

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Sektion II/Abteilung A/3 – Rechtsangelegenheiten
ÄrztInnen, Psychologie, Psychotherapie und
Musiktherapie
z.Hdn. Frau Dr. Susanne Weiss

Per E-Mail an susanne.weiss@bmg.gv.at
cc begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at

Unser Zeichen: Ihr Schreiben vom: Ihr Zeichen: Wien, 26.04.2012
Dr. H/Dr. WK/Ti 28.03.2012 BMG-92100/0131-II/A/3/20122

**Betrifft: Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über die Durchführung von
ästhetischen Behandlungen und Operationen (Schönheitsoperationen)
(ÄsthOpG) erlassen und das Ärztegesetz 1998 geändert wird**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die ÖÄK bezieht sich auf den im Betreff genannten Gesetzesentwurf und nimmt auf Basis der vielen bei uns eingelangten Stellungnahmen, der Diskussionen und Konsensfindung mit den Fachgruppen und Fachgesellschaften sowie nach eingehender Prüfung des Begutachtungsentwurfes und der entsprechenden Erläuterungen dazu wie folgt Stellung:

Grundsätzlich begrüßen wir die Diskussion rund um die Thematik des vorliegenden Gesetzesentwurfes. Wir sind der Überzeugung, dass gewisse Problembereiche in der ästhetischen Medizin einer entsprechenden Regulierung zugeführt werden sollen und pflichten dem Bundesministerium für Gesundheit bei, eine Verstärkung von Qualitäts- und Schutzmechanismen im Sinne der PatientInnensicherheit anzustreben. Entsprechende Vorschläge und Ausformulierungen wurden vor Ergreifen einer Gesetzesinitiative von uns dem BMG gegenüber bereits offen gelegt (vgl. Vorarbeiten zur Aufklärungs-RL). Es liegt aber unserer Überzeugung nach auch im Interesse aller Beteiligter (Patientinnen und Patienten; behandelnde Ärztinnen und Ärzte; Sozialversicherungsträger etc.) die Qualitätssicherungsmaßnahmen und Standards lebensnah zu formulieren und praktisch durchführbar zu gestalten, sodass einerseits Rechtssicherheit geschaffen, aber Leistungen in der ästhetischen Medizin nicht verunmöglicht werden.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass eine übermäßige Erschwerung und Einschränkung des ärztlichen Handelns in Österreich geeignet ist, unerwünschte Effekte - Durchführung in mangelhaften außerösterreichischen Behandlungs- und Operationseinrichtungen - zu fördern. In dem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass viele diskutierte mangelhafte Behandlungen oder Operationen im ästhetischen Bereich schon bisher nicht in Österreich durchgeführt wurden, sondern in Ländern mit vielfach unvergleichbar niedrigeren Standards als in Österreich. Ein Abwandern von Patientinnen/Patienten ins Ausland soll vermieden werden. Neben dem dadurch, wenngleich auch schwer einzuschätzenden Entfall von Steueraufkommen, sind durchaus auch Folgekosten zu berücksichtigen, die dem heimischen Sozialversicherungssystem durch im EWR-Ausland durchgeführte, fehlerhafte Behandlungen entstehen.

Es sollten daher tunlichst auch nur jene Einschränkungen normiert werden, welche wirklich im PatientInnen- und Allgemeininteresse gelegen sind. Diese sollten klar formuliert sein und nicht zu Wertungswidersprüchen bzw. Auslegungsschwierigkeiten führen.

In dem Zusammenhang ist auszuführen, dass das Ärztegesetz 1998 bereits jetzt entsprechende Berufspflichten, wie etwa die gewissenhafte Beratung und Behandlung nach dem aktuellen Stand der Medizin (vgl. § 49 Ärztegesetz 1998), eine Werbebeschränkung, Aufklärungspflichten, etc. normiert. Eine darüber hinausgehende Normierung muss zwingend mit dem Ärztegesetz 1998 in Einklang gebracht werden.

Unter Berücksichtigung dieser Ausführungen sprechen wir uns gegen eine Verbürokratisierung, Überregulierung und unsachgemäße Einschränkung der ärztlichen Berufsausübung aus.

Die mit diesem Gesetz verbundenen finanziellen Auswirkungen werden in den Erläuternden Bemerkungen eher vereinfachend und harmlos dargestellt und lassen einzelne Bereiche unerwähnt. Die vorgeschlagenen Regulierungen werden natürlich dazu führen, dass im Bereich der ästhetischen Medizin tätige Ordinationen und auch Krankenanstalten einem höheren Kostendruck und steigenden Verwaltungsaufwand gegenüberstehen, was naturgemäß Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort und die Beschäftigungssituation in Österreich haben muss.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der vorliegende Gesetzesentwurf voraussichtlich auch bei der Umsatzsteuerbemessung ärztlicher Leistungen eine Rolle spielen wird. Es ist daher unbedingt erforderlich, dass noch vor Inkrafttreten des Gesetzesentwurfes im Sinne der Betroffenen gemeinsam mit dem Bundesministerium für Finanzen geklärt werden muss, ob bzw. wann eine Ust-Pflicht bei derartigen Behandlungen/Operationen vorliegt.

Auch für uns wird ein nicht unbeträchtlicher Verwaltungsaufwand für die Administration und Prüfung der fachlichen Voraussetzungen entstehen, weshalb die Österreichische Ärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit ersucht, Vorschläge speziell zu diesem Teil des Gesetzes besonders zu berücksichtigen.

Zu den einzelnen Bestimmungen:

Gewerbliche Tätigkeiten (§ 1 Abs. 4 und Abs. 5)

Das Ziel des Gesetzes ist der Schutz der Gesundheit und der körperlichen Unversehrtheit von PatientInnen. Ein solch hoher Qualitätsanspruch – wie in dem gegenständlichen Entwurf vorgesehen – soll zwingend nicht nur für ärztliche Eingriffe normiert werden, sondern, unbedingt auch für die Tätigkeit nach gewerberechtigten Vorschriften (z.B. Piercen, Tätowieren, weitere Tätigkeiten etc.). Unklar ist jedenfalls, ob etwa Piercing oder Ohrläppchenstechen durch ÄrztInnen nunmehr dem ÄsthOpG unterliegen sollen oder - ebenso wie die gewerblichen Tätigkeiten - von diesem Gesetz ausgenommen sein sollen. Hier sind Klarstellungen erforderlich.

Eine entsprechende Novellierung der GewO und der Ausführungsbestimmungen für einzelne Gewerbe, die betroffen sind (z.B. Kosmetik) sind zeitgleich mit diesem Gesetzwerdungsprozess dringend notwendig. Es wäre absolut widersinnig, die ÄrztInnen, die ja per se eine fundierte Ausbildung nachweisen, einer strengen Reglementierung zu unterwerfen, während Gewerbetreibende, die schon grundsätzlich viel geringere Ausbildungen haben, weiterhin nicht diesen Regelungen unterliegen. Qualitätssichernde Bestimmungen wie §§ 5 bis 9 müssen jedenfalls auch für Gewerbetreibende, die ästhetische Tätigkeiten am Menschen ausüben, Geltung haben.

Gleichzeitig muss auch klar gestellt werden, dass ZahnärztInnen ausschließlich gemäß dem Berechtigungsumfang des Zahnärztegesetzes ästhetisch tätig werden dürfen. Der ÖÄK sind Fälle bekannt, wo ZahnärztInnen im gesamten Gesichtsbereich ästhetisch tätig werden, was aus Sicht der ÖÄK keinesfalls mit den hohen Ausbildungs- und Qualitätsstandards dieses Gesetzes in Einklang zu bringen ist.

Ad § 1 Abs. 2, §§ 2 und 3 - Ziel und Geltungsbereich bzw. Begriffsdefinitionen

Der gegenständliche Gesetzesentwurf beabsichtigt Regelungen für die Durchführung ästhetischer Behandlungen und Operationen „ohne“ medizinische Indikation zu schaffen. Damit werden erstmals für eine ärztliche Handlung (z.B. Brust-OP, Einsetzung eines Implantats, OP einer schiefen Nase auf Grund einer posttraumatischen Genese, etc.) unterschiedliche Bedingungen normiert. Die Frage der medizinischen Indikation ist äußerst schwierig zu beurteilen. Auch unter Zuhilfenahme der in § 3 verwendeten Begriffsdefinitionen bleiben aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer viele Fragen offen.

So wird in § 3 Abs. 2 beispielsweise eine Begriffserklärung für „medizinische Indikation“ formuliert, die im Sinne des Entwurfes ein zwingender, auf aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhender Grund wäre, eine ästhetische Behandlung oder Operation durchzuführen. Was bedeutet diese Definition

aber im Umkehrschluss für medizinisch nicht indiziert? Ist diese dann nicht auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhend? Müsste man das Wort „ästhetische“ zum besseren Verständnis streichen? Ist ein ärztlicher Eingriff ohne Indikation überhaupt zulässig? Was versteht man darunter, dass die Gefahr oder der Krankheitszustand nicht durch gelindere Mittel für die PatientInnen bzw. zumutbare Weise abgewendet oder beseitigt werden kann?

Zudem regt die Österreichische Ärztekammer jedenfalls an, den letzten Halbsatz des 2. Satzes von § 3 Abs. 2 zu streichen. „Gelindere Mittel“ und „zumutbare Weise“ sind unbestimmte Rechtsbegriffe, die erst durch Auslegung zu ermitteln sind. Die gesamte Definition hat schon eine Reihe unbestimmter Gesetzesbegriffe und der Vergleich mit gelinderen Mitteln und auf andere zumutbare Weise bedingt zusätzlich Wertungen, die weit außerhalb der Medizin gelegen sind und für die praktische Anwendung des Gesetzes problematisch erscheinen.

In dem Zusammenhang ist bereits darauf hinzuweisen, dass in vielen Fällen eine eindeutige Abgrenzung medizinisch nicht indizierter ästhetischer Behandlungen oder Operationen von Heilbehandlungen schwer möglich sein wird und bis jetzt für die Ärztin/ den Arzt kaum von Relevanz war.

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird der Beurteilung dieser Frage große Bedeutung beigemessen, stuft es doch eine Tätigkeit der Ärztin/des Arztes in den Anwendungsbereich dieses Gesetzes ein und prägt diese Frage, das ärztliche Handeln in hohem Maße, da unterschiedliche Anforderungen, Bedingungen (z.B. Dokumentation, etc), Qualitätsvorschriften und Rechtsfolgen damit verknüpft sind; teilweise sind ganze Fächer (z.B. Kinderchirurgie) in ihrem Spektrum regelmäßig vor diese Frage gestellt. Wir weisen darauf hin, dass eine derartige Differenzierung der ärztlichen Berufspflichten je nachdem, ob es sich um eine Heilbehandlung oder einen medizinisch nicht indizierten Eingriff/Operation handelt, in vielen Fällen sachlich nicht begründbar ist (vgl. Silikonimplantat nach Tumorentfernung bzw. ästhetische Komponente).

Schwierige Abgrenzungsfragen sind vorprogrammiert. Allgemein regen wir an, dass eine medizinische Indikation immer dann gegeben sein sollte, wenn eine ästhetisch-chirurgische Maßnahme in unmittelbarem Zusammenhang mit einer medizinisch-wissenschaftlich definierten Miss- bzw. Fehlbildung gesetzt werden muss. Dies sollte zumindest auch in den Erläuternden Bemerkungen klargestellt werden.

Dass die Abgrenzung schwierig ist, zeigt auch das in den Erläuternden Bemerkungen (letzter Absatz) angeführte Beispiel „Anlegen abstehender Ohren bei Kindern, wenn sie zu psychosozialen Problemen führen“. Dazu ist anzumerken, dass es nicht sinnvoll erscheint, den beschriebenen Eingriff erst durchzuführen, wenn bereits psychosoziale Probleme aufgetreten sind. Alleine die Erwartung psychosozialer Probleme müsste ausreichen, um den Eingriff als medizinisch indiziert zu qualifizieren.

Darüber hinaus erhebt sich die Frage, wie verbindlich konkrete Angaben in den Erläuternden Bemerkungen, z.B. 45° Muschel/Schädel-Winkel für das Anlegen

abstehender Ohren oder Gesichtsfeldeinschränkung ab 10° für die Korrektur von Oberlidschlagung sind, denn in diesem Fall wäre unserer Auffassung nach eine genauere Determinierung bereits im Gesetzestext wünschenswert. Dasselbe gilt für die Angaben in den Erläuternden Bemerkungen zu § 4 hinsichtlich Peeling.

Was eine indizierte und was eine nicht indizierte Operation mit entsprechenden Kriterien ist, ist auf Grund des vorliegenden Entwurfes nach Rechtsansicht der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen der VO-Ermächtigung gemäß § 4 Abs. 5 Z 1 zu bestimmen. Die Österreichische Ärztekammer hat im Begutachtungsverfahren mit den entsprechenden wissenschaftlichen Gesellschaften Kontakt aufgenommen und erklärt sich bereit, diese übertragene Aufgabe wahrzunehmen.

Ad § 4 Methoden, Qualifikation und Bezeichnung

Die §§ 2ff Ärztegesetz 1998 definieren die ärztliche Tätigkeit und Voraussetzungen für die Berufsberechtigung zur allgemeinärztlichen bzw. fachärztlichen Berufstätigkeit (vgl. auch § 31, sogenannte Facharztbeschränkung). Näheres für die Ausbildung bzw. den Tätigkeitsumfang normiert die ÄAO. Wenngleich das Sonderfach Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie (siehe Anlage 36 der ÄAO) den gesamten in diesem Entwurf normierten Tätigkeitsbereich abdecken wird, sollte dieser Gesetzesentwurf zu keinen unsachgemäßen Differenzierungen der Berufsberechtigungen der anderen Sonderfächer, gewisse Operationen und Eingriffe im ihrem Fachgebiet vorzunehmen, führen.

Die textliche Ausgestaltung des Entwurfes – Primat für die FachärztInnen für plastische Chirurgie - erscheint eine solche unsachgemäße Differenzierung zu begünstigen.

Die Österreichische Ärztekammer hat daher alle betroffenen Fachgesellschaften zu einer gemeinsamen Meinungsbildung eingeladen und bringt nach intensiver Diskussion mit Kammergremien folgenden Textvorschlag für § 4 Abs. vor:

„(3) Ästhetische Behandlungen oder Operationen können durchgeführt werden durch eine (einen)

1) zur selbständigen Berufsausübung berechnigte Fachärztin (Facharzt) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie oder

2) weitere Fachärztinnen (Fachärzte) unter Beachtung des § 31 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 und der VO der ÖÄK (iSd Abs. 5 Z 2) oder

3) Ärztin (Arzt) für Allgemeinmedizin, sofern sie/er gleichwertige Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten wie die unter Z 1 oder Z 2 genannten Fachärztinnen (Fachärzte) aufweist (iSd Abs. 5 Z 3).

Anderen als den in Abs. 3 genannten Personen ist jede Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen im Sinne dieses Gesetzes verboten.“

Die Österreichische Ärztekammer begrüßt die im Abs. 5 normierte VO-Ermächtigung und ist gerne bereit, diese Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich zu übernehmen. Dazu schlagen wir folgenden Gesetzestext vor:

„(5) Die Österreichische Ärztekammer hat im übertragenen Wirkungsbereich durch Verordnung gemäß § 117c Abs. 2 Z 10 ÄrzteG 1998 Bestimmungen über

- 1. weitere über Abs. 1 und 2 hinausgehende Methoden ästhetischer Behandlungen und Operationen, sowie die Kriterien, wann eine Behandlung und Operation „medizinisch nicht indiziert“ im Sinne des § 3 Abs. 2 ist*
- 2. die Zuordnung von ästhetischen Behandlungen und Operationen zum jeweiligen Sonderfach der Medizin (Abs. 3 Z 2)*
- 3. die von Ärztinnen (Ärzten) für Allgemeinmedizin nachzuweisenden gleichwertigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die zur Durchführung bestimmter ästhetischer Behandlungen und Operationen im Sinne dieses Gesetzes berechtigen (Abs. 3 Z 3), sowie das Verfahren in der Österreichischen Ärztekammer zur Anerkennung der Gleichwertigkeit dieser Nachweise, sowie diesbezügliche Übergangsbestimmungen für ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens bereits tätig waren, erlassen.“*

Gleichzeitig mit diesem Gesetzestext schlagen wir für die Erläuternden Bemerkungen folgenden Text vor:

„Zu Abs. 3 hat es zahlreiche Kritik vonseiten der VertreterInnen vieler Fachrichtungen gegeben, da man in dem Textvorschlag ein Primat der FachärztInnen für plastische Chirurgie gesehen hat. Ein solches Primat ist aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer sachlich nicht in dieser umfassenden Form berechtigt, da auch andere Fachrichtungen in ihren jeweiligen Fachgebieten eine hohe Expertise auf dem Gebiet der ästhetischen Medizin (z.B. FachärztInnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten, FachärztInnen für HNO, FachärztInnen für Augenheilkunde, Fachärzte für Mund, Kiefer und Gesichtschirurgie, uvm) aufweisen und in vielen Punkten mit den plastischen Chirurgen gleichwertig sind bzw. in manchen Teilbereichen sogar eine höhere Expertise aufweisen. Auf der anderen Seite ist auf Basis von Anlage 36 ÄAO 2006 eindeutig, dass die Fachdefinition des Faches plastische Chirurgie alle ästhetischen Behandlungen und Operationen umfasst. Um den Einwänden Rechnung zu tragen und ein gleichwertiges nebeneinander der verschiedenen Fächer auch in der Dauer legislativ klarzustellen, wurde eine andere legislative Darstellungsform gewählt, die inhaltlich nichts am Vorschlag des BMG ändert. Allerdings könnte durch diese Darstellung auf gleich eindeutig klargestellt werden, dass bei den anderen Fachrichtungen nur die zuzuordnenden Tätigkeiten in der Verordnung der ÖÄK angeführt werden, während bei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin die individuellen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten maßgeblich sind.

In diesem Sinne wurde auch die Verordnungsermächtigung des Abs. 5 angepasst, indem in der Z 3 vor allem ergänzt wurde, dass auch das Verfahren in der Österreichischen Ärztekammer geregelt werden muss und es auch für bereits tätige ÄrztInnen für Allgemeinmedizin eine Übergangsbestimmung geben muss, binnen denen sie ihre Qualifikation nachweisen können, was verständlicherweise erst durchgeführt werden kann, wenn der Umfang der Qualifikation definiert ist. Weiters wird klargestellt, dass über die VO-Ermächtigung gemäß § 4 Abs. 5 Z 1 die Österreichische Ärztekammer ästhetische Operationen und Behandlungen definieren kann und damit auch definieren

kann, unter welchen Voraussetzungen eine Behandlung oder ein Eingriff indiziert oder nicht indiziert ist. Dies ist für die notwendige Rechtssicherheit der Betroffenen unerlässlich.

Hinsichtlich des Verfahrens regt die Österreichische Ärztekammer in Analogie zum Verfahren der Eintragung in die Ärzteliste an, § 125 Abs. 4 ÄrzteG 1998 zu ergänzen und eine Kompetenz des Präsidenten in erster und letzter Instanz für diese Verfahren zu statuieren. Zur VO gemäß Abs. 5 ist festzuhalten, dass auch die Aufzählung der Österreichischen Ärztekammer über Abs. 1 und 2 hinausgehende Methoden ebenfalls nur demonstrativen Charakter haben kann.“

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass in § 4 Abs. 2 ein Schreibfehler vorliegt; es müsste Otoplastik anstatt Othoplastik heißen. Zusätzlich weisen wir darauf hin, dass Botulinumtoxin in der Neurologie regelmäßig eingesetzt wird, sodass es hilfreich wäre zumindest in den EB klar zustellen, dass dieser Einsatz durch Fachärztinnen/ärzte für Neurologie nicht in den Anwendungsbereich dieses Gesetzes fällt.

Veröffentlichung Website, § 4 Abs. 6

In Abs. 6 wird festgelegt, dass die Ärztinnen/Ärzte die von diesem Gesetzesentwurf umfassten Leistungen erbringen, auf der Website der Österreichischen Ärztekammer – im Einvernehmen mit dem BMG - für die Patientinnen und Patienten gut sichtbar auszuweisen sind.

Die Österreichische Ärztekammer weist darauf hin, dass Einvernehmens-Bestimmungen mit dem BMG verfassungsrechtlich problematisch sind. Darüber hinaus obliegt die Führung der Ärzteliste und die Auskunftserteilung darüber im eigenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer. Daher ist ärztegesetzkonform das Wort „Einvernehmen“ zu streichen.

Zur Frage, welche Daten zu veröffentlichen sind, sind unterschiedliche Möglichkeiten denkbar: Zum einen können dies Listen von Fachrichtungen und den zugehörigen ästhetischen Behandlungen und Operationen oder Namenslisten von ÄrztInnen sein. Sollte letzteres der Fall sein, muss eine Meldepflicht der entsprechenden ÄrztInnen normiert werden, da man nicht davon ausgehen kann, dass alle FachärztInnen in allen betroffenen Sonderfächern auch ästhetisch tätig sind.

Es ist zu klären, ob die Auflistung auf der Website der ÖÄK reinen Informationscharakter für interessierte KonsumentInnen, oder ev. eine rechtliche Bedeutsamkeit hinsichtlich der Berechtigung zur Durchführung der entsprechenden Operationen bzw. Behandlungen hat.

Jedenfalls darf eine solche Veröffentlichung nicht als Werbung für diese ÄrztInnen angesehen werden.

Die ÖÄK regt zu dieser Thematik auch an, zu überlegen, ob diese Information nicht auf den Homepages der Landesärztekammern besser verortet wäre, weil diese

schon jetzt die übliche Auskunftsstelle über Ordinationsstätten von niedergelassenen ÄrztInnen sind.

Information, § 4 Abs. 8

§ 4 Abs. 8 bestimmt, dass die PatientInnen schriftlich und mündlich über die Qualifikation der behandelnden ÄrztInnen zu informieren sind. Weder aus dem Gesetzestext noch aus den Erläuternden Bemerkungen geht hervor, durch wen diese Information zu erfolgen hat.

Berufsbezeichnung und Zusätze, § 4 Abs. 10

Vorgesehen ist das Anführen der Zusätze: „Ästhetische Behandlungen“ und „Ästhetische Medizin“. Das Gesetz selbst unterscheidet zwischen Behandlungen und Operationen, weshalb auch die Bezeichnung „Kosmetische Chirurgie“ zulässig sein soll.

Ärztliche Aufklärung und Beratung, § 5

§ 5 bezieht sich auf die ärztliche Aufklärung. Wenn die Überschrift nun auch Beratung enthält, stellt sich die Frage, ist die Beratung etwas anderes als Aufklärung? Wir regen an, das Wort Beratung jedenfalls in der Überschrift zu streichen.

Es ist davon auszugehen, dass der/dem Patientin/Patienten gerade bei den hier relevanten medizinischen Tätigkeiten eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die Einwilligung geboten werden muss, klar ist aber auch, dass § 5 Auswirkungen auf Haftungsfragen haben wird, weshalb hier besonders hohe Anforderungen an die Legistik zu stellen sind. Bereits jetzt legt die Judikatur sehr hohe Maßstäbe an die Aufklärung an. Es ist uns für uns in diesem Zusammenhang sehr wichtig mögliche Rechtssicherheit für die Ärztin/den Arzt zu schaffen bzw. entsprechende Haftungsfragen auszuschließen.

Die Aufklärungserfordernisse müssen deshalb so definiert sein, dass sie in der Praxis gut angewandt werden können und ärztliches Handeln nicht unmöglich gemacht wird.

Unklar ist, wie das Erfordernis einer schriftlichen Aufklärung über „das in Aussicht gestellte Ergebnis des Eingriffs einschließlich der zu erwartenden Bandbreite des Erfolges“ genau zu verstehen ist (Z 5).

Es ist weder medizinisch noch technisch möglich, alle nur irgendwie denkbaren Ergebnisse vorherzusehen. Keine Ärztin/kein Arzt kann die „zu erwartende Bandbreite des Erfolges“ schriftlich oder als Fotodokumentation darstellen, weil letztlich jeder Mensch anders ist und derselbe Eingriff an unterschiedlichen Menschen (auch bei

anderen Eingriffen als Schönheitsoperationen) auch immer zu unterschiedlichen Ergebnissen führt.

Generell können in der Medizin – daher auch in der Schönheitsmedizin – keine bestimmten Ergebnisse garantiert/zugesagt werden.

Diese Bestimmung ist für ÄrztInnen nicht erfüllbar und nimmt jeder/jedem Ärztin/Arzt von vornherein die Möglichkeit, rechtlich korrekt über eine Schönheitsoperation aufzuklären. Daher ist die Z 5 zu streichen.

Eine Aufklärung über atypische Risiken (Z 8) ist zu weit gehend und vollkommen unrealistisch, da gerade über atypische Risiken keine/kein Ärztin/Arzt im Vorhinein Bescheid wissen kann. Dies verbessert die relevante Information für die PatientInnen in keinerlei Hinsicht. Es genügt vielmehr die Aufklärung über die typischen Risiken des Eingriffs.

Die höchstgerichtliche Rechtsprechung hat in ihrer Judikatur konkretisiert, was unter „typischen Risiken“ zu verstehen ist. Darunter sind insbesondere jene Gefahren zu verstehen, die speziell dem geplanten Eingriff anhaften und auch bei der Anwendung der allergrößten Sorgfalt und der fehlerfreien Durchführung des Eingriffs bzw. der Behandlung nicht sicher zu vermeiden sind. Weiters muss es sich um ein erhebliches Risiko handeln, das geeignet ist, die Entscheidung der/des Patientin/Patienten zu beeinflussen, ohne dass dabei jedoch nur auf die Häufigkeit der Verwirklichung dieses Risikos abzustellen wäre.

Im Falle von kosmetischen Behandlungen hat der OGH im Sinne eines beweglichen Systems stets einen hohen Maßstab an die Aufklärung angelegt.

Wir fordern daher im Sinne der Rechtssicherheit, die Judikatur nicht abzuändern und diese Ziffer zu streichen.

Weiters soll nach dem Gesetzesentwurf ein Verzicht der/des Patientin/Patienten auf die Aufklärung rechtsunwirksam sein. Dies hätte dann zur Konsequenz, dass der Eingriff nicht durchgeführt werden dürfte. Dies stellt unseres Erachtens einen schwerwiegenden Eingriff in Patientenrechte dar. Wir schlagen vor, dass ein allfälliger Verzicht der Patientin/des Patienten auf die Aufklärung und Beratung schriftlich zu dokumentieren und von der Patientin/vom Patienten zu unterschreiben ist.

Eine Fotodokumentation (§ 5 Abs. 4) vor dem Eingriff ist durchaus sinnvoll, wenn die/der PatientIn zustimmt. Es stellt sich aber auch die Frage, wie die/der Ärztin/Arzt vorzugehen hat, wenn die/der PatientIn eine Fotodokumentation vor/nach dem Eingriff ablehnt. Die Ärztin/Der Arzt kann der/den Patientin/Patienten schließlich nicht zwingen, sich fotografieren zu lassen. Ohne Mitwirkungspflicht der Patientin/des Patienten würde somit aber die Dokumentationspflicht als wesentliche Berufspflicht durch die Ärztin/den Arzt unerfüllbar bleiben. Ebenfalls fehlt eine Zeitkomponente innerhalb welcher nachher/vorher die Fotodokumentation erfolgen soll.

Kosten

Abs. 5 sieht vor, dass die Patientin (der Patient) über die Kosten der ästhetischen Behandlung oder Operation und auch darüber, dass die Behandlungskosten nicht von einem inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden, zu informieren ist.

Die vorgeschlagene Formulierung, wie sie in Abs. 5 verwendet wird, ist zu überdenken, da zum Zeitpunkt der (Erst-) Aufklärung in vielen Fällen noch nicht letztgültig abgeschätzt werden kann, ob eine von den Trägern der Sozialversicherung akzeptierte medizinische Indikation vorliegt. Eine Ablehnung der Kostenübernahme kann daher zu diesem Zeitpunkt noch nicht ohne weiteres gegenüber den PatientInnen behauptet werden.

Wir empfehlen daher, dass der Patient eine entsprechende Anfrage an den für ihn zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen hat. Abs. 5 wäre daher dahingehend abzuändern.

Abs. 6: nach der Ziffer 1 ist zur Klarstellung ein „oder“ einzufügen, sodass der Text nunmehr wie folgt lautet:

(6) Die Aufklärung über die von der Patientin (vom Patienten) zu tragenden Kosten der ästhetischen Behandlung oder Operation (Abs. 1 Z 8) hat in Form eines schriftlichen Kostenplans zu erfolgen, sofern

1. im Hinblick auf die Art und den Umfang der Behandlung wesentliche Kosten (Abs. 7) anfallen oder,
2. die Kosten die in der jeweils geltenden privatärztlichen Honorarordnung der entsprechenden Ärztekammer festgelegte Honorarhöhe übersteigen oder
3. dies die Patientin (der Patient) verlangt.

Zur Information unserer Mitglieder soll die Mitteilung, was unter wesentliche Kosten im Sinne des Abs. 7 zu verstehen ist, auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer erfolgen, weshalb folgender ergänzender Text vorgeschlagen wird: Die Österreichische Ärztekammer hat „wesentlichen Kosten“ im Sinne des § 5 Abs. 7 bis 1. Oktober eines jeden Jahres auf ihrer Homepage auszuweisen.

Aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer sollte im Abs. 8 klargestellt werden, dass unter gut sichtbarer Form auch die Homepage der Ärztin/des Arztes ausreichend ist, da diese oft wesentlich mehr von der Patientin/vom Patienten beachtet wird, als Aushänge in der Ordination.

Einwilligung, § 6

Für die Einwilligung iSd § 6 Abs. 1 zur ästhetischen Operation wäre eine 4-Wochen-Frist zwischen der Aufklärung und Beratung und der Einwilligung einzuhalten.

Zum einen ist diese Formulierung ungenau. Es erhebt sich die Frage, wann beginnt die Frist zu laufen? Nach Beratung, nach Aufklärung oder man könnte auch meinen, erst nach Einwilligung bzw. Zustimmung zur Operation. Darüber hinaus ist die willkürlich festgesetzte Frist von mindestens 4 Wochen überschießend und viel zu lange. Eine derart strenge Regelung – die es weltweit unseres Wissens nach kein zweites Mal gibt – schränkt auch die Freiheit mündiger PatientInnen unverhältnismäßig ein, ja bevormundet sie sogar. Auch unter Berücksichtigung, dass Österreich im internationalen Vergleich ein hohes Ansehen für die erbrachten medizinischen Leistungen genießt und diese im Ausland sehr geschätzt werden, wählen oftmals ausländische PatientInnen gerade Österreich, um hier medizinisch betreut zu werden. Es erscheint diese, im internationalen Bereich nicht übliche, Vorgangsweise bzw. überschießende Frist geeignet, ausländische PatientInnen davon abzuhalten, ästhetische Operationen in Österreich durchführen zu lassen bzw. inländische Patienten zu ermuntern, sich der jeweiligen ästhetischen Operation im Ausland zu unterziehen. Wir lehnen diese verhältnismäßig lange Frist daher strikt ab, können – wenn man unbedingt eine Frist gesetzlich festlegen muss – eine Frist von einer Woche zustimmen.

Abs. 2 meint offenbar nur, wenn die Patientin/der Patient **körperlich** nicht in der Lage ist, einen Zeugen beizuziehen, denn der Schutz bestimmter Personengruppen (Personen mit psychischer Krankheit oder geistigen Behinderung) wird in § 7 geregelt.

Besonderer Schutz bestimmter Personengruppen; § 7

Die Bestimmung, dass ästhetische Behandlungen oder Operationen erst ab 16 Jahre durchgeführt werden dürfen, erscheint in vielen Fällen sinnvoll. Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass bestimmte Eingriffe schon im Kindesalter vorgenommen werden sollen. Als Beispiel sei die Korrektur abstehender Ohren (Otoplastik) erwähnt. Folgt man den Ausführungen in den Erläuternden Bemerkungen ist sie dann nicht medizinisch indiziert, wenn beispielsweise der Muschel/Schädel-Winkel weniger als 45°, also beispielsweise nur 40° beträgt. In diesen Fällen wäre eine Operation verboten, was nicht sinnvoll ist. Es sollten somit einzelne Operationen, insbesondere die Ohrmuschelplastik von dieser Regel ausgenommen werden. Allenfalls könnten diese Ausnahmen in der VO-Ermächtigung (§ 4 Abs. 5) der Österreichischen Ärztekammer berücksichtigt werden.

Bei ästhetischen Behandlungen oder Operationen an Personen unter 18 Jahren (Abs. 2) wird eine psychologische Beratung einschließlich einer testdiagnostischen Abklärung allfälliger psychischer Störungen verlangt. Hinzuweisen ist, dass solche Beratungen und Tests auch entsprechende Fachärztinnen/Fachärzte vornehmen können. Erst die Erläuternden Bemerkungen sprechen hier von drei Terminen zu je 1,5 Stunden, sind also sehr konkret. In dem Zusammenhang erhebt sich die Frage, warum solche Konkretisierungen nicht im Gesetz aufgenommen werden, denn idR

werden Erläuternde Bemerkungen nicht vom Rechtsanwender gelesen. Es erscheint somit die gesetzliche Formulierung zu ungenau oder eben die Erläuternden Bemerkungen zu detailliert. Dasselbe gilt für Abs. 3, wo in den Erläuterungen vermerkt ist, dass bei fehlender Einsichts- und Urteilsfähigkeit eine sogenannte second opinion oder die Zustimmung des Gerichtes einzuholen ist.

Auch hier gehen wir davon aus, dass den ÄrztInnen alleine an Hand des Gesetzes eine praktikable Durchführung möglich sein sollte und nicht erst nach genauem Studium der Erläuternden Bemerkungen. Man müsste diese ins Gesetz aufnehmen, um Rechtsklarheit zu schaffen.

Im Zusammenhang mit dem Schutz bestimmter Personengruppen ist klar zu stellen, wie es sich bei Eingriffen aus religiösen Gründen verhält und ob diese dem Anwendungsbereich dieses Gesetzes unterliegen.

Auch die Einwilligung von psychisch Kranken und geistig Behinderten wird einer Regelung unterzogen: Gemäß § 7 Abs. 3 Z 2 des Entwurfes setzt die Behandlung unter anderem die Einwilligung des psychisch Kranken oder geistig Behinderten voraus. Im Entwurf ist die konkrete Einsichts- und Urteilsfähigkeit gefordert. Wenn die Patientin/der Patient diese hätte, wäre ihm aber kein Sachwalter für medizinische Behandlungen bestellt worden. Somit lässt sich kaum ein Anwendungsfall für § 7 Abs. 3 finden, zumal die Patientin/der Patient in diesen Fällen regelmäßig keine wirksame Einwilligung erklären kann. Diese Bestimmung muss noch nachgeschärft werden.

Zum Rücktritt (Abs. 2 Z 4 und Abs. 3 Z 3) – dh, dass die Einwilligung jederzeit bis eine Woche vor dem Behandlungs- oder Operationstermin widerrufen werden kann, ohne dass der Patientin/dem Patienten dadurch ein finanzieller Nachteil entsteht, ist auszuführen, dass es sich zivilrechtlich um den Rücktritt vom Behandlungsvertrag handelt. Der Behandlungsvertrag umfasst in der Regel nicht nur die Vornahme eines bestimmten Eingriffes/einer bestimmte Behandlung, sondern auch beispielsweise Informationen und ärztliche Aufklärung, Schutz- und Nebenpflichten. Es muss der Ärztin/dem Arzt möglich sein, die erbrachten Leistungen in Rechnung zu stellen, nur von der nicht erbrachten Leistung (z.B. Operation) kann man – eventuell, innerhalb einer Woche - vor dem Operationstermin zurücktreten.

Werbebeschränkung und Provisionsverbot

Wir weisen darauf hin, dass bereits das Ärztegesetz 1998 Werbebeschränkungen beinhaltet (vgl. § 53 und die in Ausführung dazu ergangene Richtlinie Arzt und Öffentlichkeit). Die nochmalige Nennung der Tatbestände (wenngleich in gering abweichender Form und Textierung) erscheint uns nicht sinnvoll. Es ist uns unklar, welche Bestimmung bei Verstößen zur Anwendung kommen soll? Z.B. gilt dann unsere Werberichtlinie noch für ästhetische Behandlungen oder wird diese durch § 8 teilderogiert?

Darüber hinausgehende Normierungen sollten nur dort erfolgen, wo es zur Erreichung des Zweckes unbedingt notwendig erscheint.

Im Sinne einer bestmöglichen Verfolgung des Zweckes dieser Bestimmung sollte unserer Ansicht nach eine sachliche, umfassende und objektive Informationen zugelassen werden. Es liegt somit im Interesse der Patientin/des Patienten ausreichend Informationen über die Ergebnisse vergleichbarer Behandlungen, die Qualifikation der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes und auch die optischen Rahmenbedingungen des Eingriffes zu erhalten.

Ausgehend vom angestrebten Regelungszweck erweisen sich daher vor allem die in den Ziffern 1, 2 und 5 formulierten generellen Werbe- bzw. Informationsverbote als kontraproduktiv und sind darauf gerichtet, der Patientin/dem Patienten durchaus wichtige Informationen zu entziehen.

Ad Z 1: Das Verbot von der bildlichen Darstellung vor und nach dem Eingriff ist gerade im Bereich der ästhetischen Medizin zu überdenken. Eine solche „Information“ kann für die Patientin/den Patienten oft hilfreich sein.

Da es bei ästhetischen Eingriffen oftmals um Formveränderung von Körperteilen geht, ist es integrierender Bestandteil der präoperativen Aufklärung, dem Patienten mitzuteilen, welche Veränderungen möglich sind.

Weiters will die/der Patientin/Patient wissen, welche Erfolge die/der zu Rate gezogene Ärztin/Arzt persönlich aufweisen kann. Dazu sind Fotografien von Patientinnen/Patienten vor und nach von der Ärztin/vom Arzt selbst gemachten Operationen das beste Mittel und werden regelmäßig von den PatientInnen im Aufklärungsgespräch eingefordert.

Es kommt immer darauf an, wie die entsprechende Information erfolgt. Wir sprechen uns dagegen aus, dass eine solche Information bzw. Werbungen über Massenmedien (insbes. Zeitschriften, Zeitungen, TV-Sendungen) transportiert werden oder durch gewerbliche Vermittlungsbetriebe angeboten werden. Eine Veröffentlichung sachlicher (!) Information auf der jeweiligen Homepage der Ärztin/des Arztes muss möglich sein.

Ad Z 2 Weiters geben Gutachten, Zeugnisse und insbesondere wissenschaftliche und fachliche Veröffentlichungen (Z 2) der Patientin/dem Patienten die Möglichkeit, die Qualifikation der Ärztin / des Arztes zu beurteilen.

Ad Z 5 Auch die bildliche Darstellung von Personen in Berufskleidung ist nicht zwingend als unsachliche Werbung zu qualifizieren, führen sie doch einer potentiellen Patientin / einem potentiellen Patienten vor Augen, dass es sich bei einer ästhetische Behandlung nicht um eine Kleinigkeit, sondern um einen durchaus ernst zu nehmenden Eingriff handelt, der mit Risiken verbunden ist, zudem handelt es sich um eine wichtige Abgrenzung zu Gewerbebetrieben, denen derartige Auftritte eigentlich zu untersagen wären.

Ad § 8 Abs. 3 Ein für uns besonders wichtiger Punkt und entgegen erster Überlegungen des BMG nicht aufgenommenen Punkt, ist das Verbot von Vermittlung ästhetischer Behandlungen oder Operationen durch gewerbliche Unternehmen. Eine entsprechende Bestimmung ist unbedingt in den Gesetzestext aufzunehmen. Darüber hinaus soll auch das Anbieten von Preisausschreiben, bzw. die Teilnahme an Preisvermittlungsagenturen verboten sein. Die Österreichische Ärztekammer regt dringend an, dass im § 8 Abs. 3 entsprechend zu normieren.

Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung

Mit der Aushändigung eines Behandlungspasses ist ein unüberschaubarer administrativer Aufwand verbunden. Warum ein solcher bereits bei Erstkonsultation vergeben oder bei erfolgter Aufklärung aber Nichtdurchführung eines Eingriffes, etc auszustellen ist, ist unklar. Darüber hinaus regt sich Widerstand gegen die Formulierung „Behandlungspass“. Vorstellen können wir uns, dass für jede Patientin/jeden Patienten, an dem Operationen mit Implantatverwendung durchgeführt werden, ein Implantatpass anzulegen ist. Darüber hinaus ist auf das Problem aufmerksam zu machen, dass nicht geregelt ist, wie vorzugehen ist, wenn die Patientin/der Patient den Operations- und Behandlungspass vergisst oder nicht vorweist. Es sollte klar geregelt sein, dass ein - von der Ärztin/vom Arzt - dokumentiertes Nichtvorlegen des Operations- und Behandlungspasses nicht zu Lasten der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes gehen darf bzw. ob und in welcher Form diesfalls eine alternative Dokumentation zu führen ist.

Abs. 6: Die ästhetische Behandlung oder Operation hat auf Grundlage der neuesten Erkenntnisse der Wissenschaft zu erfolgen, wobei nur das jeweils gelindeste Mittel zur Erreichung der von der Patientin/vom Patienten angestrebten ästhetischen Veränderung zur Anwendung kommen darf.

Hier wird nach dem vorliegenden Entwurfstext verpflichtend („hat ... zu erfolgen“) eine Anwendung der „neuesten Erkenntnisse der Wissenschaft“ auferlegt. § 2 Abs. 2 ÄrzteG 1998 normiert, dass die Ausübung des ärztlichen Berufes jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit umfasst. Gemäß § 49 (1) ist die/der Ärztin/Arzt verpflichtet, nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft

und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften, das Wohl der PatientInnen zu wahren. Diese Bestimmung impliziert, dass es der Ärztin/dem Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Eigenverantwortung anheimgestellt ist, im Rahmen der wissenschaftlich fundierten Behandlungsmöglichkeiten tätig zu werden. Bei der diesbezüglichen Auswahl unter mehreren Methoden wird wohl nicht zuletzt legitimer Weise auch darauf Rücksicht zu nehmen sein, welche Methode die/der entsprechende Ärztin/Arzt am besten beherrscht und was die/der PatientIn will. Im Sinne des PatientInnenwohls ist es der/dem Ärztin/Arzt weiterhin zu ermöglichen, aus den gängigen wissenschaftlich fundierten Methoden zu wählen, weshalb der nunmehr neu in die Gesetzessystematik aufgenommene unbestimmte Begriff „neueste Erkenntnisse der Wissenschaft“ in diesem Konnex nicht verständlich ist und ist eine Homogenisierung der Bestimmungen dringend notwendig.

Information des Krankenversicherungsträgers, § 10

Die Beurteilung der im Gesetz normierten Frage ist oftmals nicht einfach. Eine Verpflichtung zur Übermittlung von Informationen durch die behandelnden Ärztinnen/Ärzte im Falle der bloßen Kausalität wird abgelehnt. Eine Meldung wäre uU vorstellbar, wenn sich bei einer Folgebehandlung der Verdacht eines groben Verschuldens oder grobes Fehlverhaltens ergibt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Folgebehandlungen nach ästhetischen Operationen überwiegend durch operationsimmanente Komplikationen und nicht durch einen nicht lege artis durchgeführten Eingriff verursacht werden können.

Zwar sprechen die Erläuternden Bemerkungen hier von fehlerhafter Behandlung, der Gesetzestext normiert aber ganz klar nur eine Kausalität. Auch ein Regress-Anspruch setzt ein schuldhaftes Verhalten der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes voraus. Eine solche Bestimmung würde für die Sozialversicherungsträger sicherlich sehr aufwändig zu vollziehen sein, würden sie demzufolge jeden kausalen Fall im Hinblick auf Verschulden überprüfen müssen.

Die Bestimmung greift darüber hinaus weitgehend in das Verschwiegenheitsgebot und das Geheimhaltungsinteresse der Patientin/des Patienten, somit auch in seine Privatsphäre, ein.

Zum anderen ist nicht näher definiert, was unter „entsprechender Informationen“ zu verstehen ist und welche Informationen an den Krankenversicherungsträger zu übermitteln sind.

Eine Information an den Sozialversicherungsträger sollte durch den Patienten erfolgen.

Strafbestimmungen, § 11

Für ÄrztInnen gibt es disziplinarrechtliche Konsequenzen §§ 136 ÄrzteG ff. Damit kann unserer Meinung nach das Auslangen gefunden werden. Wir verweisen auf das Problem der Doppelbestrafung hin, wonach eine Verwaltungsstrafe von ÄrztInnen

nach diesem Gesetz etwaige Disziplinarverfahren vollkommen verunmöglichen würde und daher dem Disziplinarorgan der ÖÄK die Möglichkeit genommen wäre, ÄrztInnen, die gegen das Gesetz verstoßen, einer entsprechende Sanktion, bis hin zum Entzug der Berufsberechtigung, zu unterziehen.

Das Disziplinarverfahren würde auch die Gelegenheit geben eine breite Palette von Disziplinarmaßnahmen anzuwenden. Wir schlagen daher vor, einen Abs. 3 aufzunehmen, nachdem ÄrztInnen bei Verstoß gegen dieses Gesetz den disziplinarrechtlichen Regelungen iSd §§ 136 ff Ärztegesetz 1998 unterliegen.

Übergangsbestimmung und Inkrafttreten, §§ 12, 13

Anzumerken ist, dass der vorliegende Entwurf unzureichende Übergangsbestimmungen enthält.

Einerseits sind von der Ärztin/vom Arzt Vorkehrungen hinsichtlich der nunmehr gesetzlich normierten Anforderungen, zu treffen.

Andererseits weist die Österreichische Ärztekammer darauf hin, dass die Erlassung von Verordnungen der ÖÄK gemäß § 117c ÄrzteG in die Kompetenz der Vollversammlung fallen. Vollversammlungen der ÖÄK finden im Juni und im Dezember eines jeden Jahres statt.

In Anbetracht der Tatsache, dass das Gesetz den parlamentarischen Prozess noch durchlaufen muss und auch eine Verordnung im übertragenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer (§ 195g ÄrzteG) auch noch ein Begutachtungsverfahren durchlaufen muss, ist es absolut unrealistisch, die Verordnung der Kammer im Juni 2012 zu beschließen, sodass eine Beschlussfassung im Dezember 2012 frühestens angestrebt werden kann. Daher kann aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer va § 4 Abs. 3 erst frühestens mit 01.01.2013 in Kraft gesetzt werden, da auf dieser Bestimmung wesentlich die Berechtigung der einzelnen ÄrztInnen beruhen. Gleiches gilt für § 4 Abs. 6, da die Österreichische Ärztekammer erst auf Ihrer Homepage informieren kann, wenn die entsprechende Verordnung erlassen bzw. die Qualifikationen der AllgemeinmedizinerInnen geprüft wurden. Hinsichtlich der Qualifikationen der AllgemeinmedizinerInnen muss es zudem noch eine Frist für die Österreichische Ärztekammer geben, binnen der die Qualifikation der derzeit tätigen AllgemeinmedizinerInnen überprüft werden kann. Ein Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmungen des Gesetzes bevor die derzeit tätigen AllgemeinmedizinerInnen die Möglichkeit haben ihre Qualifikation nachzuweisen, wäre sicher verfassungswidrig.

Ebenso ist in Hinblick auf § 4 den betroffenen Ärztinnen und Ärzten Zeit zu geben, dass ihre Internetauftritte bzw. sonstige Publikationen ändern, sodass auch darauf beim Inkrafttretens-Zeitpunkt zu achten ist.

Auch für die erstmalige Publikation der Grenzwerte, sollte man der Österreichischen Ärztekammer etwas Zeit geben, damit auch hier keine Verwirrung bei den Normunterworfenen entsteht.

Aufgenommen werden sollte darüber hinaus im Artikel 2 – Änderung Ärztegesetz 1998 - folgende Bestimmung, wonach in den im § 4 genannten Verfahren der Präsident entscheidet:

§ 125 Abs. 4 2. Satz Ärztegesetz 1998 wird ergänzt:

Präsident entscheidet in Verfahren gemäß § 4 ÄsthOP.

Wir ersuchen, unsere Bedenken und Einwände zu berücksichtigen und vor einer parlamentarischen Behandlung jedenfalls noch die aufgezeigten Punkte mit uns zu besprechen.

Wir verbleiben

mit freundlichen Grüßen



KAD Dr. Johannes Zahl
(i.A. für den Präsidenten)

