



An das

Bundesministerium für
Gesundheit, Familie und Jugend

Radetzkystraße 2
1031 Wien

sylvia.fueszl@bmgfi.gv.at
begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at

Wien, 4. 9. 2007
Dr.S/gh

Betrifft: GZ. BMGFJ-92601/0011-I/B/8/2007
Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten;
Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer nimmt zu dem im Betreff genannten Entwurf wie folgt Stellung:

1. Zu § 2a KAKuG idF des Entwurfes

In § 2a KAKuG gehört der Begriff „Einrichtungen für Zahnheilkunde“ durch „Einrichtungen für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie“ ersetzt. Damit wird sowohl den Patientenanforderungen, als auch den realen Gegebenheiten Rechnung getragen. Auch die Praxis in z.B. Oberösterreich bestätigt dies: In Oberösterreich z.B. sind alle derartigen Stellen (Seyr, Vöcklabruck, Braunau und Ried) mit Fachärzten für MKG-Chirurgie besetzt. Zahnärztliche Schmerzbehandlungen sind nicht einmal von der Zahl her von Relevanz und beschränken sich auf Einzelfälle.

Bereits seit 1973 bemühen sich Univ.Prof. Dr. Fries und in der Folge die Herren Professoren Gattinger und Rasse, dies den Verantwortlichen darzulegen und dieses Problem endlich im Sinne der Patienten zu lösen. Das Fach Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ist seit der Änderung des Ärztegesetzes im Jahr 1998 ein eigenes medizinisches Sonderfach, das die Doppelapprobation als Arzt und Zahnarzt erfordert. Nur mit dieser Gesamtausbildung kann man den Anforderungen eines Schwerpunktkrankenhauses gerecht werden.

Folgende praxisrelevante Beispiele verdeutlichen diesen Handlungsbedarf:

A. Behandlung von Entzündungen

Von den Zähnen ausgehende Entzündungen, wie das Absterben des Zahnnervs und die Ausbreitung der Entzündung in die nähere Umgebung werden vom Zahnarzt in seiner Ordination behandelt und sind im Regelfall nicht Tätigkeit in einem Krankenhaus. Kommt es zu einer weiteren Ausbreitung dieser Entzündung, so dass eine stationäre Behandlung notwendig ist, wird diese stationäre Behandlung mangels Fachkenntnis nicht mehr vom Zahnarzt durchgeführt. So ist das Aufschneiden von Abszessen, etwa unterhalb des Unterkiefers oder an Hals und Schläfe, in der zahnärztlichen Ausbildung nicht vorgesehen. Auch reichen die diagnostischen Kenntnisse von Zahnärzten für eine Behandlung bei einer derartigen Ausbreitung nicht aus. Die Patienten werden daher von den Zahnärzten an chirurgische Abteilungen oder an HNO-Abteilungen überwiesen und von diesen dann an den konsiliarisch tätigen Facharzt für MKG-Chirurgie weitergeleitet.

B. Verletzungen

Der Zahnarzt lernt in seiner Ausbildung die Diagnose und Therapie von Zahnverletzungen (Abbruch, Lockerung). Sobald aber die Verletzungen über den Zahn hinausgehen und angrenzende zahntragende Knochenteile oder gar die Durchtrennung von Knochen im Sinne eines Kieferbruches betreffen, ist der Zahnarzt wiederum von seiner Ausbildung her nicht in der Lage, die notwendigen therapeutischen Schritte vorzunehmen. Unfallchirurgische Abteilungen oder HNO-Abteilungen verweisen den Patienten dann wieder an den Konsiliar-Facharzt für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie zur weiteren Therapie.

Die Notwendigkeit derartiger Konsiliar-Einrichtungen ist daher überall dort gegeben, wo es große unfallchirurgische Abteilungen gibt, die die restliche Therapie in jedem Fall selbständig vornehmen können.

C. Fehlbildungen

In Schwerpunktkrankenanstalten sind geburtshilfliche Abteilungen zu führen, an denen immer wieder Neugeborene mit Fehlbildungen zu untersuchen sind und gegebenenfalls auch eine Erstbehandlung vorzunehmen ist. Der Facharzt für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie ist dafür ausgebildet, diese Fehlbildungen zu erkennen und zu behandeln, konservative Erstmaßnahmen zu setzen und mit den Eltern ein entsprechendes Aufklärungsgespräch über das weitere Vorgehen zu führen, sowie die weitere Therapie zu veranlassen. Der Zahnarzt ist dafür nicht ausgebildet und kann derartige Anforderungen daher nicht erfüllen.

Weitere Beispiele aus dem Bereich der erweiterten zahnärztlichen Chirurgie oder der Tumordiagnostik und Therapie sind jederzeit vorlegbar.

Der Facharzt für MKG-Chirurgie soll an Schwerpunktkrankenanstalten die soeben beschriebenen Maßnahmen setzen!

Daher gehört der Begriff „Einrichtungen für Zahnheilkunde“ durch „Einrichtungen für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie“ ersetzt.

Eine Vermehrung von mkg-chirurgischen Abteilungen ist damit nicht angestrebt. Damit sind auch Gegenargumente finanzieller Natur nicht zutreffend. Für einen Krankenhausrechtsträger ist es hinsichtlich der Kosten irrelevant, welcher Fachgruppe etwa ein Konsiliarfacharzt zuzuordnen ist. Wenn aus Gründen der Krankenhausstruktur, der geografischen Situation und der fachlichen Notwendigkeit eine begrenzte Ausweitung dieser Tätigkeit erforderlich ist, so ist dies ohnehin dem Rechtsträger einer Krankenanstalt überlassen und beeinträchtigt daher auch nicht den Gesamtrahmen einer gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung oder von Länderinteressen.

Da der Facharzt für MKG-Chirurgie auch eine zahnärztliche Ausbildung abgeschlossen haben muss, kann er gegebenenfalls im Krankenhaus auftretende zahnärztliche Probleme behandeln (Schmerzen, prothetische Probleme im Sinne von Reparatur- oder Korrekturmaßnahmen), was vice versa gerade nicht möglich ist!

Es ist für die Fachgruppe MKG-Chirurgie der ÖÄK diesfalls ohne Belang, ob für diese zahnärztlichen Tätigkeiten extra ein zahnärztlicher Kollege beschäftigt wird oder ob dies vom jeweiligen MKG-Chirurgen mit erledigt wird. Die Erfahrung zeigt, dass es sich dabei um äußerst geringe Fallzahlen handelt.

2. Zu § 7 Abs 1, § 7 Abs 2, § 7 Abs 3, § 7 Abs 4, § 7 Abs 5 und § 8 Abs 1 Z 3 sowie § 10 Abs 3 Z 1 KAKuG idF des Entwurfes

In § 7 Abs 1, § 7 Abs 2, § 7 Abs 3, § 7 Abs 4, § 7 Abs 5 und in § 8 Abs 1 Z 3 sowie in § 10 Abs 3 Z 1 erscheint es weder notwendig, noch geboten oder sinnvoll, Exklusiv-Positionen für Zahnärzte zu schaffen. Diese Tätigkeiten können – siehe Punkt 1 – selbstverständlich auch von Fachärzten für MKG durchgeführt werden. Der vorliegende Entwurf schränkt daher den Tätigkeitsbereich von Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in unsachlicher und höchst diskriminierender Weise zugunsten von Zahnärzten ein. Dies muss geändert werden !

Daher sind § 7 Abs 1, § 7 Abs 2, § 7 Abs 3, § 7 Abs 4, § 7 Abs 5 und in § 8 Abs 1 Z 3 sowie in § 10 Abs 3 Z 1 jeweils um Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu ergänzen.

3. Zu § 10 Abs 1 Z 4 KAKuG idF des Entwurfes

Die Formulierung des § 10 Abs 1 Z 4 KAKuG steht sowohl mit dem restlichen KAKuG (siehe die korrekt vorgeschlagene Fassung des § 24 KAKuG „... nach Entscheidung des Pfleglings“) als auch insbesondere mit dem Ärztegesetz im Widerspruch, da gegen den Grundsatz der Verschwiegenheitspflicht gravierend verstoßen wird. Die Weitergabe einer Kopie der Krankengeschichte muss mit der Zustimmung des Patienten verbunden sein, da widrigenfalls ein Verstoß gegen die Verschwiegenheitspflicht vorliegt. Dieser Grundsatz ist auch auf nur Teile der Krankengeschichte anzuwenden.

Eine Übermittlung der Krankengeschichte an andere externe Ärzte und Zahnärzten muss an die Zustimmung des Patienten gebunden sein (Zustimmungsprinzip) und kann nicht mittels einer bloßen Widerspruchsregelung gelöst werden.

In § 10 Abs 1 Z 4 ist daher die Widerspruchsmöglichkeit des Patienten durch eine Zustimmungspflicht des Patienten zu ersetzen.

4. Zu § 22 Abs 6 KAKuG idF des Entwurfes

§ 22 Abs 6 KAKuG idF des Entwurfes ermöglicht die Übermittlung von Daten auf Verlangen der privaten Versicherungen zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem jeweiligen Aufenthalt. Dieser Absatz ist zum Einen dahingehend zu erweitern, dass auch die Übermittlung von Daten an die jeweiligen Schlichtungsstellen, die in den einzelnen Landesärztekammern eingerichtet sind, um z.B. Abrechnungsprobleme zu klären, möglich ist. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass dies in einigen Bundesländern bereits jetzt so durchgeführt wird. Diese bewährte Vorgehensweise sollte rechtlich abgesichert sein.

Auch für § 22 Abs 6 KAKuG idF des Entwurfes muss aber der Grundsatz gelten, dass Datenübermittlungen nur und erst nach entsprechender Zustimmung des Patienten zulässig sind. Andernfalls ist weder der Datenschutz gewahrt, noch die Verschwiegenheitspflicht eingehalten. Der Patient sollte weiters eine Kopie jener Unterlagen erhalten, die die Krankenanstalt der privaten Versicherung über ihn übermittelt hat.

5. Zu § 24 Abs 2 KAKuG idF des Entwurfes

Der Entlassungsbrief soll laut § 24 Abs 2 nicht mehr nur die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe enthalten, sondern die für eine allfällige weitere ärztliche, zahnärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseure enthalten.

Wir schlagen dazu eine Klarstellung vor, dass dieser Entlassungsbrief weiterhin von einem Arzt oder Zahnarzt ausgestellt (das bedeutet keine Verpflichtung, diesen auch selbst zu schreiben!) wird, damit die beschriebenen Inhalte nicht isoliert, sondern in koordinierter Weise angeführt werden.

6. Zu §§ 62d und 62e KAKuG idF des Entwurfes

Regelung über Organspenden haben sowohl der Rechtssicherheit, als auch der Praxisrelevanz zu entsprechen. Eine besondere Komponente kommt hierbei dem Faktor

Zeit zu. Daher ist sicherzustellen, dass dieses Widerspruchsregister 24h pro Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage pro Jahr abfragbar ist.

7. Krankenanstaltengesetzliche Umsetzung des Turnusärzte-Tätigkeitsprofils

Weiters fordert die Österreichische Ärztekammer die bereits mehrfach von der Politik zugesagte Umsetzung des Turnusärzte-Tätigkeitsprofils im Krankenanstaltenrecht.

Wir ersuchen um Umsetzung im Zuge der vorliegenden Novelle.

Mit freundlichen Grüßen



MR Dr. Walter Dorner
Präsident