



Amtssigniert, SID2018111033652  
Informationen unter: [amtssignatur.tirol.gv.at](http://amtssignatur.tirol.gv.at)

**Dr. Reinhard Biechl**

An das  
Bundesministerium für  
Arbeit, Soziales, Gesundheit und  
Konsumentenschutz

Telefon 0512/508-2213  
Fax 0512/508-742205  
[verfassungsdienst@tirol.gv.at](mailto:verfassungsdienst@tirol.gv.at)

[p.a. sandra.wenda@sozialministerium.at](mailto:p.a.sandra.wenda@sozialministerium.at)  
[barbara.lunzer@sozialministerium.at](mailto:barbara.lunzer@sozialministerium.at)

---

**ÄrzteG-Novelle 2018;  
Stellungnahme**

Geschäftszahl – bei Antworten bitte angeben

VD-387/373-2018

Innsbruck, 05.11.2018

Zu GZ BMASGK-92101/0020-IX/A/3/2018 vom 9. Oktober 2018

Zum übersandten Entwurf einer ÄrzteG-Novelle 2018 wird folgende Stellungnahme abgegeben:

**Zu Art. 1 (Änderung des Ärztegesetzes 1998):**

**Zu Z 1 (§ 2 Abs. 2):**

Den in den Erläuterungen angeführten Überlegungen, dass sich unprofessionelle heilkundliche Angebote, die regelmäßig auch gesundheitsgefährdend sein können, einer behördlichen Steuerung durch Verhängung von Verwaltungsstrafen entziehen und dem strafrechtlichen Delikt der Kurpfuscherei ein erheblicher Anwendungsbereich entzogen werden soll, kann durchaus gefolgt werden. Allerdings werden größte Bedenken dahingehend geäußert, dass durch die (explizite) Erweiterung des Arztvorbehalts um komplementär- bzw. alternativmedizinische Heilverfahren eben diese Methoden gegenüber der evidenzbasierten Medizin eine Aufwertung erfahren, die nicht gerechtfertigt ist.

Heilverfahren und Methoden der Komplementär- und Alternativmedizin sind nach wie vor nicht eindeutig definiert, eine genaue Zuordnung ob der Vielfalt fehlt. Allen Methoden gemeinsam ist jedenfalls die fehlende wissenschaftliche Evidenz. Lediglich die Akupunktur aus dem Bereich der TCM (traditionelle chinesische Medizin) und einzelne Heilverfahren sind „anerkannte Methoden der medizinischen Wissenschaft“, d.h., sie verfügen über ein Mindestmaß an Rationalität und sind wissenschaftlich fundiert. Aufgrund des Fehlens des expliziten Ausschlusses komplementärmedizinischer Methoden und Heilmittel war es auch bislang schon möglich, dass Ärzte in Krankenanstalten alternativ- oder komplementärmedizinische Behandlungsmethoden auf Basis medizinischen Wissens und unter Einhaltung wissenschaftlicher Methoden ohne Gesundheitsgefährdung des Patienten anwenden konnten.

Da nach wie vor nicht klar definiert ist, was unter komplementär- bzw. alternativmedizinischen Methoden bzw. Heilverfahren zu verstehen ist, bedarf es zunächst einer entsprechenden Klarstellung. Die hier

angedachte „Erweiterung“ des Ärztevorbehalts durch die explizite Erwähnung ebendieser Methoden verfehlt schlichtweg ihren Zweck, da schon bisher für alle Heilbehandlungen ein Ärztevorbehalt galt.

Zu Z 5 (§ 15 Abs. 1):

Es könnte angedacht werden, aus Gründen der Vollständigkeit auch die Spezialisierungsdiplome in den § 15 (neu) aufzunehmen. Damit wären auch diese gesetzlich verankert.

Zu Z 7 (§ 31 Abs. 3 Z 3):

Die Worte „erworben haben“ sollten durch das Wort „besitzen“ ersetzt werden, da die notärztliche Qualifikation zum Einsatzzeitpunkt jedenfalls aufrecht bestehen sollte.

Zu Z 8 (§ 40):

a) Im Abs. 2 sollten in der lit. a das Wort „Intubation“ durch das Wort „Atemwegssicherung“ ersetzt werden, in der lit. b dem Wort „Intensivbehandlung“ die Worte „Anästhesie und“ vorangestellt werden und in der lit. f nach dem Wort „sowie“ die Wortfolge „der Neurologie und“ eingefügt werden, um möglichst konform mit der ÄAO 2015 zu gehen.

b) Im Abs. 5 sollte die Z 2 ersatzlos entfallen. Dies aus folgenden Überlegungen:

aa) Ausbildungsassistenten und -assistentinnen sollten die Facharztprüfung sinnvollerweise zu einem möglichst späten Zeitpunkt absolvieren, d.h., nach dem Erwerb umfassender Kenntnisse im Hauptfach. Bereits jetzt ist in manchen Fächern erkennbar, dass zu früh zur Facharztprüfung angetreten wird, mit allen negativen Konsequenzen. Dieser Trend würde durch diese Bestimmung verstärkt.

bb) Die fachlichen Inhalte vieler Sonderfächer qualifizieren in keiner Weise für die Notfallmedizin. Sie stehen, von einzelnen fachspezifischen Teilbereichen abgesehen, auch nicht in erkennbarem Zusammenhang mit der Notfallmedizin (z.B. Radiologie, Dermatologie, Gynäkologie ...). Das Erfordernis oder der Mehrwert einer positiv absolvierten Facharztprüfung für die Tätigkeit als Notarzt ist daher inhaltlich nicht nachvollziehbar.

cc) Der Erwerb der erforderlichen notfallmedizinischen Kompetenzen wird anderweitig nachgewiesen und dokumentiert (Curriculum klinischer Kompetenzen, absolviertes Notarztkurs mit positiver Abschlussprüfung, Lehreinsätze, Freigabe durch Leiter/Leiterin Notarzdienst).

dd) Schlussendlich führte die Beibehaltung dieser Bestimmung zu einer Verschiebung der Möglichkeit zu notärztlicher Tätigkeit von 36 auf frühestens 45 Monate der postpromotionellen Tätigkeit, was den bestehenden Mangel an geeigneten Notärzten verschärfen würde.

c) Offen bleibt, ob eine, wie im Abs. 8 verlangt, nicht oder nicht rechtzeitig besuchte Fortbildungsveranstaltung zum Verlust der Berechtigung zur Ausübung notärztlicher Tätigkeiten führt, da weder in dieser Bestimmung noch im § 40b entsprechende Konsequenzen vorgesehen sind und auch § 117c Abs. 1 Z 8 nicht eindeutig zu dieser Fragestellung Bezug nimmt.

Zu Z 9 (§§ 40a und 40b):

a) Im Abs. 3 des § 40a sollte vorgesehen werden, dass die Schutzkleidung nur „im Einsatz“ zu tragen ist. Weiters sollte die im derzeit geltenden § 40 Abs. 9 enthaltene Weisungsbefugnis ebenfalls in diese Bestimmung aufgenommen werden.

b) Im § 40b sollten in der lit. a der Z 3 nach dem Wort „Großeinsatzfälle“ die Worte „und Katastrophenmedizin“ eingefügt werden.

Zu Z 11 (§ 47a):

Die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten bei Ärzten wird im Hinblick auf die erforderliche Stabilisierung und Stärkung des extramuralen Bereiches grundsätzlich befürwortet. Es muss jedoch diese Regelung im Zusammenhang mit zahlreichen damit im Zusammenhang stehenden weiteren Problemfeldern gesehen werden, wie insbesondere die in der Praxis noch schwieriger vorzunehmende Abgrenzung zwischen selbstständigen Ambulatorien (Kompetenzbereich Heil- und Pflegeanstalten), Gruppenpraxen und Ordinationen (Kompetenzbereich Gesundheitswesen). Im Zug der laufenden Verhandlungen zu einer Kompetenzbereinigung im Krankenanstaltenrecht sollte die Frage geklärt werden, inwieweit unterschiedliche anlagenrechtliche Regelungen für vergleichbare Organisations- und Versorgungsformen (Gruppenpraxen einerseits, selbstständige Ambulatorien andererseits) aufrecht erhalten werden können. Wenn nun durch die gegenständliche Regelung die Abgrenzung und Unterscheidbarkeit zum selbstständigen Ambulatorium erschwert wird, stellt sich die Frage, ob nicht eine einheitliche Regelung für ambulante Organisations- und Versorgungsformen erfolgen sollte.

Offen sind auch die Folgen der Nichteinhaltung dieser Bestimmung, wie sie etwa bei Anstellung von zwei Vollzeitäquivalenten gegeben wäre. Diesbezüglich wird die Aufnahme einer entsprechenden Strafbestimmung in den Entwurf angeregt, um deren Nichteinhaltung sanktionieren zu können und damit das Vorliegen einer lex imperfecta zu vermeiden. Es wird nämlich nicht davon auszugehen sein, dass bei Überschreitung des einzigen zulässigen Vollzeitäquivalentes unmittelbar eine Krankenanstalt vorliegt.

Zu Z 17 (§ 199 Abs. 1):

Im ersten Satz des § 199 Abs. 1 sollte das Zitat statt „§ 2 Abs. 1 Z 1 bis 8“ richtigerweise „§ 2 Abs. 2 Z 1 bis 8“ lauten.

Die gegenständliche Begutachtung wird neuerdings zum Anlass genommen, auf Folgendes hinzuweisen:

a) Zum „Turnusärztepooling“:

Diesbezüglich wird festgestellt, dass die Thematik „Turnusärztepooling“ trotz mehrmaliger Forderung der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz im vorliegenden Entwurf nicht berücksichtigt wurde.

Es wird daher wiederum gefordert, die §§ 7 Abs. 3 und 8 Abs. 2 Ärztegesetz 1998 dahingehend zu ändern, dass praxisgerechte und flexible Möglichkeiten für den Einsatz von Turnusärzten im Nacht-, Feiertags- und Wochenenddienst geschaffen werden. Die gegenwärtige Bestimmung, wonach eine abteilungs- oder organisationseinheitsübergreifende Tätigkeit in Ambulanzen unzulässig ist, ist praxisfremd und daher zu streichen. Gerade im Rahmen von interdisziplinären bzw. Notfallambulanzen ist diese fachübergreifende Tätigkeit sehr wesentlich. Die Bettenobergrenzen von 60 Betten (Tätigwerden in zwei Organisationseinheiten) bzw. 45 Betten (Tätigwerden in drei Organisationseinheiten) sollten nicht starr sein, sondern flexibel nach oben verschiebbar.

Auch sollte die Notwendigkeit der fachärztlichen Anwesenheit in der Form präzisiert werden, dass ein verantwortlicher Arzt am Standort der Krankenanstalt anwesend sein muss. Darüber hinaus muss die Möglichkeit der Einrichtung von Rufbereitschaften weiterhin zulässig sein.

**b) Zu § 43:**

Die Regelung des Abs. 7 (siehe Art. 1 Z 10 des vorliegenden Entwurfes) wird zum Anlass genommen, neuerdings auf eine weitere Anpassung des § 43 Abs. 5 zu drängen. Nach dieser Bestimmung dürfen insbesondere Fachärzte, die in einer Krankenanstalt dauernd mit der ärztlichen Leitung einer Abteilung, die 15 systemisierte Betten aufweist, beauftragt sind, den Titel Primararzt führen. Diese Regelung, die ausschließlich auf die Organisationsform Abteilung abstellt, trägt Novellierungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes im Zusammenhang mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit nicht Rechnung. Im Rahmen von reduzierten Organisationsformen wurden etwa Departments bzw. Fachschwerpunkte vorgesehen, denen teilweise aufgrund der Bedarfssituation in der jeweiligen Region im Rahmen der Krankenanstaltenplanung eine geringere Bettenzahl als 15 zugeordnet wurde. In der Praxis ist es in Tirol auch bereits vorgekommen, dass sich der vormalige als Primar bezeichnete Leiter einer Abteilung mit 15 Betten nach bedarfsspezifischer Umwandlung der Abteilung in einen Fachschwerpunkt mit 14 Betten nicht mehr Primararzt nennen durfte. Seitens des leitenden Arztes, der in der Folge den identen Versorgungsauftrag mit dem identen Team geführt hat, wurde diese Konsequenz als „Abwertung“ seines Tätigkeitsbereiches empfunden.

Um derartige Differenzierungen zu vermeiden und eine Anpassung des Ärztegesetzes 1998 an die Entwicklungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes vorzunehmen, wird daher angeregt, den § 43 Abs. 5 in der Form abzuändern, dass auf die Leitung einer bettenführenden Organisationseinheit im Sinne des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes abgestellt wird.

Eine Ausfertigung dieser Stellungnahme wird unter einem auch dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Für die Landesregierung:

Dr. Liener  
Landesamtsdirektor

Abschriftlich

An  
die Abteilungen

Gesundheitsrecht und Krankenanstalten zur E-Mail vom 7. Nov. 2018  
Landessanitätsdirektion zu Zl. LSD-E-5/2/13-2018 vom 24. Okt. 2018

---

zur gefälligen Kenntnisnahme übersandt.