

## **Erläuterungen**

### **Allgemeiner Teil**

Der vorliegende Entwurf für eine Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2023 – QS-VO 2023) regelt entsprechend den ärztgesetzlichen Bestimmungen sowie den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED für den Evaluierungszyklus ab 1.1.2023 die zu evaluierenden Kriterien, das Verfahren zur Evaluierung und Kontrolle, das von der ÖQMED zu führende Qualitätsregister sowie Struktur und Inhalte des Qualitätsberichts.

Auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats ist der Fokus der Qualitätsevaluierung im ambulanten Gesundheitssektor auf das Qualitätsmanagement hinsichtlich Patientensicherheit und Hygiene zu legen. Hierbei werden die Gesundheitsreform 2013 sowie das Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt. Doppelüberprüfungen sollen in der Evaluierung gemäß QS-VO 2023 vermieden werden, sodass die ärztliche Fortbildung, die alle zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärztinnen /Ärzte gemäß § 49 Abs. 2c ÄrzteG 1998 verpflichtend alle 3 Jahre gegenüber der Akademie der Ärzte GmbH nachzuweisen haben, nicht mehr auch von der ÖQMED überprüft wird. Daten aus der Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung durch die Akademie der Ärzte GmbH fließen jedoch in den Qualitätsbericht der ÖQMED ein.

Die sprachliche Gleichbehandlung erfolgt entsprechend den Vorgaben des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

### **Besonderer Teil**

#### **Zu § 1:**

§ 1 Abs. 1 legt den Fokus auf das Qualitätsmanagement hinsichtlich Patientensicherheit und Hygiene fest, der zur Erreichung des Ziels einer systematischen Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte sowie Gruppenpraxen gelegt wird.

Abs. 2 bis Abs. 5 beschreiben den Regelungsgegenstand sowie den Geltungsbereich der Verordnung. Diese bleiben gegenüber der QS-VO 2018 unverändert. Ebenso die Pflicht der Wahrung der Parteienrechte im Rahmen der Anwendung des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes. Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Verordnungen und Bundesgesetze, auf die die QS-VO 2023 verweist, nicht berührt sind und uneingeschränkt gelten.

#### **Zu § 2:**

§ 2 umfasst Begriffsbestimmungen. Diese haben sich bewährt und wurden aus der QS-VO 2018 mit drei Erweiterungen übernommen. Es wird darauf hingewiesen, dass Adressatinnen/Adressaten des Evaluierungs- und Kontrollprozesses auch jene Primärversorgungseinheiten hinsichtlich ihrer Standorte sind, die nicht in der Rechtsform selbständiger Ambulatorien geführt werden. Sie werden in den weiteren Bestimmungen als Gruppenpraxen bezeichnet.

Die neue Z 14 bestimmt, dass der Begriff „nachweislich“ an eine mit der jeweiligen Regelung einhergehende Dokumentationspflicht anknüpft.

Z 15 beschreibt den Begriff des unerwünschten Ereignisses. Es ist für die Anwendung im Rahmen der Verordnung unerheblich, ob das unerwünschte Ereignis vermeidbar oder unvermeidbar wäre. Daher erfolgt keine Differenzierung in der Begriffsbestimmung.

Z 16 beschreibt den Begriff der/des Qualitätssicherungsbeauftragte/n.

**Zu § 3:**

§ 3 wurde aus der QS-VO 2018 übernommen, Gegenstand und Adressaten der Evaluierungskriterien sind unverändert.

**Zu § 4:**

§ 4 wurde aus der QS-VO 2018 übernommen, wobei das Tatbestandsmerkmal der Erforderlichkeit des Verweises auf eine Ambulanz oder einen Ärztenotdienst näher definiert wurde, nämlich im Sinne der medizinischen Erforderlichkeit.

**Zu § 5:**

Einweghandtücher auf den Toiletten, die Patientinnen/Patienten zur Benutzung zur Verfügung stehen, stellen ein aktuelles Mindestanforderungsmerkmal dar. Auch hygienische Weiterentwicklungen im Bereich der Händetrocknung entsprechen dem Kriterium.

Die Bestimmungen der Abs. 2 und 3 berühren die Regelungen im Arbeitsschutzrecht bei Beschäftigung bewegungsbehinderter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (vgl. § 15 Arbeitsstättenverordnung - AStV) oder hinsichtlich der Regelungen für Toilettenanlagen (vgl. § 33 AStV) nicht.

In Abs. 5 wurde der Nichtraucherschutz durch ein Rauchverbot ersetzt, das sicherzustellen ist. Im Übrigen gilt § 30 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) für die Einhaltung des Nichtraucherinnen- und Nichtraucherschutzes im Hinblick auf die Arbeitnehmer.

**Zu §§ 6 und 7:**

Die Evaluierungskriterien des „Brandschutzes und der Sicherheit der Arbeitsplätze“ sowie der „Hygiene“ haben sich bewährt und wurden daher beibehalten. Für Löschhilfen ist in diesem Zusammenhang § 42 AStV zu berücksichtigen. Es wurde eine Ergänzung anhand eines Hinweises auf die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Gefahrenevaluierung der Arbeitsplätze vorgenommen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (insb. § 4 ASchG) zu beachten.

In § 7 wurde ein neuer Absatz 3 aufgenommen, der vorsieht, dass Assistenzhunden im Sinne des § 39a Bundesbehindertengesetz der Zugang in Gesprächstherapie- sowie Behandlungsräumen des Typs 1 gemäß Anlage 2 Hygieneverordnung der Österreichischen Ärztekammer zu gewähren ist.

**Zu § 8:**

In Abs. 4 wurde die Pflicht zur Durchführung wiederkehrender Notfalltrainings spezifiziert, indem nunmehr bestimmt wird, dass diese Notfalltrainings mindestens alle zwei Jahre durchzuführen sind und auch einen praktischen Teil enthalten müssen. Die arbeitsschutzrechtliche Verpflichtung zur nachweislichen Unterweisung gemäß § 14 ASchG bleibt unberührt.

**Zu § 9:**

Die regelmäßige Wartung der Notfallsausrüstung ist zu dokumentieren.

**Zu § 10:**

Die Formulierung des Evaluierungskriteriums zur „Arzneimittelverfügbarkeit und -qualität, Reagenzien“, hat sich in der QS-VO 2018 bereits bewährt und wurde unverändert übernommen.

**Zu § 11:**

Die Bezeichnung des § 11 wurde dahingehend verändert, als der Suchtgiftbezug, auf den die Bestimmung nicht eingeht, gestrichen wurde. Ansonsten wurde die Bestimmung an die Nomenklatur der SuchtgiftVO angepasst und die Bezeichnung von Suchtkranken entsprechend der aktuellen fachlichen Umschreibung verändert.

Hinsichtlich der Dokumentation im Zusammenhang mit Verordnungen von Suchtgift wie auch von Substitutionsmittel wird auf § 18 Abs 3 und § 21 Abs. 8 der SuchtgiftVO verwiesen.

**Zu §§ 12 und 13:**

Diese Bestimmungen wurden entsprechend der QS-VO 2018 unverändert übernommen. Zur Schutzausrüstung wird auf die einschlägigen Regelungen in der Hygieneverordnung (vgl. § 9 Abs. 4 sowie Anlage 3 der HygieneVO) verwiesen.

**Zu § 14:**

Das Evaluierungskriterium wurde umbenannt auf „Laboruntersuchungen“ (statt „Ringversuche“ gem. QS-VO 2018). Entsprechend der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats ist die Verlässlichkeit von Laboruntersuchungen durch die nachweisliche Teilnahme an Ringversuchen oder durch ähnliche zur Verfügung stehende Methoden zu überprüfen. Wird im Ergebnis die zulässige Abweichung des Messergebnisses überschritten, so ist der Teilnehmer am Ringversuch verpflichtet, nachweislich die Ursachen zu klären und zu beseitigen.

Die Ringversuchspflicht besteht nicht für die patientennahe Sofortdiagnostik. Die Verlässlichkeit von Laboruntersuchungen ist entsprechend den Herstellervorgaben sicherzustellen

**Zu § 15:**

Die Ärztin/der Arzt hat die Erfüllung der ärztlichen Fortbildungsverpflichtung gegenüber der Österreichischen Ärztekammer, die sich dafür der Akademie der Ärzte GmbH bedient, glaubhaft zu machen.

Im Rahmen der ärztlichen Fortbildungspflicht sind insbesondere dem aktuellen Stand der Medizin entsprechende Informationen über die theoretischen und praxisbezogenen Veränderungen und Fortschritte in Diagnostik und Therapie des ausgeübten Fachgebietes einzuholen. Ein gültiges Diplom-Fortbildungs-Programm-Diplom (DFP-Diplom) der Österreichischen Ärztekammer entsprechend der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über ärztliche Fortbildung oder sonstige Einzelfortbildungsnachweise im Umfang des DFP-Diploms hat vorzuliegen.

**Zu § 16:**

Die Bestimmung zur Verschwiegenheit wurde hinsichtlich der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter durch einen Verweis auf § 54 ÄrzteG 1998 konkretisiert. In Abs. 5 wurde klargestellt, dass allfällig beauftragte EDV-Unternehmen, die mit personenbezogenen Daten von Patientinnen/Patienten bzw. Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in Berührung kommen, nachweislich zu bestätigen haben, dass die DSGVO (Verordnung (EU) Nr. 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG, ABl. Nr. L 119 vom 04.05.2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 74 vom 04.03.2021 S. 35) von ihnen sowie von den von ihnen eingesetzten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern eingehalten wird.

**Zu §§ 17 und 18:**

Die Evaluierungskriterien „Patientenhistorie und Dokumentation“ sowie Befundverwaltung und Befundweiterleitung“ wurden inhaltlich unverändert beibehalten. Es erfolgten Klarstellungen zu den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, die zur Unterstützung bei der Durchführung ärztlicher Tätigkeiten herangezogen werden oder an die die Durchführung delegiert werden kann. Im Übrigen wird bezüglich der Verantwortung für Datensicherheit sowie für allenfalls erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen auf Art 24 und Art 32 der DSGVO verwiesen.

**Zu § 19:**

In Abs. 1 des Evaluierungskriteriums zur „Patientenkommunikation und Patientenaufklärung“ wurde die Ausnahme von der Einschränkung der ärztlichen Aufklärungspflicht bei detaillierten Angaben in der Zuweisung auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats gestrichen.

In Abs. 4 wurden das Tatbestandselement der Erwachsenenvertretung sowie der Entscheidungsfähigkeit der aktuellen Rechtslage (vgl. insb. 2. Erwachsenenschutz-Gesetz, BGBl. I 59/2017) angepasst.

**Zu § 20:**

Im Evaluierungskriterium der „Interdisziplinären Zusammenarbeit“ wurde hinsichtlich erforderlicher Zusammenarbeit jene mit den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe aufgenommen.

**Zu § 21:**

Es wird ein neuer Absatz 3 eingeführt, in dem geregelt wird, dass es in der Ordination bzw. Gruppenpraxis ein strukturiertes Terminmanagementsystem geben muss und die Wartezeiten regelmäßig erhoben und gegebenenfalls Verbesserungen in die Wege geleitet werden, um möglichst kurze Aufenthalte im Wartezimmer zu ermöglichen. Der Prozess der Terminvergabe soll für die Patientinnen und Patienten transparent sein und die Verkürzung der Wartezeiten zugunsten der Patientinnen und Patienten unterstützen.

**Zu § 22:**

§ 22 wurde unverändert aus der QS-VO 2018 übernommen.

**Zu § 23:**

Das Evaluierungskriterium „Unerwünschte Ereignisse/Patientensicherheit“ hat sich bewährt und wurde unverändert beibehalten. Der Begriff des unerwünschten Ereignisses wurde in § 2 Z 15 definiert.

**Zu § 24:**

Das Evaluierungskriterium zum „Beschwerdemanagement“ wurde unverändert aus der QS-VO 2018 übernommen.

**Zu § 25:**

Jede Ordination und Gruppenpraxis hat entsprechend der ausgeübten Fachrichtung und ihrer Funktion über eine Grundausstattung zu verfügen, die in Abs. 1 beschrieben ist. Sie umfasst die Ausstattung für die Erhebung des klinischen Status (z.B. RR-Messgerät), die Ausstattung für Notfallmanagement, die Hilfsmittel zur Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht (EDV), die Kommunikationseinrichtung und das Ordinationsschild mit Nennung des ausgeübten Faches und der Erreichbarkeit.

Darüberhinaus hat die Ausstattung dem angebotenen Leistungsspektrum zu entsprechen. Es ist unerheblich, ob die Ordination als Erst- oder Zweitordination geführt wird. Im Falle des Fehlens einzelner Ausstattungsmerkmale ist dies zu begründen.

**Zu § 26:**

Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt, im Evaluierungszyklus der QS-VO 2023 wiederum den Fokus auf das Qualitätsmanagement zu legen. Das Evaluierungskriterium „Qualitätsmanagementaspekte“ wurde daher erweitert. Sofern nicht schon eine gesetzliche Verpflichtung zur Planung oder Umsetzung besteht, wird erhoben, ob freiwillig ein Qualitätsmanagement, die Teilnahme an Disease Management Programmen, die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Projekten/Aktivitäten zu Patientensicherheit und Risikomanagement, die Verwendung einer Arztpraxissoftware, die Teilnahme an Qualitätszirkeln, die Verwendung von Diagnosedokumentation inkl. einer entsprechenden Codierung sowie die Durchführung von Patientenbefragungen geplant oder umgesetzt sind.

Im Zielsteuerungsvertrag (2017-2021, Verlängerung 2022-2023) wurde festgehalten, dass eine strukturierte und kodierte elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentation (in allen Sektoren) eine wesentliche Grundlage für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen und die dafür erforderliche Qualitätsmessung darstellt. Das Operative Ziel 8 „Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“ beinhaltet auch eine Maßnahme zum Thema Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich. Aufbauend auf den Ergebnissen der Pilotprojekte soll eine organisatorische und rechtliche Vorbereitung und Einführung der sektorenübergreifenden codierten Diagnosedokumentation im gesamten ambulanten Bereich erfolgen.

Für eine verpflichtende Verwendung einer Diagnosedokumentation fehlt derzeit die gesetzliche Grundlage. Ohne diese wäre eine entsprechende Bestimmung von der Aufhebung wegen Gesetzwidrigkeit durch den Verfassungsgerichtshof bedroht. Im Rahmen der gesundheitspolitischen Diskussion auch innerhalb der Österreichischen

Ärztammer wird eine zeitnahe Neubewertung der Diagnosedokumentation stattfinden und auf Grundlage einer durch den Gesetzgeber zu erlassenden Normierung für eine stufenweise Einführung auch eine begleitende qualitätssichernde Evaluierung ins Auge gefasst. Dies entspricht der Verpflichtung der Österreichischen Ärztekammer, die QS-VO laufend weiter zu entwickeln und die Verordnung erforderlichenfalls auch vor Ablauf der Geltungsdauer anzupassen (vgl. § 118c Abs. 2 ÄrzteG 1998).

Die Beantwortung zu § 26 löst – in Übereinstimmung mit der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats – keinen Mangel aus, jedoch werden die aggregierten und anonymisierten Ergebnisse in den Qualitätsbericht aufgenommen (vgl. § 45 Abs. 2 Z 7).

#### **Zu §§ 27 bis 31:**

Die Bestimmungen der §§ 27 bis 31 haben sich bewährt und wurden unverändert übernommen. Die Methode der Selbstevaluierung ist ärztegesetzlich geregelt (vgl. § 118e Abs. 1 ÄrzteG 1998). Die Selbstevaluierung gemäß QS-VO ersetzt die Evaluierungspflichten im ArbeitnehmerInnenschutzrecht nicht.

#### **Zu § 32:**

Gemäß § 32 hat eine Validitätsprüfung durch stichprobenartige Vor-Ort-Besuche stattzufinden (vgl. § 118e Abs. 1 ÄrzteG 1998). Die Stichprobengröße bezogen auf einen Evaluierungszyklus wurde erhöht. Sie darf die Zahl 100 pro 1000 Ordinationen und Gruppenpraxen nicht unterschreiten. Die Höhe der Stichprobe wurde durch eine Empfehlung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz festgelegt.

#### **Zu § 33:**

Die Informationspflicht der ÖQMED gegenüber jenen Ärztinnen und Ärzten oder Gruppenpraxen, die in die Stichprobe fallen, wurde dahingehend verstärkt, als nun ausdrücklich geregelt ist, dass dies unverzüglich schriftlich zu erfolgen hat.

Die Terminvereinbarung zwischen der betroffenen Ärztin/dem betroffenen Arzt oder der betroffenen Gruppenpraxis und der/dem Qualitätsbeauftragten hat so zu erfolgen, dass der Vor-Ort-Besuch tunlichst innerhalb von sechs Wochen ab Versand der schriftlichen Verständigung durch die ÖQMED erfolgt. Eine Abweichung durch Verkürzung oder Verlängerung dieser sechswöchigen Frist ist in begründeten Ausnahmefällen zulässig. Beispielsweise wären persönliche Gründe für Abwesenheit der betroffenen Ärztin/des betroffenen Arztes oder organisatorische Gründe für die Verbindung mehrerer verschiedener Ordinationsbesuche durch den QS-Beauftragten zulässige Ausnahmefälle.

Im neuen Absatz 5 ist die Verpflichtung geregelt, dass der/dem Qualitätssicherungsbeauftragten Zugang zu allen Praxisräumlichkeiten zu gewähren ist.

Absatz 6 regelt die Verpflichtung zur Vorlage der erforderlichen Dokumentationen sowie der Vorbereitung von zwei vollständigen und anonymisierten Patientenakten. Nur in begründeten Ausnahmefällen sind weitere anonymisierte Patientenakten vorzulegen, wenn der Qualitätssicherungsbeauftragte dazu auffordert.

Die Regelungen zur Niederschrift und Wahrung des Parteiengehörs sind grundsätzlich unverändert (vgl. Abs. 7 und 8). Die/der Qualitätssicherungsbeauftragte hat das Protokoll binnen 14 Tagen an die ÖQMED zu übermitteln.

Eine Abschrift des Protokolls kann dann unterbleiben, wenn keine Abweichung von den Evaluierungskriterien festgestellt wurde. Über diese Feststellung hat die ÖQMED die ordinationsführende Ärztin/den ordinationsführenden Arzt entsprechend zu informieren.

#### **Zu § 34:**

Zur Verstärkung des Parteiengehörs wurde in Abs. 1 Z 2 die verpflichtende Berücksichtigung einer allfälligen Stellungnahme der Ärztin/des Arztes bzw. der Gruppenpraxis aufgenommen.

#### **Zu § 35:**

Diese Bestimmung wurde unverändert übernommen.

**Zu § 36:**

Durch einen neuen Absatz 6 wurde eine Regelungslücke geschlossen. Nunmehr ist ausdrücklich festgelegt, dass auch bei Feststellung von Mängeln, die im Zuge eines Vor-Ort-Besuches evident werden, und nicht Gegenstand der Mängelbehebungskontrolle waren, für das weitere Verfahren §§ 34, 35 Abs. 1 bis 3, 36 Abs. 2 bis 5 sinngemäß sowie § 46 Abs. 1 Z 2 anzuwenden sind.

**Zu § 37:**

Vor dem Hintergrund, dass eine unangekündigte Überprüfung einen massiven Eingriff im regulären Ordinationsbetrieb darstellen kann, wurde in Absatz 3 die Möglichkeit vorgesehen, diese negativen Auswirkungen zu minimieren, indem beim unangekündigten Vor-Ort-Besuch, vorausgesetzt, es wird nicht Gefahr in Verzug festgestellt, nur der konkrete Beschwerdeinhalt und Kriterien mit hoher Relevanz für die Patientensicherheit (z.B. Hygiene, Notfallausstattung, Feuerlöscher) geprüft werden. Die Gesamtevaluierung wird im Zuge eines angekündigten Folgebesuchs durchgeführt.

**Zu §§ 38 und 39:**

In den Absätzen 1 und 2 des § 38 wird der Ablauf bei der Erstellung des Protokolls über einen spezifischen Vor-Ort-Besuch geregelt, für den die Qualitätssicherungsbeauftragten auch die Stellungnahmen in ihren Protokollen zu berücksichtigen haben. In Abs. 4 wird eine Begriffsvereinheitlichung im Zusammenhang mit dem durch die Qualitätssicherungsbeauftragten zu erstellenden Protokoll vorgenommen.

§ 39 hat sich in seiner bisherigen Fassung bewährt und wurde unverändert übernommen.

**Zu §§ 40 - 44:**

Die §§ 40 – 44 regeln den Abschluss des Qualitätssicherungsverfahrens, das Qualitätszertifikat sowie das Qualitätsregister. Sie haben sich bewährt und wurden unverändert aus der QS-VO 2018 übernommen.

Die Empfehlung des Rechnungshofs, im Qualitätszertifikat auszuweisen, ob ein Vor-Ort-Besuch stattgefunden hat oder ob ausschließlich die Selbstevaluierung Grundlage des Ergebnisses des Evaluierungsprozesses war, wurde im Wissenschaftlichen Beirat umfassend und lange diskutiert; abschließend wurde einstimmig beschlossen, diese Empfehlung nicht umzusetzen, weil bei den Patientinnen und Patienten nicht der unrichtige Eindruck entstehen soll, dass eine durch einen Qualitätssicherungsbeauftragten evaluierte Ordination bessere Qualität anbietet als jene, die ohne Vor-Ort-Besuch die Evaluierung abgeschlossen haben. Ein Vor-Ort-Besuch erfolgt nämlich – außer im Anlassfall durch Beschwerde – aufgrund einer randomisierten Ziehung zur Validitätsprüfung oder für die Kontrolle einer Mängelbehebung. Beide Fälle sind vom Betreiber der Ordination oder Gruppenpraxis nicht beeinflussbar.

Die Bestimmungen des Abschnitts 7 zum Qualitätsregister wurden unverändert übernommen.

**Zu § 45**

Die Regelungen zum Qualitätsbericht ärztlicher Ordinationen und Gruppenpraxen wurden dahingehend ergänzt, dass die ÖQMED auch eine Berichtspflicht hinsichtlich der Teilnahme an Qualitätszirkeln trifft (vgl. Abs. 3 Z 11). Dies umfasst beispielsweise auch die Qualitätszirkel zu A-OQI. Der Qualitätsbericht sowie allfällige Teilberichte sind auch an die Landeshauptleute zu übermitteln (vgl. Abs. 5).

**Zu § 46:**

§ 46 wurde, abgesehen von einer redaktionellen Anpassung, unverändert übernommen.

**Zu § 47:**

Das Inkrafttreten ist für den 1. Jänner 2023 geregelt. Die Geltungsdauer von einem Jahr trägt der Bestimmung des § 245 Abs. 7 ÄrzteG 1998 Rechnung, wonach ab dem 1. Jänner 2024 die in § 117c Abs. 1 Z 4 geregelten Aufgaben der Österreichischen Ärztekammer von der zuständigen Bundesministerin/vom zuständigen Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wahrzunehmen sind.