anstellungsverhältnis stehen, sondern deren Tätigkeit im Krankenhaus über einen Vertrag geregelt ist, sind nicht inkludiert.[1]

- **Vertragsärztinnen und –ärzte**

Unter Vertragsärztinnen und –ärzte fallen all jene niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit einem Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger sowie mit einem § 2-Kassenvertrag. Hat eine niedergelassene Ärztin/ein niedergelassener Arzt einen Vertrag mit mindestens einer Krankenkasse abgeschlossen, so zählt sie/er als Vertragsärztin/Vertragsarzt. Berücksichtigt werden dabei Verträge mit § 2-Kassen (GKK, SVB, Betriebskassen), BVA, SVA und VAEB. Die Zuordnung zur Kategorie Vertragsärztin/Vertragsarzt erfolgt dabei unabhängig vom Versicherungsverhältnis des einzelnen Patienten / der einzelnen Patientin, das heißt, eine in den nachfolgenden Auswertungen als Vertragsärztin/-arzt ausgewiesene Person kann für Patienten/Patientinnen, die nicht beim entsprechenden Krankenversicherungsträger versichert sind, auch als Wahlärztin/Wahlarzt fungieren. Ab dem Datenjahr 2015 sind zusätzlich Informationen zu Verträgen mit KFA oder KUF enthalten, sodass diese künftig im Ärztemonitoring ebenfalls berücksichtigt werden können.[1]

^a Seit dem Datenjahr 2015

^b Das Aggregat aller Ärztinnen und Ärzte enthält auch die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte

- **Wahlärztinnen und -ärzte:**

Grundsätzlich werden lt. Ärzte-Monitoring all jene Ärztinnen und Ärzte, die keinen Kassenvertrag haben, als Wahlärztinnen/-ärzte definiert. Darunter fallen auch reine Wahlärztinnen/-ärzte, d.h. jene, die **nicht zusätzlich angestellt** tätig sind. Die Anzahl aller Wahlärztinnen/-ärzte ergibt sich rechnerisch aus der **Differenz** zwischen **niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzten insgesamt** und der **Zahl der Vertragsärztinnen/-ärzte**. [1]

- **Wohnsitzärztinnen und -ärzte:**

Diese sind gemäß § 47 Ärztegesetz (ÄrzteG) zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen/Ärzte, die ausschließlich solche regelmäßig wiederkehrende ärztliche Tätigkeiten ausüben beabsichtigen, die **weder eine Ordinationsstätte erfordern noch in einem Anstellungsverhältnis** ausgeübt werden (z.B. Praxisvertretungen, ärztliche Tätigkeiten auf Honorar- oder Werkvertragsbasis (auch Betriebs- und Schulärzte/-ärztinnen), Ärztenotdienste, Gutachtertätigkeiten usw.). [1]

1.3 Limitationen

Die größte Einschränkung der Datenanalyse besteht darin, dass der Untersuchungszeitraum seit Verlautbarung des Gesetzes relativ kurz ist und in die Daten noch unter dem Einfluss der „Opt-out“ Regelungen (siehe Kapitel 2.1.1) stehen könnten.

Zur Berechnung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte können nur jene Wahlarzt-kostenerstattungsbeträge jener Wahlarthonorarnoten herangezogen werden, die durch die Patientinnen und Patienten tatsächlich eingereicht und von den § 2-Kassen erstattet wurden. Nachdem bei der Quote an Einreichungen keine größeren zwischenjährlichen Schwankungen zu erwarten sind, kann diese Limitation bei der Zeitreihenanalyse vernachlässigt werden.

Der Datensatz zu den ÄAVE der Wahlärztinnen und -ärzte enthält keine Informationen über die Anstellungsverhältnisse dieser. Somit konzentriert sich die Analyse der ÄAVE der Wahlärztinnen und -ärzte auf die Entwicklung der Versorgungswirksamkeit.

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte wurden auf der Regionsebene politischer Bezirk ausgewertet, hierdurch kann es zahlenmäßige Abweichungen zu Auswertungen auf höheren Maßstabsebenen geben. Dies ist dadurch begründet, dass Zweitordinationen auf der jeweiligen Maßstabsebene zusammengefasst werden. Je höher die Maßstabsebene ist, desto kleiner wird die Anzahl der gezählten Ärztinnen und Ärzte.

2 Rahmenbedingungen und rechtliche Grundlagen

Die Arbeitszeit-Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 enthält ins nationale Recht umzusetzende Vorgaben über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung. Das Ziel war es, die Arbeitszeitgestaltung europaweit einheitlich festzulegen, bzw. die Arbeitszeit zu begrenzen, um bessere Sicherheits- und Gesundheitsbestimmungen für die Arbeitnehmerinnen und -nehmer in Europa zu sichern.[3] Zur Umsetzung der ersten Arbeitszeit-Richtlinie 93/104/EG für Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer in Krankenanstalten erließ der österreichische Gesetzgeber das KA-AZG, das mit 1. Jänner 1997 in Kraft getreten ist.

Das KA-AZG legt die genauen Rahmenbedingungen für die Ruhezeiten, durchschnittliche Wochenarbeitszeit, verlängerten Dienste und Ausnahmen, sowie eine Zeitgrenze für das „Opt-out“ fest (vgl. Abbildung 1) fest. [4] Die Regelungen entsprachen in mehreren Punkten nicht den Vorgaben der RL 2003/88/EG. Wegen dieser unvollständigen Umsetzung, hat die Europäische Kommission mit Schreiben vom 21. Februar 2014 Österreich aufgefordert, die Unionsrechtskonformität herzustellen. Andernfalls drohte in letzter Konsequenz eine Klage vor dem EuGH. [5-7] Deshalb wurde in Österreich die KA-AZG-Novelle 2014 verabschiedet.[4] Weder die Arbeitszeitrichtlinie noch das KA-AZG beinhalten Regelungen für Nebenbeschäftigungen. Dies ist besonders für in Krankenanstalten angestellte Ärztinnen und Ärzte relevant, die zusätzlich noch als Wahlärztinnen und -ärzte oder Vertragsärztinnen und -ärzte eine Ordination führen könnten. Aufgrund der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen – insbesondere der verkürzten Arbeitszeiten, dem komplexen Zusammenspiel zwischen dem neuen Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz und den Betriebsvereinbarungen, sowie den Nebenbeschäftigungsregelungen, stellt sich unter anderem die Frage, ob Ärztinnen und Ärzte dadurch mehr Zeit für zusätzliche Wahlarzt Tätigkeiten wahrnehmen.

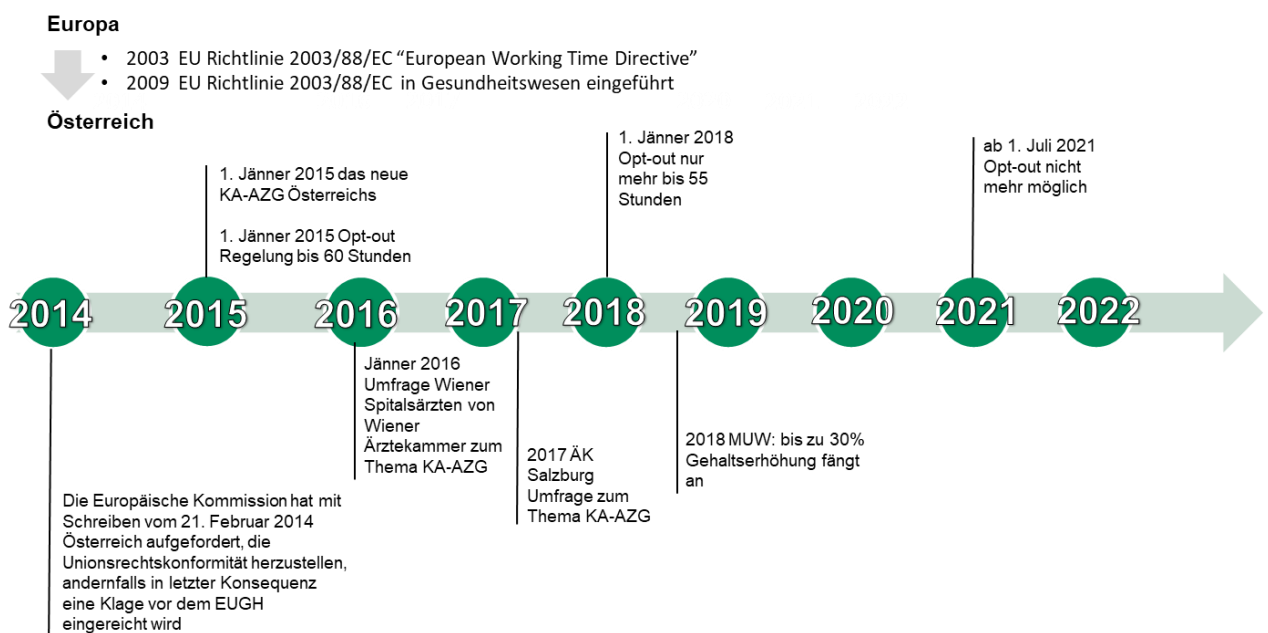


Abbildung 1: Zeitliche Rahmenbedingungen des KA-AZG Neu (ab 2014) und des „Opt-outs“

Quelle: Eigene Darstellung

2.1 Arbeitszeitgesetze

Die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Analyse der Auswirkungen des KA-AZG sind die Arbeitszeitgesetze, Nebenbeschäftigungsregelungen, sowie die Regelungen zur Eröffnung einer Wahlarztordination für Spitalsärztinnen und Spitalsärzte. Auf diese Regelungen wird im Folgenden näher eingegangen.

2.1.1 Europäische Union Richtlinie 2003/88/EG

Die Arbeitszeitrichtlinie bestimmt eine durchschnittliche Arbeitszeit von 48 Stunden einschließlich Überstunden pro Siebentageszeitraum („wöchentliche Höchstarbeitszeit“), sowie eine Mindestruhezeit von elf zusammenhängenden Stunden pro 24-Stunden-Zeitraum („tägliche Ruhezeit“). Zusätzlich bestimmt die EU Arbeitszeitrichtlinie die Bezugszeiträume, Abweichungen und Übergangszeiten. Im Anhang 1 sind die relevanten Artikel und Inhalte der Richtlinie enthalten. Die wesentliche Abweichung von den Bestimmungen der EU Richtlinie findet sich für „Aufnahme-, Behandlungs- und/oder Pflegedienste von Krankenhäusern oder ähnlichen Einrichtungen, einschließlich der Tätigkeiten von Ärzten in der Ausbildung“ und für „Leitende Angestellte oder sonstige Personen mit selbstständiger Entscheidungsbefugnis“. Zusätzlich hat die EU Richtlinie eine Opt-Out Bestimmung („Opt-out“). Das „Opt-out“ ermöglicht es einzelnen Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern die wöchentlichen Höchstarbeitszeitregelungen zu umgehen. Es dürfen den Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern jedoch keine Konsequenzen drohen, sollten sie das „Opt-out“ nicht in Anspruch nehmen.[3]

Auf europäischer Ebene ist der Fall einer Nebenbeschäftigung nicht spezifiziert. Es ist daher unklar, ob die Stundenregelung auch im Fall eines weiteren Arbeitsverhältnisses einsetzbar ist, und ob der Arbeitgeber der Haupt- oder Nebenbeschäftigung im Fall eines Verstoßes haftbar wäre.

2.1.2 KA-AZG Österreich

Das Arbeitsruhezeitgesetz (ARG) und Arbeitszeitgesetz (AZG) regeln EU-konform die Arbeitszeit aller Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer in Österreich, außer für jene im Gesundheitswesen.[8, 9] Das Gesetz hat drei Hauptbereiche, welche die Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten begrenzen: **verlängerte Dienste**, **durchschnittliche Wochenarbeitszeit** und **Ruhezeiten**. In zwei von diesen Bereichen (verlängerte Dienste und durchschnittliche Wochenarbeitszeit) gelten Sonderregelungen während der sogenannten „Opt-out Periode“. Die „Opt-out“ Periode ist der Zeitraum von 1. Jänner 2015 bis 1. Juli 2021, in dem die durchschnittliche Höchstarbeitszeit stufenweise reduziert wird. Allerdings gilt dies nur für Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer, die eine individuelle Erklärung unterschreiben, weiterhin mehr Arbeitsstunden pro Woche leisten zu wollen.[4] Die im KA-AZG enthaltenen Regelungen gehen über die Mindestvorschriften der EU Richtlinie 2003/88/EG hinaus, und sind deswegen im Detail als Grundlage für diese Analyse beschrieben.

2.1.2.1 Verlängerte Dienste

Verlängerte Dienste sind Dienste, während welcher Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen werden. Durch Betriebsvereinbarungen können verlängerte Dienste zugelassen werden, wenn dies aus wichtigen organisatorischen Gründen unbedingt notwendig ist. Zu beachten dabei ist die maximale Arbeitszeit von 72 Stunden pro Woche laut KA-AZG. Mit einer zusätzlichen Betriebsvereinbarung und individueller „Opt-out“-Erklärung durften 32 bzw. 49 Stunden pro Nachtdienst (je nach Tag und Zeit der Anfang des Dienstes) bis 31.12.2017 gearbeitet werden, 29 Stunden bis 31.12.2020, und 25 Stunden ab 2021. Trotzdem haben die Spitalsärztervertreterinnen und Spitalsärztervertreter sich darauf geeinigt, bereits ab 31.12.2017 nur mehr max. 25 Stunden zu planen.[4]

2.1.2.2 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit ist der Durchschnitt der Stunden pro Woche in einem bestimmten Durchrechnungszeitraum. Laut KA-AZG, sollte die durchschnittliche Wochenarbeitszeit in einem Durchrechnungszeitraum von 17 Wochen 48 Stunden pro Woche nicht übersteigen. Mit einer Betriebsvereinbarung und individueller „Opt-out“-Erklärung konnten Ärztinnen und Ärzte jedoch bis 31.12.2017 im Schnitt 60, und können bis 31.12.2020 55 und ab 01.01.2021 nur mehr 48 Stunden pro Woche arbeiten. Diese ist die größte Änderung der Arbeitsbestimmungen für Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten, da die durchschnittliche Wochenarbeitszeit lt. KA-AZG bei der Zulassung verlängerter Dienste bei 72 Stunden pro Woche lag.[4]

2.1.2.3 Ruhezeiten

Ruhezeit ist eine ununterbrochene Zeit („Ausgleichszeit“) nach Beendigung der Tagesarbeitszeit oder eines verlängerten Dienstes, in dem Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer „Ruhe“ von der Arbeitstätigkeit haben. Generell beträgt die Dauer der Ruhezeit 15 Stunden bei einer Dienstzeit zwischen acht und 13 Stunden. Die Ruhezeit beträgt 22 Stunden für eine Dienstzeit zwischen 14 und 23 Stunden, für eine Dienstzeit von mehr als 24 Stunden ergibt sich eine Ruhezeit in Höhe der Gesamtarbeitszeit, minus zwei Stunden. Zusätzlich sieht das KA-AZG die sofortige Konsumierung der Ruhezeiten nach einem verlängerten Dienst vor. Eine Erhöhung der Ruhezeiten könnte möglicherweise auch dazu führen, dass Spitalsärztinnen und Spitalsärzte weniger Zeit in der Krankenanstalt tätig sind.[4]

2.1.3 Abweichungen vom KA-AZG

Die Analyse der Auswirkungen des KA-AZG muss vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass im Gesetz auch Abweichungen enthalten sind. Diese führen dazu, dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten vom Gesetz betroffen sind.

Die EU Richtlinie beinhaltet zwei relevante Abweichungen: **leitende Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer** sowie **Zustimmung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer** mehr Arbeitsstunden zu absolvieren („Opt-out“). Das KA-AZG beinhaltet dieselben Abweichungen. Nachfolgend sind die Abweichungen im Einzelnen beschrieben.

Leitende Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer: Leitende Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer sind jene, „denen maßgebliche Führungsaufgaben eigenverantwortlich übertragen wurden“. Diese sind von den KA-AZG Arbeitszeitregelungen ausgenommen.[4]

Auswirkungen: Wenn die leitenden Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer von den neuen Arbeitszeitregelungen ausgenommen sind, dann ist davon auszugehen, dass die Auswirkungen des KA-AZG auf die Anzahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte relativ gering sind.

„Opt-out“: Die „Opt-out“ Regelung ist die Zustimmung der individuellen Spitalsärztin bzw. des individuellen Spitalarztes über 48 Stunden hinaus im Wochenschnitt arbeiten zu können. Dies ist nur möglich, wenn das jeweilige Krankenhaus erst im Einvernehmen mit den Ärztevertreterinnen und –vertretern eine Arbeitszeit-Betriebsvereinbarung abschließt, und dann durch das Unterschreiben einer „Opt-out“-Erklärung, durch die individuelle Ärztin bzw. den individuellen Arzt, welche/r sich für ein „Opt“-out entschieden hat. Die „Opt-out“ Periode hat mit dem Inkrafttreten des KA-AZG Neu begonnen. Seit 1. Jänner 2015 ist es möglich, eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 60 Stunden auszuüben. Seit 1. Jänner 2018 wurde die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit auf 55 Stunden reduziert. Ab 1. Juli 2021 endet die „Opt-out“ Periode, und Ärztinnen und Ärzte dürfen nur mehr 48 Stunden pro Woche in der KA arbeiten. [4]

Eine Befragung unter 742 Salzburger Spitalsärztinnen und –ärzten im Jahr 2017 ergab, dass 50 Prozent die „Opt-out“ Möglichkeit nutzen. Die Ärztekammer für Salzburg hat festgestellt, dass diese Quote der bundesweiten entspricht. Die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte (rund 63 Prozent), welche die „Opt-out“ Möglichkeit nutzen, geben organisatorische Gründe an. Danach kommen finanzielle Gründe (rund 40 Prozent) und Ausbildungsgründe (rund 25 Prozent).[10]

Auswirkungen: In dieser Analyse, spielt die „Opt-out“ Regelung eine potentiell große Rolle. Durch die etappenweise Einführung des Gesetzes ist es wahrscheinlich, dass die Auswirkungen des KA-AZG auf die Wahlarztzahlen, erst nach der „Opt-out“ Periode beobachtbar sind.

Universitätskliniken: Ärztinnen und Ärzte, die in Universitätskliniken tätig sind (im Universitätsgesetz (UG) geregelt), können weiterhin durchschnittlich 60 Stunden pro Woche bei einem Durchrechnungszeitraum von 17 bzw. 26 Wochen und, falls in einer Betriebsvereinbarung genehmigt, bis zu 72 Stunden in einzelnen Wochen arbeiten. Als eine Konsequenz vom KA-AZG Neu wurde die Arbeitszeitregelung im UG geändert, in dem zwölf der 60 Stunden ausschließlich der Forschung und Lehre dienen dürfen.[11, 12]

Auswirkungen: Wie bei den leitenden Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern, bedeutet diese Ausnahme eine verringerte Möglichkeit einer Auswirkung des KA-AZG an Wahlarztzahlen.

Die Ausnahmen im KA-AZG und Universitätsgesetz führen dazu, dass einige Ärztinnen und Ärzte weiterhin, von den neuen Arbeitszeitregelungen unbeeinflusst, uneingeschränkt in den Krankenanstalten arbeiten dürfen, und dadurch, die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Wahlarztstätigkeit aufnehmen, auch vom KA-AZG unbeeinflusst bleibt.

2.1.3.1 Finanzieller Ausgleich für Spitalsärzte

Ein finanzieller Ausgleich ist nicht im KA-AZG enthalten, wurde aber von einigen Krankenhäusern eingeführt, um Gehaltskonsequenzen durch das KA-AZG zu vermeiden.[13, 14] Zum Beispiel, erhalten Ärztinnen und Ärzte des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) Wien seit 1. Jänner 2016 eine Zuzahlung durch eine KA-AZG-Zulage in der Höhe von 20 Prozent ihres nach der jeweiligen Einstufung arbeitsvertraglich festgelegten monatlichen Entgelts einschließlich einer Klinikzulage. Die Zulage war ab 2017 jährlich zu valorisieren. Ab 1. Jänner 2019 erfolgte eine weitere Gehaltserhöhung von zehn Prozent auf das zuvor um 20 Prozent erhöhte Gehalt, sodass ab diesem Zeitpunkt eine Gehaltserhöhung von insgesamt 32 Prozent schlagend geworden ist. Die Ergänzungszulage für die verlängerten Dienste wurde mit 1. Jänner 2016 beendet. Im November bzw. Dezember 2015 erfolgte eine Einmalzahlung von 8.000 Euro, wenn die klinisch tätige Ärztin bzw. der klinisch tätige Arzt im gesamten Kalenderjahr 2015 ein volles aktives Dienstverhältnis hatte.[14]

Die Ausgleichszahlungen könnten die Motivation als Wahlärztin oder Wahlarzt tätig zu werden herabsetzen, da sie keinen Verdienstausfall kompensieren müssen.

2.1.3.2 Unklarheiten im Gesetz

Es gibt zwei relevante Unklarheiten im Gesetz:

1. Ob Nebenbeschäftigungen zur regulären Arbeitszeit zählen oder gesondert gezählt werden müssen und,
2. ob das Gesetz auch projektbezogene/kurz-Angestellte Ärzte berücksichtigt.

Diese Unklarheiten können die Auswirkungen des KA-AZG Gesetz auch beeinflussen, wenn zum Beispiel, ein Arzt oder eine Ärztin projektbezogen angestellt werden kann, für einen Zeitraum in dem er/sie mehr Arbeiten musste als laut KA-AZG erlaubt. Denkbar wäre auch, dass eine Krankenanstalt als Vorsichtsmaßnahme eine Nebenbeschäftigungserlaubnis ablehnt, weil sie das Gesetz so interpretiert, dass die Krankenanstalt auch für eine Nebenbeschäftigung haftbar ist.

2.2 Nebenbeschäftigungsregelungen

Weder das KA-AZG noch die EU Richtlinie 2003/88/EG bestimmen Regelungen zu Nebenbeschäftigungen. Es ist unklar, ob Nebenbeschäftigungen zur regulären Arbeitszeit zählen oder gesondert gezählt werden und ob der Arbeitgeber der Haupt- oder Nebenbeschäftigung im Fall eines Verstoßes haftbar wäre. Nebenbeschäftigungen sind im Angestelltengesetz (AngG) und ÄrzteG erwähnt.[15, 16]

Im AngG ist ein Konkurrenzverbot vorgegeben, welches auch für Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten gilt. Das AngG sieht vor, dass eine Bewilligung des Dienstgebers erforderlich ist, um eine Nebenbeschäftigung in einem selbständigen kaufmännischen Unternehmen oder Handelsgeschäfte auf eigene oder fremde Rechnung zu machen. Diese Bewilligung ist von Fall zu Fall mit einer Nebenbeschäftigungsmeldung an den Dienstgeber zu vereinbaren.

Im ÄrzteG ist die schriftliche Meldung von allen ärztlichen Tätigkeiten bei der Österreichischen Ärztekammer im Wege der Ärztekammern in den Bundesländern binnen einer Woche zu erstatten. Zusätzlich gibt es in Betriebsvereinbarungen je Krankenhaus unterschiedliche Regeln bzgl. eines Maximums an erlaubten Stunden der Nebenbeschäftigung.

Im Fall von Nebenbeschäftigungen von in Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzten gewinnt die Krankenhaus die Möglichkeit, die wahlärztlichen Tätigkeiten von Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer der KA steuern zu können. Diese Steuerung kann die Auswirkungen des KA-AZG auf die Anzahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte potentiell verringern.

2.3 Der Weg zur wahlärztlichen Tätigkeit

Wenn Ärztinnen und Ärzte durch das KA-AZG mehr Zeit gewinnen und deshalb motiviert sind mit dieser Zeit wahlärztliche Tätigkeiten anzunehmen, gibt es einige Schritte, die berücksichtigt werden müssen.

Generell gibt es wenige rechtliche Barrieren um Wahlärztin oder Wahlarzt zu werden.[17] Laut Ärztegesetz (ÄrzteG) müssen drei Voraussetzungen vorliegen, um zusätzlich zur angestellten Tätigkeit auch Wahlärztin bzw. Wahlarzt werden zu können:

1. Genehmigung der Nebentätigkeit durch die Arbeitgeberin / den Arbeitgeber binnen einer Woche
2. Meldung der wahlärztlichen Tätigkeit an die Ärztekammer
3. Abschluss einer Haftpflichtversicherung.

Nebenbeschäftigungsregelungen sind individuell zwischen der jeweiligen Krankenhaus und den dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzten unter Berücksichtigung von der geltenden Betriebsvereinbarung, dem ÄrzteG und dem Konkurrenzverbot im Angestelltengesetz (AngG) zu vereinbaren.[15, 16]

Die Rahmenbedingungen und rechtlichen Grundlagen zeigen, dass die Bestimmungen nicht unmittelbar dazu führen müssen, dass Spitalsärztinnen und Spitalsärzte im extramuralen Bereich wahlärztlich tätig werden. Durch die Übergangsregelungen, die gesetzlich definierten Ausnahmen und die Ausgleichszahlungen kann diese Motivation abgemildert werden.

3 Ergebnisse

3.1 Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte

Bei der Analyse der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte wurde von der Hypothese ausgegangen, dass eine Zunahme an Wahlärztinnen und Wahlärzten auch positive Auswirkungen auf die Versorgungswirksamkeit gemessen in ÄAVE hat. Nachdem beobachtet werden kann, dass Wahlarztordinationen von spitalsangestellten Ärztinnen und Ärzten oft in unmittelbarer Nähe zu einem Spital zu finden sind, wurde außerdem die Hypothese zu Grunde gelegt, dass die Zunahme der wahlärztlichen Versorgungswirksamkeit in politischen Bezirken mit einem Fonds-Spital höher sind als in politischen Bezirken ohne Spital. Da Ärztinnen und Ärzte in Universitätskliniken eine höhere Stundenzahl zur Verfügung haben, kann vermutet werden, dass die Auswirkungen in Bezirken mit Universitätskliniken im Vergleich geringer ausfallen könnten.

Zur Untersuchung dieser Effekte wurde der Datensatz der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte kategorisiert in **politische Bezirke mit** und **ohne Fondskrankenanstalten** und **Universitäts-Kliniken**.

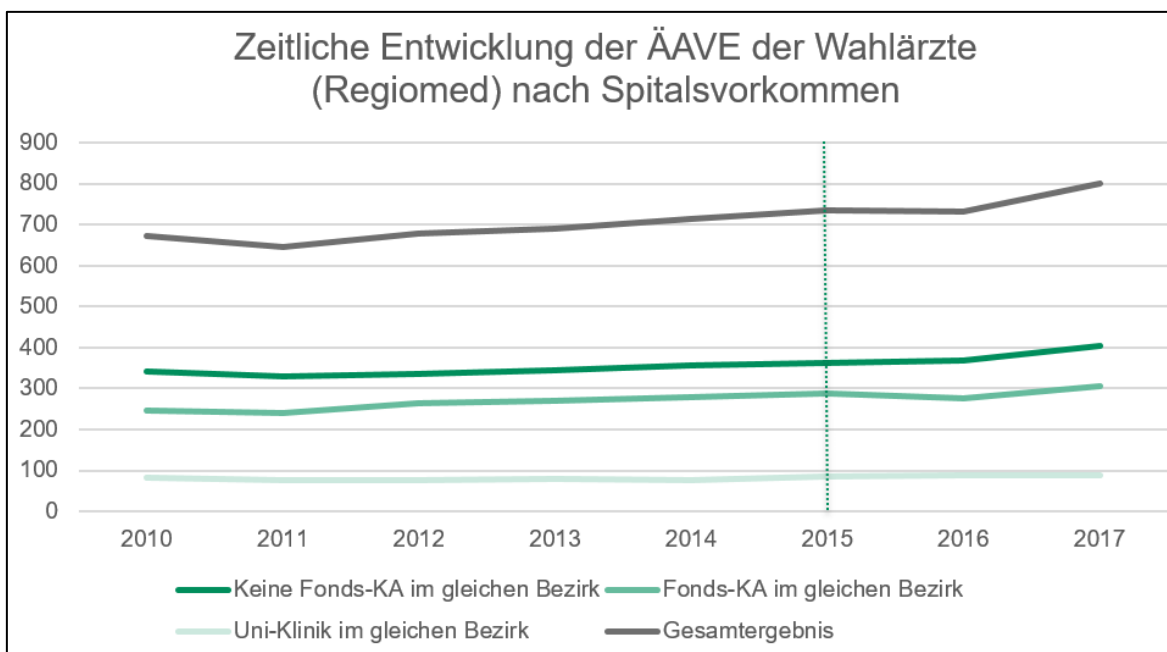


Abbildung 2: Zeitliche Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte nach Spitalsvorkommen Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung

In Abbildung 2 ist die zeitliche Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte nach Spitalsvorkommen dargestellt. Insgesamt nehmen die ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte von 2011 bis 2017 zu. Bei Einführung des KA-AZG im Jahr 2015 ist keine sprunghafte Zunahme zu beobachten, im Jahr 2016 bleibt der Gesamtwert auch auf dem gleichen Niveau, zum Jahr 2017 ist eine Zunahme von ca. 10% zu beobachten. Die Entwicklungen der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte in politischen Bezirken mit und ohne Fonds-Krankenanstalten sind ähnlich, hier ist nicht zu beobachten, dass die ÄAVE der Wahlärz-

tinnen und Wahlärzte in politischen Bezirken mit Fonds-Krankenanstalten wesentlich stärker zunehmen als in politischen Bezirken ohne Fonds-Krankenanstalten. Die ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte in politischen Bezirken mit Uni-Kliniken nehmen im Jahr 2015 leicht zu und bleiben dann auf dem gleichen Niveau, die Zunahme ist somit geringer als in den politischen Bezirken ohne Uni-Kliniken.

Nachdem in den Krankenanstalten die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner deutlich übersteigt, kann davon ausgegangen werden, dass die Auswirkungen des KA-AZG das Fachgebiets-Aggregat „Allgemeine Fachärzte“ stärker beeinflussen würde als das Fachgebiet Allgemeinmedizin. Zu weiteren Untersuchung wird in Abbildung 3 die vorangegangene Darstellung auf die ÄAVE im Fachgebiets-Aggregat Allgemeine Fachärzte eingeschränkt.

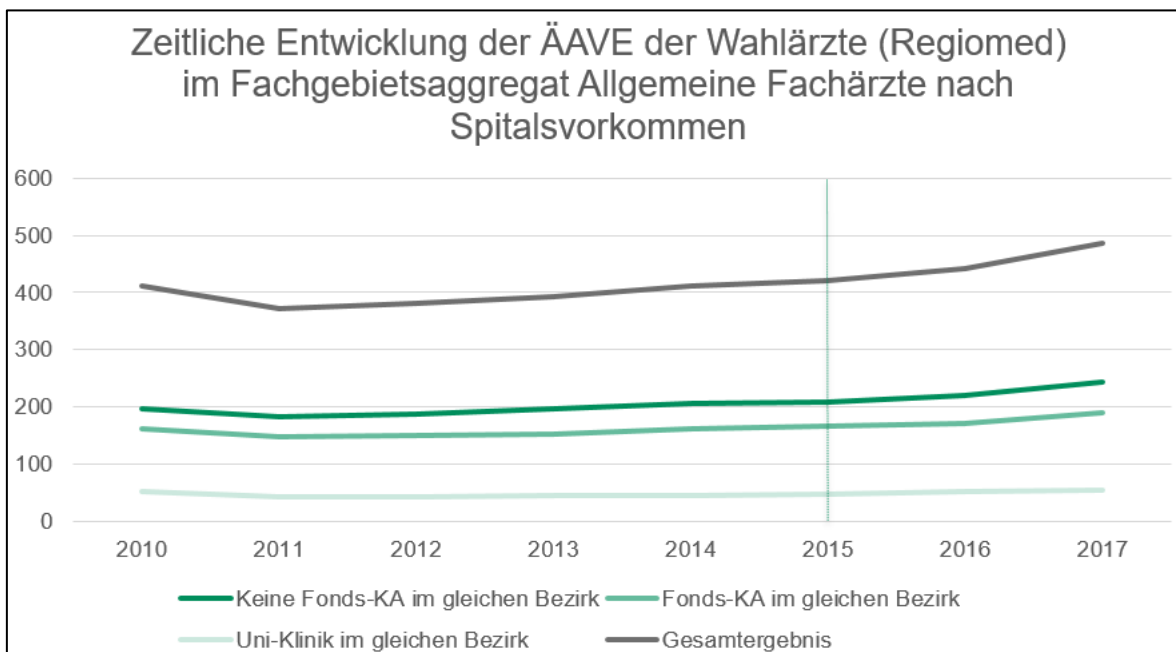


Abbildung 3: Zeitliche Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte im Fachgebietsaggregat Allgemeine Fachärzte nach Spitalsvorkommen Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung

Es fallen kaum Abweichungen zur vorangegangenen Auswertung auf. Vergleicht man die Periode von 2011 bis 2015 mit der Periode ab 2015 so ist zu beobachten, dass die Werte in der zweiten Periode leicht stärker zunehmen. Insgesamt nehmen die Werte in der ersten Periode im Durchschnitt um 3,5% zu, in der zweiten Periode um 6,0%. Die Werte in den in den Bezirken ohne Fonds-Krankenanstalten liegen im Vergleich zu den Bezirken mit Fonds-Krankenanstalten mit 3,5% zu 3,7% in der ersten Periode nahezu gleich auf, während nach 2015 die Zunahme in den Bezirken ohne Fonds-Krankenanstalten mit 6,8% stärker ausfiel als in den Bezirken mit Fonds-Krankenanstalten, hier lag der Wert bei 4,9%. Ob dies mit der Einführung des KA-AZG in Zusammenhang steht, kann bei diesem kurzen Zeitverlauf nicht abschließend beurteilt werden. Somit ist auch bei einer Detailbetrachtung der fachärztlichen ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte keine besondere Entwicklung beobachtbar.

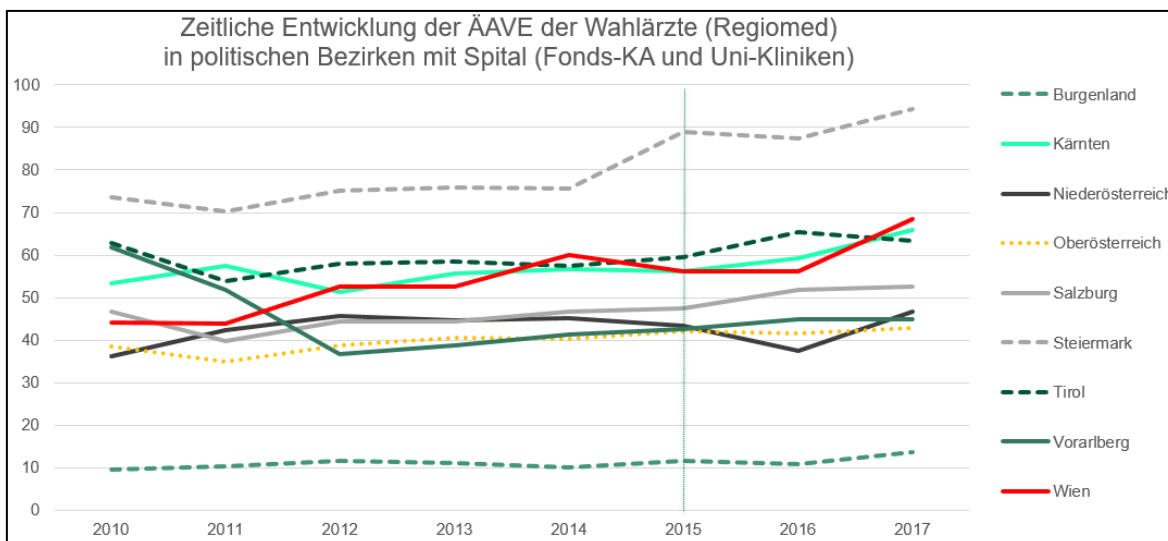


Abbildung 4: Zeitliche Entwicklung der ÄVE der Wahlärztinnen und Wahlärzten politischen Bezirken mit Spital (Fonds-KA und Uni-Kliniken) Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung

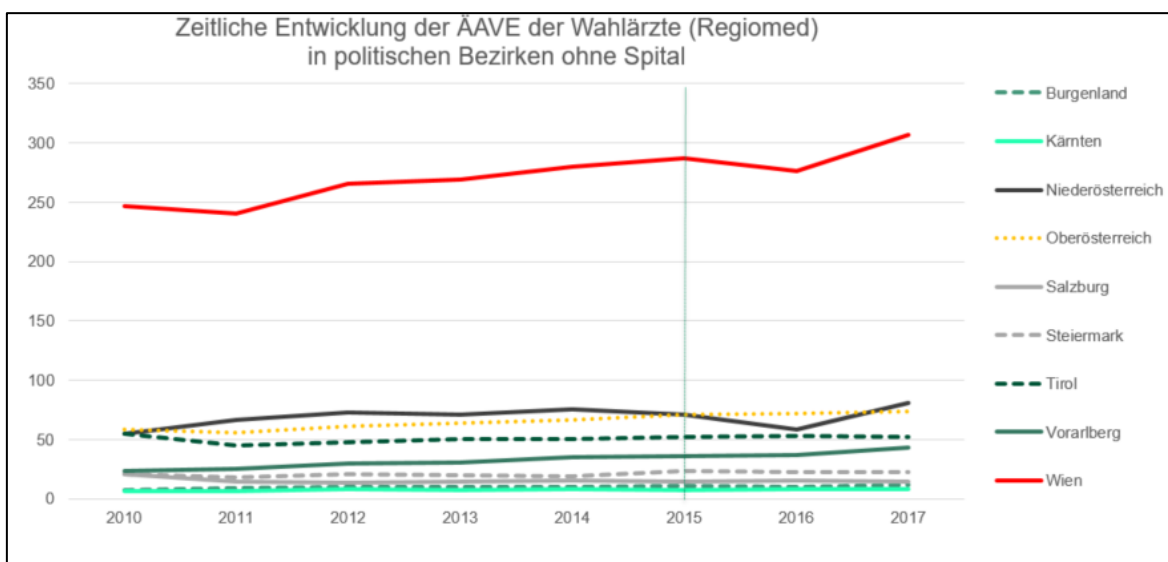


Abbildung 5 Zeitliche Entwicklung der ÄVE der Wahlärztinnen und Wahlärzten politischen Bezirken ohne Spital Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung

Zur weiteren Vertiefung sind in den Abbildungen 3 und 4 die Entwicklungen der ÄVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte einmal in den politischen Bezirken mit und einmal in den politischen Bezirken ohne Spital jeweils nach Bundesland ausgewertet.

Insbesondere in Abbildung 4 fallen sofort die höheren Werte in Wien ins Auge. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Wien insgesamt eine hohe Zahl an Wahlärztinnen und Wahlärzten hat und auch in den Bezirken, in denen kein Spital zu finden ist, die Anzahl an Wahlärztinnen und Wahlärzten höher ist als in den oft ländlichen Bezirken ohne Spital in den Bundesländern.

Ein Vergleich der beiden Abbildungen zeigt, dass die ÄVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte in Bezirken mit Spital von 2012 bis 2017 stärker zunehmen als die ÄVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte in Bezirken ohne Spital, wobei die Bundesländer Tirol, Vorarlberg und Wien hier eine Ausnahmestellung haben. In Tirol und im Burgenland gibt es auch in Bezirken mit Spital kaum eine Zunahme der ÄVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte im

Betrachtungszeitraum, und in Wien ist auch in den Bezirken ohne Spital eine Zunahme erkennbar.

Wie auch in den vorangegangenen Abbildungen ist in den politischen Bezirken mit Spital zum Jahr 2016 in keinem Bundesland eine abrupte Zunahme nach Einführung des KA-AZG erkennbar. In Kärnten, Niederösterreich und Wien ist von 2016 und 2017 wie in Abbildung 2 eine Zunahme der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte zu beobachten, auch hier wird sich in Zukunft zeigen, ob dies mit den KA-AZG in Verbindung gebracht werden kann.

3.2 Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte laut Ärzte-Monitoring

Nachfolgend wird die zeitliche Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzten laut Ärzte-Monitoring analysiert. Hierbei wird von den gleichen Hypothesen ausgegangen wie bei der Analyse der Wahlärzte-ÄAVE. Eine Zunahme an Wahlärztinnen und Wahlärzten aufgrund einer Änderung der KA-AZG würde sich in der Anzahl an Wahlärztinnen und Wahlärzten widerspiegeln, und diese Entwicklung würde in politischen Bezirken mit Fonds-KA stärker ausfallen als in politischen Bezirken ohne Fonds-KA.

Im Ärzte-Monitoring stehen zwei Kategorien zur Analyse der Wahlärztinnen und Wahlärzte zur Verfügung: Wahlärztinnen und -ärzte sowie „reine“ Wahlärztinnen und -ärzte. Für die Analyse wurden die Werte der Wahlärztinnen und Wahlärzte herangezogen, da die Spitalsärztinnen und Spitalsärzte, die als Wahlärztinnen und -ärzte tätig sind, nicht in die Gruppe der „reinen“ Wahlärztinnen und -ärzte fallen.

Wie bei der Analyse der wahlärztlichen ÄAVE wurde der Datensatz in politische Bezirke mit und ohne Fondskrankenanstalten und Universitäts-Kliniken kategorisiert und wird in Abbildung 6 dargestellt.

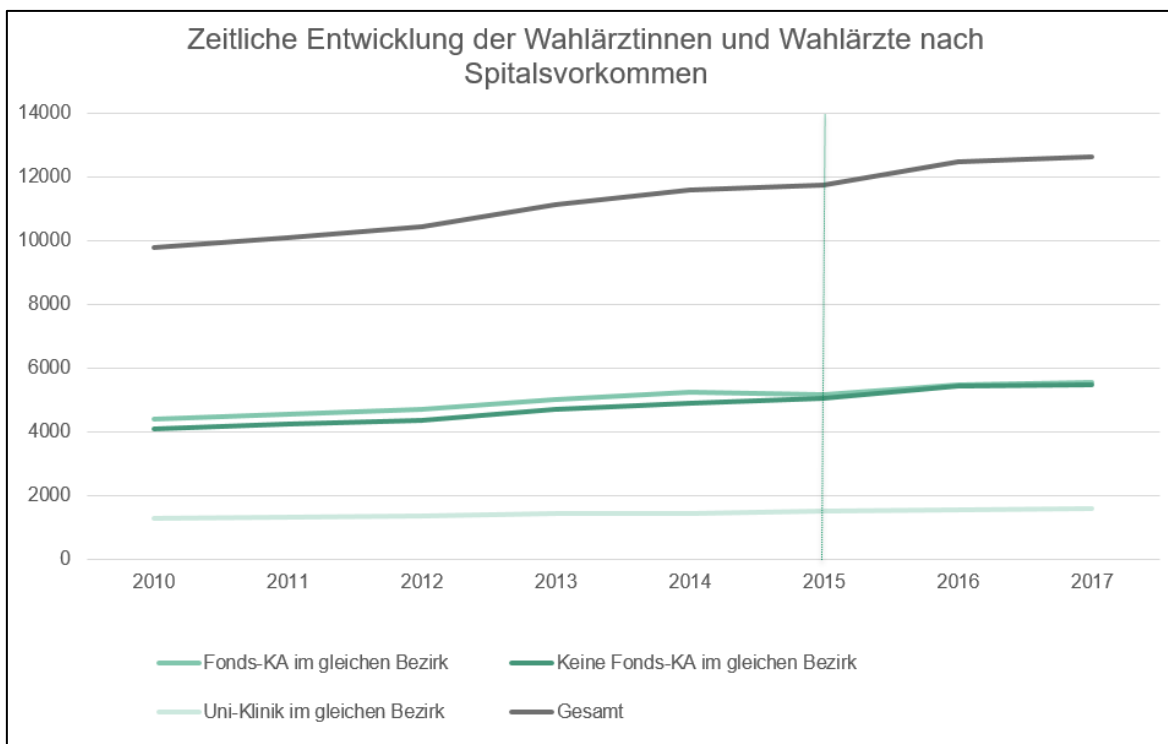


Abbildung 6: Zeitliche Entwicklung der ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte nach Spitalsvorkommen, Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB

Im gesamten Zeitraum ist beim Gesamtwert und in den einzelnen Kategorien eine Zunahme sichtbar, hierbei nehmen die Werte in den Bezirken mit und ohne Fonds-Krankenanstalten stärker zu als die Werte in Bezirken mit Uni-Kliniken. Im Gegensatz zur Analyse der wahlärztlichen ÄAVE sind die Unterschiede zwischen den Bezirken mit und ohne Fonds-Krankenanstalten geringer. Obwohl zum Jahr 2016 eine leichte Zunahme erkennbar ist, liegt die durchschnittliche jährliche Zunahme nach 2015 mit 2,5 % niedriger als im Zeitraum vor 2015, hier betrug der Wert im Durchschnitt 4 %. Eine vergleichende Analyse für das Fachgebiets-Aggregat „FachärztInnen“ zeigt keine Unterschiede, deswegen ist diese hier nicht dargestellt.

Neben den beiden WahlärztInnen- Kategorien sind im Ärzte-Monitoring die Werte aller Ärztinnen und Ärzten und der WohnsitzärztInnen enthalten. In Abbildung 6 sind diese Werte im Zeitverlauf dargestellt.

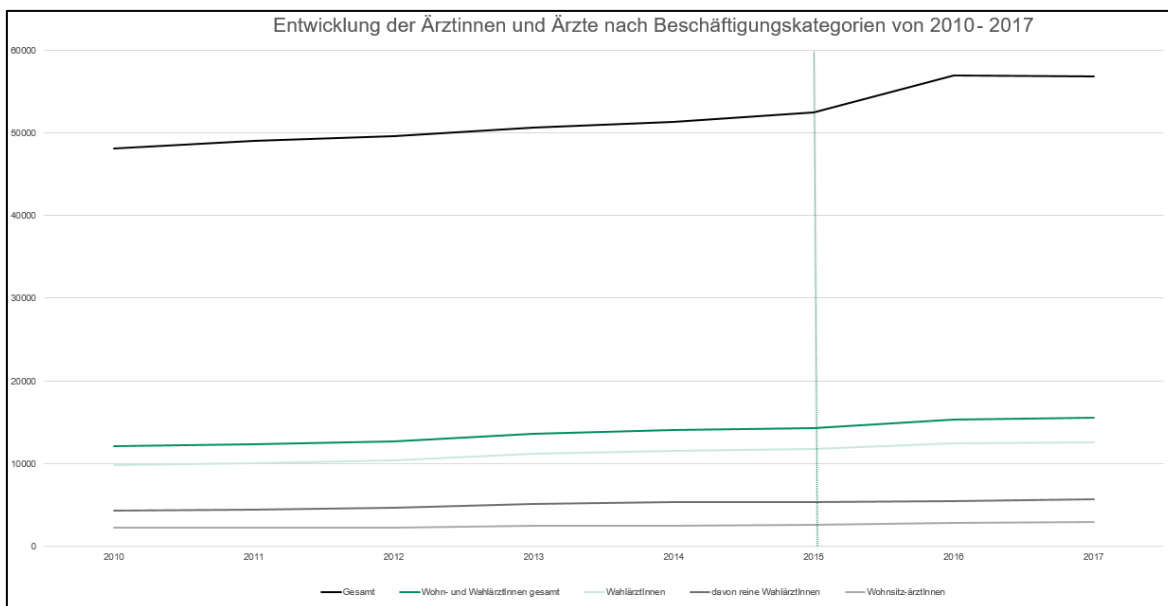


Abbildung 7: Entwicklung der Ärztinnen und Ärzten 2010 - 2017 nach Beschäftigungskategorien Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB

Im dargestellten Zeitraum haben die Werte einen leicht ansteigenden Verlauf. Zum Jahr 2016 nimmt die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu den Vorjahren etwas stärker zu. Es sei aber darauf hingewiesen, dass in diesem Aggregat alle Ärztinnen und Ärzte enthalten sind, also auch angestellte Ärztinnen und Ärzte und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Der Anstieg zum Jahr 2016 ist bei den Aggregaten Wohn- und Wahlärztinnen und -ärzten sowie bei den Wahlärztinnen und -ärzten weniger stark ausgeprägt. Wie auch schon bei den vorherigen Auswertungen, ist auch in dieser Darstellung keine Auswirkung des KA-AZG sichtbar.

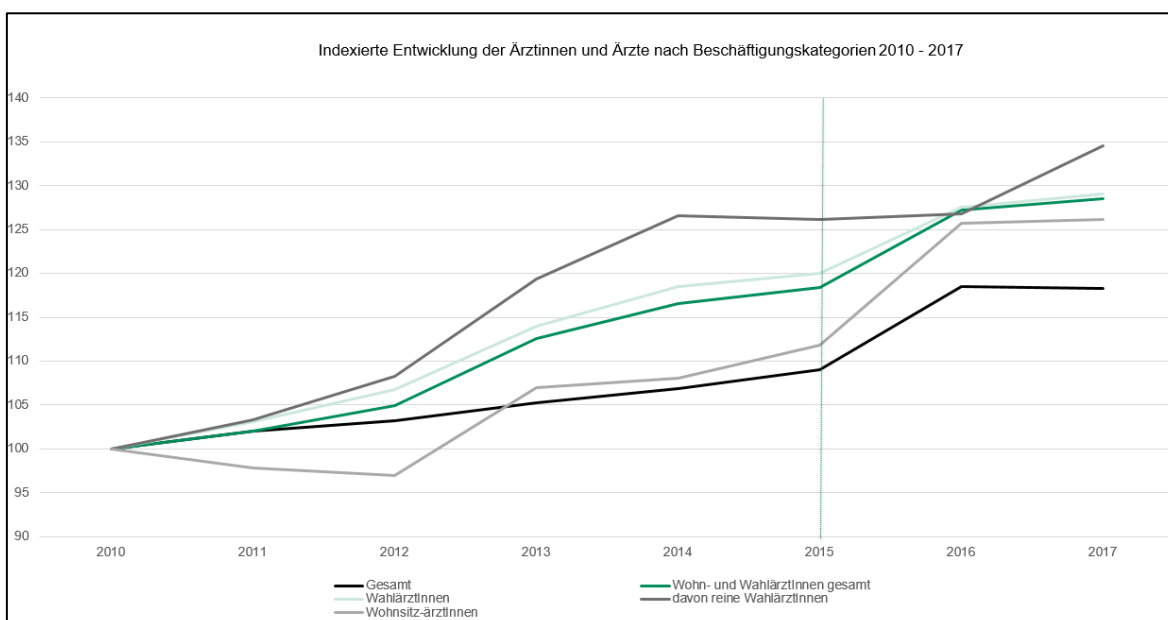


Abbildung 8: Indexierte Entwicklung der Ärztinnen und Ärzten 2010 - 2017 nach Beschäftigungskategorien Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB

Zur Analyse der zwischenjährlichen Veränderungen ist in Abbildung 7 die indexierte Entwicklung der Ärztinnen und Ärzten nach Beschäftigungskategorien abgebildet. Auch hier

wird die etwas stärkere Zunahme des Aggregates "Gesamt", der WahlärztInnen und der WohnsitzärztInnen zum Jahr 2016 sichtbar, jedoch fügt sich diese Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren in die allgemeine Entwicklung ein, ein plötzlicher Anstieg ist nicht zu beobachten.

In den Abbildungen 8 und 9 wird die Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte in politischen Bezirken mit und ohne Spital im Zeitverlauf nach Bundesland dargestellt.

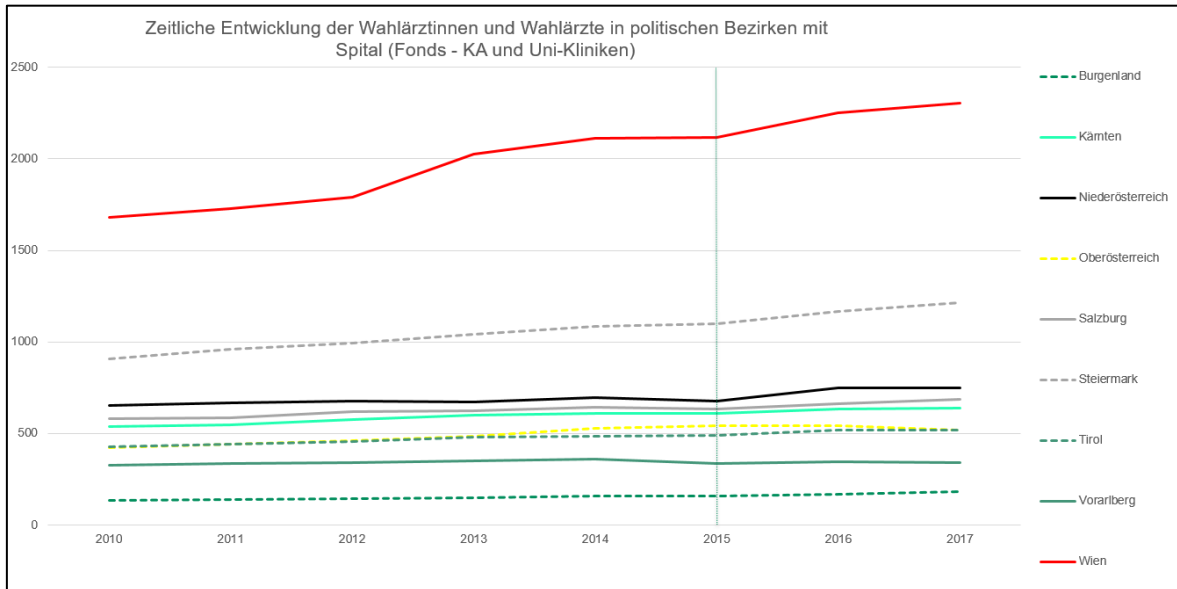


Abbildung 9: Zeitliche Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte in politischen Bezirken mit Spital (Fonds - KA und Uni-Kliniken) Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB

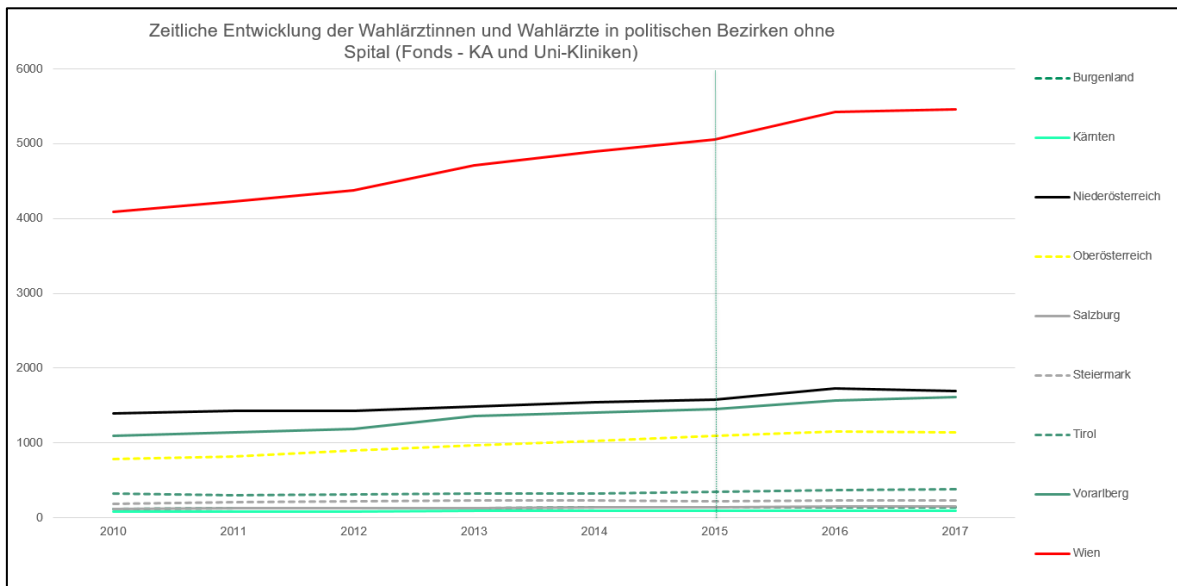


Abbildung 10: Zeitliche Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte in politischen Bezirken ohne Spital (Fonds - KA und Uni-Kliniken) Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, Berechnung: GÖG/ÖBIG, Darstellung: HVB

In Wien und in Niederösterreich ist eine etwas stärkere Zunahme der Wahlärztinnen und Wahlärzte in politischen Bezirken mit Spital zum Jahr 2016 zu beobachten, in Wien fügt sich diese in den allgemeinen Verlauf der Vorjahre ein, in Niederösterreich hebt sich diese Entwicklung leicht ab, zum Jahr 2017 ist hier aber keine weitere Steigerung beobachtbar. Diese Entwicklung lässt sich in diesen beiden Bundesländern auch in den politischen Bezirken ohne Spital beobachten. Wie auch in den vorangegangenen Auswertungen ist keine außergewöhnliche Steigerung der Anzahl an WahlärztInnen nach Einführung der KA-AZG beobachtbar.

4 Diskussion

Durch die vorliegende Datenanalyse können keine starken Auswirkungen des KA-AZG nachgewiesen werden, es kann somit nicht behauptet werden, dass es mit Einführung des KA-AZG am 01. Jänner 2015 zu einer großflächigen Zunahme der Anzahl und der Versorgungswirksamkeit von Wahlärztinnen und -ärzten in den Folgejahren bis zum Jahr 2017 gekommen ist.

Nachdem mit den Jahren 2015, 2016 und 2017 nur drei Berichtsjahre zur Verfügung stehen, die einen Vergleich mit der Zeit vor Einführung zulassen, kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass in Zukunft bei der Analyse von weiteren Berichtsjahren Auswirkungen nachgewiesen werden können. Bei einer zukünftigen Wiederholung der Analyse sollte auch berücksichtigt werden, dass das KA-AZG den Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit eines Opt-Out gibt, hierdurch ergibt sich eine Übergangszeit bis zum Jahr 2021. Darüber hinaus ist die Eröffnung einer Wahlarztordination eine längerfristige Entscheidung, auch aus diesem Grund könnten etwaige Entwicklungen erst bei der Analyse eines längeren Zeitraums sichtbar werden.

Mit den Ärztezahlen der Österreichischen Ärztekammer bzw. Zahnärztekammer und den ÄAVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte stehen für die vorliegende Analyse zwei Datenquellen zur Verfügung, für eine weitere Vertiefung der Analyse könnte der Datensatz um Angaben hinsichtlich der vertraglich vereinbarten Stundenanzahl in Krankenanstalten angereichert werden. Hierdurch könnten teilzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte aus der Analyse ausgeschlossen werden, da diese Ärztinnen und Ärzte von dem KA-AZG nicht tangiert werden. Dies wirft einen weiteren Aspekt auf. Um die tatsächlichen Auswirkungen in Zukunft analysieren zu können, müsste man die Ärztinnen und Ärzte klassifizieren können und vor allem jene Gruppe der Vollzeitbeschäftigten näher analysieren. Aufgrund der Tatsache, dass dies zum derzeitigen Zeitpunkt nur ansatzweise möglich ist, würde womöglich eine repräsentative Befragung die Analyse schärfen. Denn das KA-AZG wirkt sich nicht nur auf die Anzahl der Wahlarztordinationen aus. Derzeit fehlen jegliche Informationen ob diese Ordinationen versorgungswirksam sind.

Es können außerdem noch andere als die zeitlichen Faktoren eine Rolle für die Entscheidung eine Wahlärztin bzw. ein Wahlarzt zusätzlich zur angestellten Tätigkeit zu werden, eine Rolle spielen. Diese können z.B. (1) Alter und Geschlecht, (2) Familienstand, (3) Erfahrung, (4) finanzielle Anreize, (5) Versorgungsbedarf sein. Derartige Faktoren müssten bei der Analyse der künftigen Entwicklung berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

1. Czasny I, Link T. Ärzte-Monitoring Datenbasis 2017. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur; 2019.
2. Bundesministerium für Arbeit S, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK). Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2017) Tabellenband in der Fassung vom 30. Juni 2017 inklusi-ve der bis 28. Juni 2019 beschlossenen Anpassungen, abgerufen unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH3967/CMS1136983382893/oesg_2017_-_tabellenband,_stand_27.09.2019.pdf am 29.11.2019.
3. Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, Richtlinie 2003/88/EG(2003).
4. Bundesgesetz, mit dem ein Arbeitszeitgesetz für Angehörige von Gesundheitsberufen in Kranken-, Pflegeanstalten, und ähnlichen Einrichtungen geschaffen wird (Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz - KA-AZG), KA-AZG(2019).
5. Klein C. Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz: DRdA-infas; 2015 [1/15:[Available from: https://www.drda.at/a/355_INFAS_54/Novelle-zum-Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz.
6. Mondschein T. Organisationsveränderungen in Krankenanstalten unter der Berücksichtigung des neuen Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes. Graz: Technische Universität Graz; 2017.
7. Stärker L. Die KA-AZG Novelle 2014. Recht der Medizin. 2014;2014/205(Heft 6/2014):S. 312.
8. Bundesgesetz vom 11. Dezember 1969 über die Regelung der Arbeitszeit (Arbeitszeitgesetz) AZG(2019).
9. Bundesgesetz vom 3. Feber 1983 über die wöchentliche Ruhezeit und die Arbeitsruhe an Feiertagen (Arbeitsruhegesetz - ARG), ARG(2019).
10. Das Krankenanstalten-Arbeitszeit-Gesetz: "Die Ärzte haben längst entschieden" [press release]. Faberstrasse 10, 5020 Salzburg: Ärztekammer Salzburg, 10.10.2017 2017.
11. APA. Uni-Ärzte dürfen auch künftig länger arbeiten. Der Standard. 2017 5. Juli 2017.
12. Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien (Universitätsgesetz 2002 – UG), UG(2019).
13. Gehaltserhöhung für Grazer Uni-Mediziner. Wiener Zeitung. 2015 30.06.2015;Sect. Politik, Österreich.
14. Betriebsvereinbarung zum KA-AZG an der Medizinische Universität Wien [press release]. Ärztekammer Wien, Betriebsrat für das wissenschaftliche und künstlerische Universitätspersonal, Medizinische Universität Wien2016.
15. Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), ÄrzteG(2019).
16. Bundesgesetz vom 11. Mai 1921 über den Dienstvertrag der Privatangestellten (Angestelltengesetz), AngG(2019).
17. Niederlassung: Wahlarzt Ärztekammer für Wien; 2019 [Available from: <https://www.aekwien.at/wahlarzt>.

Anhang I – Rechtliche Grundlagen

Europa

Ebene	Gesetz	Datum	Zusammenfassung	Text Link
Europäische Union	EU Richtlinie 2003/88/EC	November 4, 2003	Für alle Berufsgruppen, regelt Ruhezeiten, wöchentliche Höchstarbeitszeit, Dauer der Nachtarbeit, Bezugszeiträume und bestimmt Abweichungen und Übergangszeit	http://data.europa.eu/eli/dir/2003/88/oj
<p>Wichtigsten relevanten Passagen</p> <p>Kapitel 2, Artikel 3 <u>Tägliche Ruhezeit</u> <i>„jedem Arbeitnehmer pro 24-Stunden-Zeitraum eine Mindestruhezeit von 11 zusammenhängenden Stunden gewährt wird“</i></p> <p>Artikel 6b <u>Wöchentliche Höchstarbeitszeit</u> <i>„die durchschnittliche Arbeitszeit pro Siebentageszeitraum 48 Stunden einschließlich der Überstunden nicht überschreitet“</i></p> <p>Kapitel 3, Artikel 8a <u>Dauer der Nachtarbeit</u> <i>„die normale Arbeitszeit für Nachtarbeiter im Durchschnitt acht Stunden pro 24-Stunden-Zeitraum nicht überschreitet“</i></p> <p>Artikel 16 <u>Bezugszeiträume</u> Bezugszeiträume für Artikel 5: bis zu 14 Tagen; Bezugszeiträume Artikel 6: bis zu 4 Monaten; Bezugszeiträume Artikel 8: nach Vereinbarung</p> <p>Kapitel 5, Artikel 17 <u>Abweichungen</u> Geltungsbereich für Abweichungen Artikel 3 (Tägliche Ruhezeit), Artikel 4 (Ruhepause), Artikel 5 (Wöchentliche Ruhezeit), Artikel 8 (Dauer der Nachtarbeit), Artikel 16 (Bezugszeiträume) <i>„Aufnahme-Behandlungs- und/oder Pflegediensten von Krankenhäusern oder ähnlichen Einrichtungen, einschließlich der Tätigkeiten von Ärzten in der Ausbildung, Heimen sowie Gefängnissen“</i> <i>„Leitende Angestellte oder sonstige Personen mit selbstständiger Entscheidungsbefugnis“</i></p> <p>Kapitel 5, Artikel 17(5) <u>Übergangszeit</u> Artikel 6 (Wöchentliche Höchstarbeitszeit), Artikel 16 Buchstabe b (Bezugszeiträume) bei Ärzten in der Ausbildung nach Maßgabe der Unterabsätze 2 bis 7 dieses Absatzes zulässig</p>				

Österreich

Ebene	Gesetz	Datum	Zusammenfassung	Text Link
Nationalrat	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz – KA-AZG	2015	Für Personen die im Krankenanstalten arbeiten, regelt Arbeitszeit, verlängerte Dienste, durchschnittliche Wochenarbeitszeit und Ruhezeiten	https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009051
<p>Wichtigsten relevanten Passagen</p> <p>Abschnitt 1 Geltungsbereich</p> <p>§1. (3) „Gilt nicht für leitende Dienstnehmer/innen denen maßgebliche Führungsaufgaben selbstverantwortlich übertragen sind“</p> <p>Abschnitt 2 Arbeitszeit</p> <p>§3. Die Wochenarbeitszeit darf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. innerhalb eines Durchrechnungszeitraumes von bis zu 17 Wochen im Durchschnitt 48 und 2. in den einzelnen Wochen des Durchrechnungszeitraumes 60 Stunden nicht überschreiten <p>Mit Betriebsvereinbarung und individueller „Opt-out“ Erklärung: 60 Stunden bis 31.12.2017, 55 Stunden von 01.01.2018 bis 30.06.2021</p> <p>§4. Verlängerte Dienste</p> <p>Eine Verlängerung ist nur insoweit zulässig, als die zu erwartende Inanspruchnahme innerhalb eines Durchrechnungszeitraumes von 17 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden pro Woche nicht überschreitet. Die Dauer eines verlängerten Dienstes von 25 Stunden ist zugelassen.</p> <p>Mit Betriebsvereinbarung 32 bzw. 49 Stunden bis 31.12.2017, 29 Stunden von 01.01.2018 bis 30.06.2021</p> <p>Abschnitt 3 Ruhepausen und Ruhezeiten</p> <p>§7 Tägliche Ruhezeit</p> <p>Sofortige Konsumierung der Ausgleichszeiten nach einem verlängerten Dienst. Die Dauer der Ruhezeit beträgt 15 Stunden für Dienstzeit zwischen 8 und 13 Stunden; 22 Stunden für Dienstzeit zwischen 14 und 23 Stunden; und im Fall einer Dienstzeit mehr als 24 Stunden beträgt der Ruhezeit die Gesamtarbeitszeit minus 2 Stunden</p> <p>Abschnitt 4 Ausnahmen</p> <p>§8 Durch Betriebsvereinbarung oder im Einvernehmen mit der Personalvertretung können vorübergehende Ausnahmen von Abschnitt 2 §4 festgelegt werden</p> <p>§11b Durch eine schriftliche Zustimmung des einzelnen Dienstnehmers/der einzelnen Dienstnehmerin können vorübergehende Ausnahmen von Abschnitt 2 §4 festgelegt werden</p>				

Nationalrat	Universitätsgesetz-UG	2002 Relevante Änderungen: §110 2017	IV. Teil Personalrecht Gesetzliche Sonderregelungen zur Arbeitszeit und Arbeitsruhe für das wissenschaftliche und künstlerische Universitätspersonal §110. (1) 1. dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 60 Stunden betragen kann, wenn die einzelne Arbeitnehmerin oder der einzelne Arbeitnehmer im Vorhinein schriftlich zugestimmt hat, und die die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 48 Stunden übersteigenden Zeiten ausschließlich für universitäre Aufgaben in Forschung und Lehre in der Normalarbeitszeit gewidmet werden	-
Nationalrat	Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Landesvertretung der Ärzte Ärztegesetz- ÄrzteG	1998 Relevante Änderungen § 52 2010	Nebentätigkeitsanmeldung §29. (1) 6. Der Österreichischen Ärztekammer sind vom Arzt im Wege der Ärztekammern in den Bundesländern binnen einer Woche ferner folgende schriftliche Meldungen zu erstatten: Die Aufnahme und Beendigung einer ärztlichen Nebentätigkeit Berufshaftpflichtversicherung für Wahlarzt-Praxis § 52d. (1) Eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit darf erst nach Abschluss und Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer aufgenommen werden.	-

Vereinbarungen zwischen Dienstnehmer/Vertreter und Krankenanstalt

Ebene	Gesetz	Datum	Zusammenfassung	Text Link
Krankenhaus und Ärztevertretung oder Betriebsrat	Betriebsvereinbarungen	-	Inanspruchnahme des KA-AZG „Opt-out“ „Opt-out“ Erklärung der verlängerten Dienste und der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit Abgrenzung der Nebentätigkeit Nebenbeschäftigung Zeitabgrenzungsvereinbarung zwischen Betriebsrat oder in Kollektivvertrag	-
Krankenhaus und Individueller Ärzte	Individuelle Erklärung	-	Inanspruchnahme des KA-AZG „Opt-out“ „Opt-out“ der Verlängerten Diensten und des Durchschnittlichen Wochenarbeitszeit Nebentätigkeitsanmeldung und Zustimmung Meldung, bzw. Zustimmung einer Nebenbeschäftigung	-