

Stellungnahme des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Ärztegesetz 1998 geändert wird – 5. Ärztegesetz-Novelle.

Dem § 49 Abs 6 ÄrzteG soll folgender Absatz 7 eingefügt werden: *Der Arzt kann im Einzelfall insbesondere im Rahmen von Hausbesuchen und der extramuralen Versorgung, ärztliche Tätigkeiten an angehörige des Patienten, Nachbarn oder Personen, unter deren Obhut der Patient steht, übertragen, sofern der Patient in seiner gewohnten Umgebung versorgt werden kann. Zuvor hat sich der Arzt zu vergewissern, dass die Person, an die Übertragung erfolgen soll, über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt und dieser die allenfalls erforderliche Anleitung und Unterweisung zu erteilen. Sonstige familien- und pflegschaftsrechtlich gebotene Maßnahmen bleiben unberührt.*

Dieser **Absatz stünde im krassen Widerspruch** zu § 3 GuKG und den bezugnehmenden Erläuterungen in der Regierungsvorlage, sowie zur Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art 15 a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen samt Anlagen (NR: GP XVIII RV 1069 AB 1331 S. 136. BR: AB 4660 S. 576), BGBl 315/1993, sowie § 152 ASVG, § 99 GSVG, und ist in dieser Form zu streichen.

§ 49 Abs 7 soll lauten:

„Der Arzt hat im Einzelfall, insbesondere im Rahmen von Hausbesuchen und als Teil der extramuralen Versorgung, ärztliche Tätigkeiten ausschließlich an Angehörige anderer Gesundheitsberufe schriftlich zu übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Der Arzt ist hiebei verpflichtet, mit den ambulanten, teilstationären und stationären Leistungsanbietern bzw den Gesundheits- und Sozialsprengel, zusammenzuarbeiten. Einfache Hilfeleistungen, welche keine medizinwissenschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Kenntnisse erfordern, können im Einzelfall an Angehörige des Patienten, Nachbarn oder Personen, unter deren Obhut der Patient steht, übertragen werden“

Begründung:

Gemäß **§ 3 Abs 1 GuKG** ist die Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege den im GuKG **geregelt Gesundheits- und Krankenpflegeberufen vorbehalten**.

Den im GuKG geregelten Berufen des **gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe** ist ausschließlich und abschließend die Pflege kranker Menschen vorbehalten.

Daher dürfen auch **landesgesetzliche Regelungen**, insb im Bereich der Altenbetreuung, **nicht in die Berufsbilder der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe** eingreifen (vgl RV).

Ausgehend von der Entwicklung, dass einerseits die Pflegebedürftigkeit von in Pflegeheimen betreuten Menschen ansteigt und andererseits vermehrter Bedarf an pflegerischer Betreuung im extramuralen Bereich besteht, erscheint es aus gesundheitspolitischer Sicht umso mehr erforderlich, auch außerhalb von Krankenanstalten Qualitätssicherung im Pflegereich zu gewährleisten. Daher ist auch für diesen Bereich zu beachten, dass **für die qualifizierte Pflege ausschließlich diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal verantwortlich ist und für unterstützende pflegerische Tätigkeiten nur Personen, die zumindest über die Pflegehelferqualifikation verfügen, eingesetzt werden.**

Dies **schließt aus**, dass Personen, die keine entsprechende Ausbildung absolviert haben, wie insbesondere die seitens der Länder zu regelnde Berufe der Altenbetreuung, Heimhilfe, Familienhilfe, Behindertenbetreuung oder **un- bzw angelernte Hilfsdienste pflegerisch** – womöglich zur Entlastung der Gesundheits- und Krankenpflegerufe - **tätig werden** (vgl RV).

„**Hilfeleistungen in der Nachbarschafts-, Familien- und Haushaltshilfe**“, iS § 3 Abs 3 GuKG sind nicht berufsmäßig ausgeübte Tätigkeiten, die üblicherweise von Angehörigen oder Freunden zur Hilfestellung für kranke oder behinderte Menschen durchgeführt werden.

Die **Grenze dieser „Hilfeleistungen“** liegt dort, wo die Fähigkeiten eines Laien typischerweise ihr Ende finde, wobei im Einzelfall **subjektive** Kenntnisse und Fertigkeiten zu berücksichtigen sind.

Wenn nun im gegenständlichen Entwurf davon die Rede ist, dass **ärztliche Tätigkeiten** im Einzelfall an Angehörige des Patienten, Nachbarn oder Personen, unter deren Obhut der Patient steht, übertragen werden sollen, so ist berufsrechtlich bislang klar definiert, dass die Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten iS medizinwissenschaftlicher

Kenntnisse ausschließlich den Ärzten vorbehalten ist, und gemäß § 49 Abs 3 ÄrzteG im Einzelfall auf nichtärztliche Gesundheitsberufe, zB gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, oder Pflegehilfe (unter Aufsicht!) übertragen werden kann.

Damit korrespondiert auch die strafrechtliche Bestimmung der „Kurpfuscherei“ (vgl § 184 StGB), wobei zugegebener Maßen im gegenständlichen Fall von keiner „gewerbemäßigen ärztlichen Berufsausübung“ gesprochen werden kann, allerdings selbst dem Gesundheitsministerium wohlbekannt ist, dass insb im Osten Österreichs der „Pflege- und Betreuungsschwarzmarkt“ eine Hochblüte erlebt.

Die **Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten** erfordert **objektiv erworbene Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten** im medizinwissenschaftlichen Bereich und steht im untrennbaren Zusammenhang mit pflegewissenschaftlich erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten.

Auch der Umstand, dass an eine ärztliche Vergewisserungspflicht gegenüber den Laien gedacht ist, ändert an den gegenständlichen Tatsachen nichts. Wovon soll sich der Arzt gegenüber dem Nachbarn, und weiteren Laien vergewissern? Es ist evident, dass dem Laien objektive Kenntnisse und Fertigkeiten zur Durchführung einer ärztlichen Tätigkeit, mangels theoretischer und praktischer Ausbildung und

Berufserfahrung fehlen müssen. Das führt eine ex lege normierte „Vergewisserungspflicht“ ad absurdum.

Abgesehen davon, dass die gegenständliche Bestimmung im Gesamtkontext der bestehenden berufsrechtlichen Normen von ärztlichen und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen unschlüssig, und als rechtswidrig zu qualifizieren ist, würde damit die „Schwarzarbeit“ (Cashfinanzierung mit dem Pflegegeld des Betroffenen, zB an die Nachbarin) in der extramuralen Versorgung weiter verschärft, was die extramuralen professionellen Leistungsanbieter insb in der Hauskrankenpflege, noch tiefer in die Finanzierungskrise treiben würde.

Im Art 1 Abs 2 der eingangs zitierten Art 15 a Vereinbarung haben sich Bund und Länder bereits im Jahre 1993 verpflichtet, im Rahmen der ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten Kompetenzbereiche ein umfassendes Pflegeleistungssystem an geld- und Sachleistungen zu schaffen.

In der Folge haben die Länder iS Art 6 leg.cit. Bedarfs- und Entwicklungspläne zur langfristigen Sicherung der Mindeststandards, zB bezogen auf ambulante und teilstationäre Dienste, erstellt (vgl insb Anlage A und B der gegenständlichen Art 15 a Vereinbarung).

Nunmehr soll offensichtlich versucht werden, mit Laien professionelle ärztliche Tätigkeiten – offiziell ohne Kosten - zu erbringen.

Der Berufsverband der Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege spricht sich ausdrücklich gegen dieses Vorhaben aus, und erwartet iS einer geordneten Rechtspflege, und vor allem im Schutzinteresse und Rechtstellung der betroffenen, besonders schutzwürdigen Bürger/Patienten/Klienten, dass der gegenständlich geplante Abs 7 dem § 49 ÄrzteG, in dieser Form nicht angefügt wird.

Der OEGKV erwartet, dass Ärzte berufsrechtlich verpflichtet werden, im Rahmen von Hausbesuchen - und Bedarf an der Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten - , die professionellen Hauskrankenpflegeleistungsanbieter – und nicht die Nachbarn, usw - in der jeweiligen Region beizuziehen.

Der OEGKV erwartet, dass Vertragsärzte der Sozialversicherungsträger nachvollziehbar verpflichtet werden, **qualifizierte Hauskrankenpflegeleistungen** iS § 152 ASVG, § 99 GSVG, vermehrt anzuordnen.

Wie bekannt, ist die medizinische Hauskrankenpflege gegenständlich eine **Sachleistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit**, muss von diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern-/pfleger, nach schriftlicher ärztlicher Anordnung erbracht werden, und umfasst den gesamte mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (vgl § 15 GuKG iVm mit § 49 Abs 3 ÄrzteG).

Der Umstand, dass die medizinische Hauskrankenpflege primär lediglich für vier Wochen gewährt wird, und eine Verlängerung ausschließlich über eine chef- oder kontrollärztliche Bewilligung möglich ist, dürfe mitursächlich dafür sein, dass niedergelassene Ärzte kaum medizinische Hauskrankenpflegeleistungen anordnen.