

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Mitglied der World Medical Association

An das
Bundesministerium für
Arbeit und Soziales

Stubenring 1
1010 Wien

WIEN, I.,
Weihburggasse 10 - 12
Postfach 213
1011 WIEN

Unser Zeichen Dr. C/Ka/2326/92

Ihr Schreiben vom: 26.5.92

Ihr Zeichen ZI. 44.170/41-9/1992

Wien, am 27.8.1992

**Betrifft: Entwurf eines Bundespflegegeldgesetzes;
Entwurf einer Verordnung über die näheren
Bestimmungen für die Beurteilung der Pflege-
bedürftigkeit nach dem Bundespflegegeldgesetz;
Entwurf einer Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG
über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der
Länder für pflegebedürftige Personen**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer erlaubt sich zu obigen Gesetzesentwürfen noch nachstehende Stellungnahme abzugeben:

In der Verordnung über die näheren Bestimmungen für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach dem Bundespflegegeldgesetz wird versucht, Pflegedienste von den Hilfsdiensten zu trennen. In den Erläuterungen zu § 2 der Verordnung wird ausgeführt, daß Leistungen, die im Rahmen der Hauskrankenpflege erbracht werden nicht berücksichtigt werden, für die Feststellung des Betreuungsaufwandes um Doppelbezüge aus der Krankenversicherung und dem Titel der Pflegesicherung zu vermeiden. Dem ist entgegenzuhalten, daß die Leistungen der Hauskrankenpflege (wie Verabreichung von Injektionen, Verbandwechsel, Dekubituspflege, Insulininjektionen ...) nur für die Dauer eines Monats von der Krankenversicherung übernommen werden. Wie die Erfahrung zeigt, endet aber die Notwendigkeit dieser Hauskrankenpflege in der Regel nicht nach diesem einen Monat. Es wäre also angebracht, diesen Umstand jedenfalls zu berücksichtigen.

Laut § 8 bildet die Grundlage der Entscheidung ein ärztliches Sachverständigen-gutachten. Hier sollte unbedingt geklärt werden, ob die Begutachtung durch die niedergelassenen Hausärzte durchgeführt werden sollte oder durch eigene Begutachtungsärzte.

In Anlage A (Leistungskatalog und Qualitätskriterien) ist unter medizinischen und therapeutischen Diensten die Rede von Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, jedoch nur von Hauskrankenpflege. Es stellt sich also die Frage nach der Hauskrankenbehandlung und damit untrennbar verbunden der Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung. Dies ist unter dem Gesichtspunkt zu sehen, daß der Mensch als Einheit aufzufassen ist und nicht in Leistungskategorien aufgeteilt werden sollte. Bei dieser Beobachtung als integrierte Einheit sind notwendigerweise alle Berufsgruppen miteinzubeziehen somit auch die Ärzte.

Punkt 8 Gesundheitsberatung macht eine Integration des Arztes unumgänglich; in dieser gesamten Organisation ist die Einbeziehung des niedergelassenen Arztes enorm wichtig.

Nach Punkt 9 Nachsorge/Rehabilitation sollten nach Möglichkeit die im stationären Bereich tätigen Helfer auch für den teilstationären und ambulanten Bereich tätigen Helfer auch für den teilstationären und ambulanten Bereich herangezogen werden. Dies ist eine Forderung, die nur als undurchführbar und geradezu utopisch bezeichnet werden kann.

Laut II. Pflegeheime dürfen die Pflegeheime 30 Betten nicht überschreiten. Auch diese Forderung scheint unrealistisch, besonders aus ökonomischer Sicht. Vorstellbar sind mehrere kleine Heime mit einer zentralen Verwaltung. Ein Limit von 30 Betten ist jedenfalls sinnlos.

Ebenso scheint ein fixer Personalschlüssel unangebracht, da er unflexibel ist, weil nicht auf Art und Ausstattung des Hauses sowie auf die Individualität des einzelnen Pflegefalles Rücksicht genommen wird. Ein solcher Schlüssel könnte lediglich als Richtsatz herangezogen werden.

Laut Punkt 7 ist zwar die notwendige medizinische Betreuung sicherzustellen, wir vertreten aber die Auffassung, daß für jedes Pflegeheim ein fachlich geeigneter Arzt zur ärztlichen Aufsicht und Betreuung bestellt werden sollte. In diesem gesamten Rehabilitations- und Betreuungsteam rund um die Pflegeperson ist unserer Ansicht nach die ärztliche Verantwortlichkeit unumgänglich.

Alle beteiligten Stellen und Verantwortlichen in der Sozialpolitik stimmen darin überein, daß die Regelung der Pflegevorsorge eines der vordringlichsten Ziele sein muß.

Auffassungsunterschiede bestehen jedoch darüber, wie dieses Ziel einen flächendeckenden Mindeststandard an Pflegevorsorge sicherzustellen, verwirklicht werden soll.

In diesem Zusammenhang wäre nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer zu hinterfragen, ob tatsächlich Pflegegeld an jeden Anspruchsberechtigten in gleicher Höhe ausbezahlt ist, vollkommen unabhängig von der Höhe seiner Pension, völlig unabhängig von seinen persönlichen Verhältnissen, von seinen persönlichen Möglichkeiten einer Eigenvorsorge bzw. Eigenleistung.

Die Österreichische Ärztekammer schlägt daher vor, die Festlegung der Höhe des Pflegegeldes nach folgenden beiden Gesichtspunkten vorzunehmen:

- nach der Intensität der Pflegebedürftigkeit des Anspruchsberechtigten;
- nach den persönlichen (Vermögens)Verhältnissen des Pflegebedürftigen.

Im übrigen sind in diesem Gesetzesentwurf 7 Stufen der Pflegebedürftigkeit festgelegt, deren Feststellung offensichtlich Ärzten obliegt. Es ist jedoch im Gesetz nirgends erkennbar, welche Ärzte diese Feststellungen zu treffen haben, wohl aber sind 15 neue Planstellen für Richter vorgesehen, die nach den Bestimmungen des neuen Gesetzes Entscheidungen treffen sollen. Diese fehlenden Angaben sollten Aufnahme finden.

Es ist nicht verständlich, wenn diejenigen Ärzte, die nur über den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer pensionsversichert sind, nicht von den Bestimmungen des Pflegegeldgesetzes berücksichtigt werden. Dieser Personenkreis wäre daher auch in die Aufzählung des § 3 des Entwurfes anzuführen.

Mit vorzüglicher Hochachtung


Prim. Dr. M. Neumann
Präsident

