

Teil A, Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung

Der bestehende Entwurf wird grundsätzlich sehr begrüßt und darin ein zielführendes Maßnahmenbündel gesehen, um das öffentliche Gesundheitswesen weiter zu entwickeln.

Zu den einzelnen Bestimmungen:

1. Ärztegesetz

Z. 2.: die Klarstellung dieser Bestimmung wird eine unterschiedliche Vorgangsweise verhindern und eine einheitliche und höhere fachliche Qualität als die bestehende Regelung sichern; besonders gilt dies für den Zusatz, der ein gleichzeitiges Tätigwerden für mehr als eine Abteilung für unzulässig erklärt.

Z. 9.: das Zulassungsverfahren gem. § 52c ÄG als auch der Hinweis „nach Maßgabe des jeweiligen Regionalen Strukturplanes Gesundheit“ werden ausdrücklich begrüßt. Es geht um eine Entlastung des öffentlichen stationären Sektors und neue Strukturen im ambulanten öffentlichen Bereich, die nur nach strenger Bedarfsprüfung und im Einklang mit den Erfordernissen eines öffentlichen Gesundheitswesens erfolgen sollten. Die Wünsche und Bedürfnisse eines ärztlichen Berufsstandes nach möglichst freier Erwerbsausübung müssen hinten gestellt werden.

§ 52 b Abs 4 mit der nachweislichen Aufklärungspflicht der Patienten ist unumgänglich notwendig.

§ 52 c Abs. 1 wird besonders unterstützt, da hier konkrete Inhalte des Versorgungsauftrages (etwa Öffnungszeiten etc.) bestimmt werden können. Wir regen an Mindestinhalte bzw. Eckpunkte (etwa durch eine Verordnungsermächtigung) vorzugeben, um in den Bundesländern ein Mindestversorgungsniveau und einen Mindestversorgungsauftrag zu erreichen.

§ 52 c Abs. 3: es wird angeregt im Rahmen des Zulassungsverfahrens vorzusehen, dass die jeweilige Landespatientenanwaltschaft das Recht erhält eine begründete Stellungnahme abzugeben.

§ 52 d die Bestimmungen über den Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung werden besonders begrüßt. Wir gehen davon aus, dass die überwiegende Mehrzahl der Ärzte eine solche Versicherung bereits hat, dass aber die wenigen Ärzte, die eine solche Versicherung derzeit nicht haben im Laufe eines außergerichtlichen Beschwerdeverfahrens eine besondere, allerdings vermeidbare Problematik in Hinblick auf mögliche Entschädigungslösungen darstellen.

Es wird angeregt die Deckungssumme für besonders gefährdungsgeneigte (was die Schadenshöhe betrifft) Fächer (etwa Geburtshilfe) zu staffeln und

dort noch höhere Mindestdeckungssummen vorzugeben.

Der Ausschluss der Nachhaftung wird besonders begrüßt, ebenso die kurze Übergangsfrist, die eine rasche Versicherungsdeckung ermöglichen wird.

Zu Z. 12.:

Im § 118a Abs.1 wird ausdrücklich begrüßt, dass endlich auch die Ergebnisqualität vorgesehen ist.

§ 118a Abs. 2: besonders begrüßt und unterstützt wird das neu vorgesehene Weisungsrecht durch den BM für Gesundheit. Die Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass die Qualitätsvorgaben oftmals den standespolitischen Interessen untergeordnet werden und eine Einflussnahme der öffentlichen Hand im Interesse der betroffenen Patienten unbedingt erforderlich ist, um die in einem öffentlichen Gesundheitswesen erforderlichen Mindestqualitätsstandards zu erreichen und zu erhalten. Die Festlegung des Qualitätsniveaus im niedergelassenen Bereich darf nicht weiterhin ausschließlich durch die ärztliche Standesvertretung vorgegeben werden. Einbeziehung von Patientenvertretern: In einigen der folgenden Bestimmungen ist vorgesehen, dass Experten, die über Erfahrungen auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügen einbezogen werden.

In diesem Zusammenhang ergeht das dringende Ersuchen, auf die rechtlich vorgesehenen gesetzlichen Interessenvertreter von PatientInnen (Patientencharta) nämlich die PatientenanwältInnen gem. § 11e KAKuG (Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten) hinzuweisen um diese einzubeziehen, um Missverständnisse bei der Bestellung in diese Gremien auszuschließen.

§ 118c Abs. 2: diese Bestimmung ist unbedingt erforderlich, damit der wissenschaftliche Beirat und die Beschlüsse dieses Gremiums mehr Gewicht als bisher erhalten und nicht als bloße Empfehlungen abgetan werden können.

§ 118 e: die Möglichkeit Besuche anzuregen wird besonders begrüßt und als zielführend für mehr Qualität angesehen, besonders wird auch in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass die PatientenanwältInnen ausdrücklich und unmissverständlich genannt werden sollten.

§ 118e Abs. 4 die anonymisierten Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sollten veröffentlicht werden. PatientInnen haben aufgrund des geltenden Gesundheitsqualitätsgesetzes (§ 3 Abs. 2 leg. cit.) das Recht auf Qualitätstransparenz. Dies sollte in diesem Fall besonders berücksichtigt und gewahrt werden.

Die vorgenannten Bemerkungen gelten sinngemäß ebenso für die vorgesehenen Änderungen des Zahnärztegesetzes.

Teil B, Anregungen zu zusätzlichen Bestimmungen

1. Verjährung:

Die Patientenanwaltschaften werden häufig mit Beschwerden konfrontiert, in denen Schadenersatzansprüche aus behaupteten Behandlungsfehlern gegenüber Krankenanstalten geltend gemacht werden. Die Schadenersatzansprüche richten sich sowohl gegen die Krankenanstalt als auch gegen den betroffenen Arzt oder betreffen sowohl eine Krankenanstalt und gleichzeitig auch einen anderen – nicht in der Krankenanstalt beschäftigten – niedergelassenen Arzt. Häufig werden die Schadenersatzansprüche von den Patienten erst kurz vor Ablauf der Verjährungsfrist geltend gemacht. Um eine außergerichtliche Klärung zu ermöglichen, muss zunächst die Hemmung des Laufes der Verjährungsfrist sichergestellt sein. In der Praxis bietet dafür § 58 a ÄrzteG eine Hilfestellung für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gegenüber Ärzten, jedoch zeigt sich bei der Anwendung dieser Bestimmung ein dringender Bedarf nach Klarstellung und einer ergänzenden gesetzlichen Regelung auch in Hinblick auf die beteiligten Krankenanstalten. Eine ausreichende Grundlage dafür wird in der derzeitigen Bestimmung des § 58 a nicht gesehen.

Wünschenswert wäre eine Klarstellung im Gesetz, wem gegenüber die Verjährung gehemmt ist. Eine analoge Bestimmung im KAKuG würde in diesem Zusammenhang eine wesentliche Hilfestellung bei der außergerichtlichen Prüfung ermöglichen. Es sollte damit klar festgelegt werden, dass die Hemmung des Laufs der Verjährungsfrist (auch) gegenüber beteiligten Krankenanstalten gilt. Ebenso betrifft die Thematik auch andere Berufsgruppen (zB Hebammen, Psychologen, Psychotherapeuten), sodass auch eine entsprechende Bestimmung in den anderen Berufsrechten aufgenommen werden sollte.

Auch bezüglich eines weiteren Punktes wird Reformbedarf gesehen: Nach der Formulierung des § 58 a Abs.1 ÄrzteG wird der Lauf der Verjährungsfrist gehemmt, wenn der Schädiger, sein Vertreter oder der Rechtsträger der Krankenanstalt schriftlich seine Verhandlungsbereitschaft erklärt hat. Hingegen wird die Hemmung beendet, wenn der Schädiger oder sein Vertreter die Vergleichsverhandlungen als gescheitert erklärt hat. Somit könnte vom betroffenen Arzt bzw. seinem Rechtsanwalt die Hemmung durch entsprechende Erklärung beendet werden, während etwa der Rechtsträger der Krankenanstalt sehr wohl zur Verhandlung bereit ist (bei der Beendigung wird der Rechtsträger der Krankenanstalt im Gesetz nicht erwähnt). Eine Regelung sollte klarstellen, dass eine Beendigung der Verjährungshemmung durch einen der Beteiligten (Arzt / Rechtsanwalt) nicht möglich ist, solange der andere Beteiligte (Krankenanstalt) zu einer außergerichtlichen Verhandlung bereit ist.

Angeregt wird auch eine Klarstellung, dass es sich bei der Hemmung des Laufes der Verjährungsfrist um eine Fortlaufshemmung handelt. Eine ausdrückliche

Formulierung wie im § 41 Zahnärztegesetz wäre hier sinnvoll und würde auch der vom OGH vorgenommenen Interpretation des § 58 a Ärztegesetz entsprechen.

2. Umsetzung der Bestimmungen der Patientencharta

Die Bestimmung, dass die PatientInnen über die voraussichtlichen Kosten zu informieren sind ist zwar im Zahnärztegesetz, aber nicht im Ärztegesetz umgesetzt. Es wird angeregt diese seit langem überfällige Bestimmung im Ärztegesetz umzusetzen.

Dr. Gerald Bachinger
Sprecher der ARGE PA