

20/SN-324/ME

# ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Mitglied der World Medical Association

Präsidium des Nationalrates

Dr. Karl Renner-Ring 3  
1010 Wien

Neue Tel. Nr.: 514 06-0

Fax. Nr.: 514 06 42

WIEN, I.,  
WEIHBURGGASSE 10 - 12

POSTANSCHRIFT:  
POSTFACH 213  
1011 WIEN

RECHTS-ABTEILUNG  
Zi. 54 GE/9/90  
Datum: 24. OKT. 1990  
Verteilt: 24.10.90 [Signature]

[Handwritten signature]

Unser Zeichen

Ihr Schreiben vom

Ihr Zeichen

Wien

Dr. D/Ka

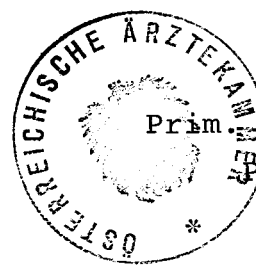
18. Oktober 1990

Betrifft:

Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer zum Entwurf einer Novelle zum Krankenanstalten-Grundsatzgesetz

Die Österreichische Ärztekammer erlaubt sich in der Beilage 25 Auswertigungen ihrer Stellungnahme zu o. a. Gesetzesentwurf zu übersenden.

Mit vorzüglicher Hochachtung



[Handwritten signature]  
Prim. Dr. M. Neumann  
Präsident

Beilagen

**ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER**

WIEN I, WEIHBURGGASSE 10-12 · 512 69 44

POSTLEITZAHL 1011, POSTFACH 213

DVR: 0057746

Neue Tel. Nr.: 514 06-0

Fax. Nr.: 514 06 42

Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer zum Entwurf einer Novelle zum Krankenanstalten-Grundsatzgesetz:

Die Österreichische Ärztekammer begrüßt grundsätzlich das Vorhaben des Bundesgesetzgebers das Bundes-Krankenanstaltengesetz zu novellieren, zumal im Zusammenhang mit den Ereignissen in Lainz auch Mängel in der Krankenanstalten-Gesetzgebung aufgezeigt wurden.

Zum vorliegenden Entwurf ist jedoch festzustellen, daß wesentliche und heikle Teilbereiche, wie z. B. die Regelung der kollegialen Führung vollkommen von einer Neuregelung ausgeklammert sind. Die Österreichische Ärztekammer darf hier nochmals ihren Standpunkt kundtun, daß es bei völliger Gleichstellung der einzelnen Mitglieder der kollegialen Führung nie eine wirkliche Letztverantwortung geben kann. Nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer kann daher kein Weg an der Festlegung einer letzten Entscheidungsbefugnis des ärztlichen Leiters vorbeiführen. Zur Einführung der Supervision für das Personal, sowie zur Schaffung der Möglichkeit einer psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung ist seitens der Österreichischen Ärztekammer festzuhalten, daß dies grundsätzlich für sinnvoll erachtet wird. Dabei ist aber nach unserer Auffassung unbedingt die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten zu fordern, wobei die letzte Entscheidungskompetenz im Falle divergenter Therapieansätze jedenfalls der ärztlichen Leitung zuzuerkennen sind.

Im einzelnen erlaubt sich die Österreichische Ärztekammer folgende Stellungnahme abzugeben:

Zu § 2a Abs. 1 lit.a und lit.b:

Grundsätzlich ist die Forderung nach Vertretung des Konsiliarfacharztes durch einen in gleicher Weise qualifizierten Facharzt zu unterstützen.

Die Österreichische Ärztekammer darf jedoch auf die reale Situation hinweisen, wonach es vor allem in Krankenanstalten außerhalb der Ballungszentren vielfach nur schwer möglich ist einen Konsiliarfacharzt zu gewinnen. Umso schwieriger ist es in diesen Regionen einen entsprechenden Vertreter im Falle der Abwesenheit zu finden.

Zu § 3 Abs. 4:

Im Verfahren zur Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums ist die zuständige Ärztekammer zu hören, sofern nicht § 3 b Abs. 1 anzuwenden ist. § 3 b Abs. 1 regelt nun das Ambulatoriumserrichtungsbewilligungsverfahren bei Krankenversicherungsträgern als Antragsteller. Teil dieses Verfahrens ist das Einvernehmen zwischen Krankenversicherungsträger und der zuständigen Ärztekammer. Aus dem Zitat im § 3 Abs. 4 (§ 3 b Abs. 1) könnte nun geschlossen werden, daß die zuständige Ärztekammer von der Behörde dann nicht mehr zu hören ist, wenn das Einvernehmen hergestellt ist, aber auch dann nicht, wenn kein Einvernehmen zustande kommt.

Es wäre verständlich, daß die Ärztekammer nicht zu hören ist, wenn sie gegenüber dem Antragsteller (der Krankenversicherung) zustimmt. Die Österreichische Ärztekammer besteht aber weiterhin auf dem Recht in jenen Fällen zum Bedarf gehört zu werden, in denen kein Einvernehmen mit dem Krankenversicherungsträger zustande gekommen ist.

In diesem Zusammenhang erlaubt sich die Österreichische Ärztekammer nochmals darauf hinzuweisen, daß § 3b Abs. 1 eine nicht einsehbare Bevorzugung der Krankenversicherungsträger beinhaltet. Nach unserer Ansicht ist es unverständlich, daß bei Krankenversicherungsträgern nur Ambulatorien einer Errichtungsbewilligung bedürfen, andere (stationäre) Krankenanstalten jedoch nicht. Dies verwundert umso mehr, als die Führung von Krankenanstalten durchaus nicht als unmittelbare und primäre Aufgabe der Krankenversicherungsträger bezeichnet werden kann. Die Österreichische Ärztekammer schlägt daher eine entsprechende Novellierung des Bundes-Krankenanstaltengesetzes vor.

Zu § 4 Abs. 1:

Die vorgesehene Erweiterung der meldepflichtigen Änderungen (apparative Ausstattung, Leistungsangebot) ist dem Grunde nach sicherlich zu unterstützen.

Andererseits muß auch bedacht werden, daß gerade eine allgemeine Formulierung wie "apparative Ausstattung" oder auch "Leistungsangebot" zu Interpretationsschwierigkeiten führen kann und wahrscheinlich auch unzulässige Erschwernisse des Krankenhausbetriebes bringen wird. Eine derartig undefinierte Erweiterung der Meldeverpflichtung trägt nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer jedenfalls die akute Gefahr der Nichteinhaltung in sich und wäre daher entsprechend zu überdenken.

Zu § 4 Abs. 3:

Um sicherzustellen, daß die Rechte der Kammer (§ 3 b) auch für den Fall einer wesentlichen baulichen oder apparativen Änderung eines Ambulatoriums von Krankenversicherungsträgern gelten, ist hier nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer eine entsprechende Ergänzung zu fordern:

"Für die Erwerbung oder Erweiterung sowie wesentliche bauliche oder apparative Änderung eines Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers ist § 3 b sinngemäß anzuwenden."

Zu § 7 Abs. 1:

Die Position eines hauptberuflichen ärztlichen Direktors ist grundsätzlich zu begrüßen. Es sollte jedoch, unvorgreiflich einer landesgesetzlichen Regelung, sichergestellt werden, daß der Leiter des ärztlichen Dienstes nicht über längere Zeit den Kontakt zur direkten Patientenversorgung verliert.

Zu § 8 Abs. 1:

Diese Bestimmung enthält die Forderung der Österreichischen Ärztekammer nach Einführung eines sogenannten "Stationsarztes".

Die Österreichische Ärztekammer forderte die Einführung eines Stationsarztes, worunter immer ein fertig ausgebildeter praktischer Arzt verstanden wurde, speziell an Abteilungen mit Operationstätigkeit. Dies deshalb, da an diesen Abteilungen die Fachärzte relativ viel Zeit für die Durchführung von Operationen aufzuwenden haben und in dieser Zeit die Stationen überlicherweise ärztlich eher unterbesetzt sind.

Zur postoperativen Betreuung der Patienten sowie zur Überwachung des Heilungsverlaufes könnten nach Auffassung der Österreichischen Ärztekammer Stationsärzte, Ärzte mit ius practicandi, eingesetzt werden, da zu diesen ärztlichen Tätigkeiten regelmäßig Spezialisten nicht unbedingt erforderlich sind.

Klarzustellen ist dabei, daß Gespräche zur Vorbereitung des Patienten auf Operationen, Aufklärungsgespräche mit dem Patienten auch weiterhin unbedingt vom Facharzt durchzuführen sind.

Sinn der von der Österreichischen Ärztekammer vorgeschlagenen "Stationsarzt-Regelung" war es vor allem, das fachärztliche Personal auch zum Wohle des Patienten im Stationsbetrieb zu entlasten bzw. zu unterstützen. Dies alles jedoch unter Aufrechterhaltung des Grundsatzes, daß jedenfalls fachärztliche Hilfe an jeder Abteilung einer Krankenanstalt jederzeit gewährleistet sein muß.

Die nunmehr im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Regelung wird im Sinne dieser Ausführungen von der Österreichischen Ärztekammer abgelehnt.

Die Österreichische Ärztekammer unterstützt durchaus die Forderung, daß den Ärzten in Krankenanstalten Gelegenheit gegeben werden muß, ihrer schon aus dem Ärztegesetz ableitbaren Fortbildungsverpflichtung nachzukommen.

Wir dürfen aber gleichzeitig darauf hinweisen, daß diese Bestimmung des Bundes-Krankenanstaltengesetzes zu einer Vermehrung des Kaderpersonales in Krankenanstalten führen muß, da ansonsten die fachärztliche Versorgung der Abteilungen während der Zeiten von Fortbildungsveranstaltungen nicht aufrechterhalten werden könnte.

Wir dürfen nochmals feststellen, daß Fachärzte keinesfalls durch Turnusärzte ersetzt werden können.

Darüber hinaus könnte man bei Vergleich der Bestimmungen des § 8 Abs. 1 und des § 11 c zu der Auffassung gelangen, daß gemeint ist, Ärzte hätten selbst und auf eigene Kosten für ihre Fortbildung zu sorgen, während für nichtärztliches Personal der Krankenanstaltenträger die Fortbildung zu gewährleisten hätte.

Zu § 8 c:

Die erläuternden Bemerkungen zu dieser Bestimmung ordnen der Kommission für die klinische Prüfung von Arzneimitteln und von medizinischen Geräten oder Bedarfsartikeln auch damit zusammenhängende Prüfungen neuer medizinischer Methoden zu. Ausdrücklich wird dazu festgestellt, daß sich die Kommission auch mit solchen neuen Methoden zu befassen hat, wobei eine strenge Abwägung der Erfolgsaussichten vorzunehmen sei. Der Text des § 8 c Zi. 2 ist allerdings nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer so eindeutig eingeschränkt auf die klinische Prüfung von medizinischen Geräten und Bedarfsartikeln, daß für die Prüfung neuer medizinischer Methoden (sei es auch nur im Zusammenhang mit medizinischen Geräten oder Bedarfsartikeln) kein Platz bleibt.

Es sollte daher nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer im Gesetzestext selbst und nicht in erläuternden Bemerkungen auch auf neue medizinische Methoden Bedacht genommen werden.

Zu § 8 d:

Die Österreichische Ärztekammer begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit der Durchführung einer Qualitätskontrolle. Es erhebt sich jedoch die Frage, wer die Kontrollorgane kontrolliert, das heißt wer letztendlich den Standard der Mitglieder der Kommission für die Qualitätskontrolle vorgibt. Aus dem Gesetz geht nicht klar hervor, ob es um eine von den Personen her variable Kommission geht, was nach unserer Auffassung eher der Fall zu sein scheint. Es wird nämlich auf die Leitung durch einen von der leistungserbringenden Organisationseinheit unabhängigen Arzt abgestellt.

Wenn nun ein Arzt einer anderen Organisationseinheit eines Spitals als Leiter eingesetzt ist, so wird die Qualitätskontrollkommission wohl für seine eigene Abteilung unter seiner Leitung nicht zuständig sein; das hieße, es müßte der Leiter der Kontrollkommission wechseln.

Nach unserer Ansicht ist Abs. 2 der vorgesehenen Bestimmung insoferne nicht verständlich, als keine Hinweise gegeben werden, wer die Mitglieder der Kommission ernennen soll.

Weiters regt die Österreichische Ärztekammer an, daß der Kommission für die Durchführung der Qualitätskontrolle jeweils ein von der Ärztekammer nominierter Arzt angehören sollte, der aus einer anderen Krankenanstalt kommt.

Zu § 10 Abs. 1 Zi. 4:

Nach dieser Bestimmung sollen u. a. auch Krankenanstalten und Pflegeheimen, und zwar ohne jede Einschränkung, kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfléglingen übermittelt werden. Ähnlich wie bei den Sozialversicherungsträgern sollten nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer auch hier Einschränkungen insoweit angebracht werden, als diese Verpflichtung nur dann besteht, wenn in der anfordernden Krankenanstalt oder im anfordernden Pflegeheim der betreffende Patient aufgenommen ist.

Zu überlegen wäre auch ein gesetzlicher Hinweis auf die Übermittlung von Krankengeschichten an Außenstehende ausschließlich mit Zustimmung des Patienten, letztlich auch ein Hinweis auf das Recht der Patienten auf Einsichtnahme in die Krankengeschichten. Dabei wäre jedoch auch auf die ebenfalls von der Judikatur ausgearbeitete Einschränkung aus therapeutischer Sicht Bedacht zu nehmen.

Zu § 11 a Abs. 2:

Hiezu gelten die Ausführungen zu § 2 sinngemäß.

Zu § 11 a Abs. 3:

§ 11 a steht unter der Überschrift "Pflegedienst". Es ist daher nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer zumindest zweifelhaft, ob die Verpflichtung einer regelmäßigen Personalplanung auch den Bereich der Ärzte erfaßt.

Eine Klarstellung, daß diese regelmäßige Personalplanung auch den Bereich der Ärzte umfaßt, ist hier unbedingt erforderlich.

Zu § 11 b:

Die Österreichische Ärztekammer hat schon in der kurzen Einführung festgestellt, daß die Einrichtung eines psychologischen und psychotherapeutischen Dienstes auf freiwilliger Basis grundsätzlich für sinnvoll erachtet wird.

Diesen Dienst jedoch teilweise sogar verpflichtend für jede bettenführende Abteilung bzw. Krankenanstalt vorzusehen, erscheint der Österreichischen Ärztekammer nicht notwendig. Eine solche Bestimmung führt zu Kostensteigerungen für die Spitalerhalter und es liegt die Vermutung nahe, daß damit auch beschäftigungspolitische Zielsetzungen im Bereich der Psychologen und Psychotherapeuten berücksichtigt werden sollen. Nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer sollte bei einschlägigen Patienten mehr Wert auf die Weiterbetreuung durch den bisherigen Betreuer auch während des stationären Aufenthaltes gelegt werden. Letztlich hat die Einführung der psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung die äußerst negative Möglichkeit in sich, daß die Patientenbehandlung in eine psychische und somatische Komponente zweigeteilt wird. Wie die Österreichische Ärztekammer schon mehrfach klagend festgestellt hat, widerspricht dies jeder einschlägigen fachlichen Erkenntnis der letzten Jahrzehnte.



Zu § 11 c:

Wie schon bei der gleichlautenden Bestimmung für Ärzte sei auch hier darauf hingewiesen, daß die Verwirklichung dieser Bestimmung einen wesentlichen Mehraufwand an Personal bedingt. An die Personalknappheit sei in diesem Zusammenhang erinnert.

Dr. D/Ka

18.10.1990