

**7637/J XXV. GP**

Eingelangt am 21.01.2016

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

## ANFRAGE

der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein,  
und weiterer Abgeordneter  
an die Bundesministerin für Gesundheit

**betreffend Ärzteausbildung(RH-Bericht Bund 2015/9)**

### Kurzfassung

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in Österreich über Jahrzehnte hinweg im Wesentlichen unverändert. Für die nach jahrelangen Bemühungen im Jahr 2014 schließlich erfolgte Ärzteausbildungsreform fehlten wichtige Entscheidungsgrundlagen. So waren vor allem wesentliche Daten (z.B. Abwanderungsgründe und -zahlen von Absolventen, Drop-out-Gründe von Turnusärzten) nicht ausreichend vorhanden. Die Verlagerung der Regelung wesentlicher Ausbildungsinhalte von der Gesetzgebung zur Verwaltung war ebenfalls kritisch zu sehen, ebenso der im Hinblick auf die grundlegende Neugestaltung äußerst kurze Umsetzungszeitraum von einem knappen halben Jahr.

Bis zur Ausbildungsreform blieben die Anerkennungen der Ausbildungsstätten (Krankenanstalten insgesamt oder Abteilungen/Kliniken) über Jahrzehnte hinweg gültig, ohne je evaluiert worden zu sein. In den vergangenen fünf Jahren führte die Österreichische Ärztekammer — entgegen den gesetzlichen Vorgaben — auch keine Überprüfungen der Ausbildungsqualität in den Ausbildungsstätten vor Ort mehr durch, wodurch diesbezüglich jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle fehlte.

In den überprüften Krankenanstalten Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus, Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck, Landesklinikum St. Pölten/ Lilienfeld sowie Landesklinikum Gmünd/Waidhofen/Zwettl wurde die gesetzlich vorgesehene dreistufige Ausbildungsverantwortung (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Klinikvorstand/Abteilungsleiter) in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen; durchgängig einheitlich strukturierte nachvollziehbare Ausbildungsprozesse fehlten. Wesentliche Qualitätssicherungsinstrumente (z.B.

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

Logbuch, Ausbildungskonzept, Ausbildungsplan) waren nur teilweise vorhanden, entsprechende Umsetzungs- und Kontrollmechanismen existierten ebenfalls kaum. Die Administration und Kontrolle der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungserfolgsnachweis, war in allen überprüften Krankenanstalten mangelhaft.

In den überprüften Krankenanstalten war jedoch in den letzten Jahren das Bemühen um Verbesserungen der Ärzteausbildung erkennbar; so gab es insbesondere auch Anstrengungen, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und diplomiertem Pflegepersonal zu stärken und die Möglichkeiten des sogenannten mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs zu nutzen. Die aktuelle Reform der Ärzteausbildung sieht auch eine Reihe von Qualitätserfordernissen für die Ausbildung (etwa einen Ausbildungsplan) vor; ihre Umsetzung wird für die Krankenanstalten bzw. deren Träger eine große Herausforderung darstellen.

**Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen des RH:**

- (1) Insbesondere gemeinsam mit dem BMWFW, den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wäre standardmäßig dafür zu sorgen, dass die Anzahl der abwandernden Absolventen bzw. Turnusärzte sowie die Abwanderungsgründe erhoben und umfassend ausgewertet werden. Für eine Verbesserung der Datenlage wäre verstärkt mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen (z.B. deutsche Landesärztekammern) zusammenzuarbeiten. (TZ 5, 6)
- (2) Gemeinsam mit dem BMWFW, den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wären regelmäßige Erhebungen zu den Gründen, warum keine postpromotionelle Ausbildung begonnen wurde bzw. zu den „Drop-out-Gründen“ von Turnus-ärzten durchzuführen, um gegebenenfalls zeitnah die notwendigen (Ausbildungs)Maßnahmen treffen zu können. (TZ 5)
- (3) Hinsichtlich der Feststellung des Bedarfs an Ärzten für Allgemeinmedizin wären im Interesse der nachhaltigen Versorgungssicherheit raschestmöglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken. (TZ 9)
- (4) Unter Berücksichtigung der mit der Ärzteausbildung NEU erfolgten Änderungen wären zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer Musterlogbücher (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln. (TZ 25)

- (5) Zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger wären gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer Muster–Ausbildungskonzepte (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln. (TZ 26)
- (1) Es wäre darauf hinzuwirken, dass der Ausbildungsplan in den rechtlichen Vorgaben genauer definiert wird. Für zukünftige Anerkennungsverfahren sollte auch das Vorliegen eines Rotationskonzepts als Anerkennungsvoraussetzung normiert werden, um einen reibungslosen Ablauf der Ausbildung sicherzustellen. (TZ 27)
- (2) Bis zur Vornahme einer rechtlichen Definition wäre eine Klarstellung über Inhalt und Umfang des Ausbildungsplans vorzunehmen und den Trägern zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte auch auf die Problematik der Limitierung der Ausbildungsstellen eingegangen werden. (TZ 27)
- (3) Im Zusammenhang mit der im Zuge der Ärzteausbildung NEU eingeführten standardisierten Ausbildungsstellenverwaltung wäre gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer eine regelmäßige Berichterstattung festzulegen, um u.a. Informationen über die Entwicklung der Ausbildungsdauern zu erhalten, gegebenenfalls zeitgerecht Maßnahmen setzen und die in der Stellungnahme des RH zum Begutachtungsentwurf vorgeschlagene Evaluierung (TZ 3) durchführen zu können. (TZ 29)
- (4) Es wäre darauf hinzuwirken, dass im Rahmen der Rasterzeugnisse den Entwicklungen bei den Appendektomien und der Geburtshilfe Rechnung getragen wird und die OP–Kataloge entsprechend aktualisiert werden. Zusätzlich wären auch die Richtzahlen für andere Eingriffe vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung und dem tatsächlichen Leistungsgeschehen zu evaluieren. (TZ 39)
- (5) (Das Verhältnis zwischen laut Ärzteausbildungsordnung zu führendem Evaluierungsgespräch und Mitarbeitergespräch wäre klarzustellen. (TZ 40)
- (6) Es wäre raschestmöglich auf die Schaffung von Standards und Regeln für Visitationen durch die Österreichische Ärztekammer hinzuwirken, um eine regelmäßige und bundesweit einheitliche Vor–Ort–Kontrolle der Ausbildungsqualität zu gewährleisten. (TZ 43) (
- (7) Es wäre darauf hinzuwirken, dass der Umgang mit den Auswertungsergebnissen von Evaluierungen der Ärzteausbildung transparenter gestaltet wird. Die Krankenanstaltenträger und die Ärztlichen Leiter sollten über das gesamte Ergebnis verfügen, um gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können. (TZ 44)

- (8) (13) Weiters wäre darauf hinzuwirken, dass vermehrt konkrete Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildner in die Evaluierungsfragebögen aufgenommen werden. (TZ 44)
- (9) (14) Zur Unterstützung der Krankenanstalten(träger) und der (Medizinischen) Universitäten wären gemeinsam mit dem BMWFW und der Österreichischen Ärztekammer — nach einer Identifikation der häufigsten Korruptions–Fallkonstellationen — Vorgaben zur Korruptionsprävention bzw. Good–Practice–Beispiele (z.B. Musterformulare) zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. (TZ 52)
- (10) Der Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen wäre einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen. (TZ 26)
- (11) In Abhängigkeit von der „neuen“ Ärzteausbildungsordnung und den sich daraus ergebenden Rotationserfordernissen wären – die internen Rotationskonzepte gegebenenfalls zu überarbeiten bzw. zu ergänzen, – erforderlichenfalls anstaltsübergreifende Rotationskonzepte zu entwickeln und schriftliche Kooperationsverträge zu schließen. (TZ 28)
- (12) Der Klarstellung des BMG entsprechend wäre nachdrücklich darauf hinzuwirken, dass die Ausbildungsverantwortlichen die Evaluierungsgespräche regelmäßig und rechtzeitig führen sowie diese auch dokumentieren. (TZ 40)
- (13) Weiters wären Ablauf und zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche (etwa in Form einer Richtlinie) einheitlich zu regeln. Zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorgaben wären geeignete Umsetzungs– und Kontrollmechanismen festzulegen. (TZ 40)
- (14) Die nunmehr gesetzlich vorgesehenen Ausbildungspläne wären zu erstellen bzw. dafür Zuständigkeiten und Kontrollmechanismen zu definieren. (TZ 28)
- (15) Es wären entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um die Umsetzung der bestehenden bzw. vom RH empfohlenen zentralen Ausbildungsvorgaben (z.B. TZ 25, 26) durch die Ärztlichen Leiter sowie die Abteilungs– bzw. Klinikleiter im Interesse eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses sicherstellen zu können. Im Fall des Allgemeines Krankenhauses der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus könnten entsprechende Schritte im Rahmen der ab 2015 geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit der Medizinischen Universität Wien gesetzt werden. Hinsichtlich des Landeskrankenhauses – Universitätskliniken Innsbruck könnte damit bspw. die im Rahmen des Zusammenarbeitsvertrags eingerichtete Medizinische Universität Innsbruck –TILAK– Kommission beauftragt werden. (TZ 18)

- (16) Die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern wären zur Sicherstellung der Umsetzung der Ausbildungsvorgaben zu nutzen. (TZ 18)
- (17) Die vom Ärztlichen Leiter wahrzunehmenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wären ausdrücklich festzulegen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass dem Ärztlichen Leiter in Zukunft bspw. aufgrund vermehrt notwendig werdender Rotationen und höherer Qualitätsvorgaben eine noch größere Bedeutung zukommen könnte. (TZ 19)
- (18) Im Zusammenhang mit der nunmehr im novellierten ÄrzteG 1998 verankerten Möglichkeit einer abteilungsübergreifenden Tätigkeit von Turnusärzten außerhalb der Kernausbildungszeit wäre mit organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, dass der verantwortliche Facharzt bei Bedarf zumindest die Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 auch tatsächlich ohne Verzögerung übernehmen kann. (TZ 41)
- (19) Entsprechend der künftigen konkreten Ausgestaltung der Leistungsstruktur des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus im Rahmen der gemeinsamen Betriebsführung wäre die Ärzteausbildung in Zielvereinbarungen mit der Ärztlichen Leitung vorzusehen. (TZ 17)
- (20) Nach Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse wären die (geplante) Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben zur Korruptionsprävention im Sinne der geltenden Rechtslage sowie ihre laufende Aktualisierung vorzunehmen; im Interesse der Übersichtlichkeit sollte jeweils ein Gesamtdokument erstellt werden. (TZ 52)
- (21) Im Zusammenhang mit den empfohlenen Korruptionspräventionsmaßnahmen (Schlussempfehlung 25) wäre Folgendes zu regeln: – Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Genehmigungsprozesses für alle Einladungen an Mitarbeiter, auch an Leitungsorgane (mit und ohne aktiven Beitrag, Feiern und sonstige Veranstaltungen etc.), – Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Verfahrens über die Abwicklung von Geldflüssen; Verbot von „Umgehungsgeschäften“ (z.B. der Refundierung der Kosten für eine Weihnachtsfeier auf ein Drittmittelkonto), – klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen (bspw. allenfalls unter Festlegung von Wertgrenzen) sowie – Einrichtung von geeigneten Kontroll- und Informationsmechanismen, um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen. (TZ 52)
- (22) Auf Basis der Musterlogbücher des BMG wären Logbücher für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu erstellen bzw. zu überarbeiten. (TZ 25)

- (23) Betreffend die Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wären klare Festlegungen vorzusehen. Diese wären auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 23)
- (24) Es wären regelmäßige Evaluierungen der Ärzteausbildung durchzuführen und ein zweckmäßiger Umsetzungsmechanismus zu etablieren. Dabei wären auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildner aufzunehmen. (TZ 42)
- (25) Entsprechend den dafür noch zu erlassenden Vorgaben bzw. zu erstellenden Kennzahlen betreffend den Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin (TZ 9) wäre für eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung zu sorgen. (TZ 11)
- (26) Eine Ausweitung der Zuständigkeiten des Ausbildungszentrums West für Gesundheitsberufe auf zusätzliche Bereiche der Facharztausbildung wäre zu prüfen. (TZ 21)
- (27) Die Ärzteausbildung wäre in künftigen Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern zu thematisieren. (TZ 17)
- (28) Die Auslastung bzw. Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste wäre zu erfassen, um die Einhaltung der Vorgaben des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes überwachen bzw. überprüfen zu können. (TZ 47)
- (29) Hinsichtlich der Konsiliarausbildung wären die rechtlichen Vorgaben der Ärzteausbildung NEU entsprechend umzusetzen. (TZ 38)
- (30) Im Hinblick auf die mit der Ärzteausbildung NEU verbundenen größeren Herausforderungen gerade für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung (z.B. mehr Rotationen aufgrund von mehr Teilanerkennungen etc.) wären verstärkte individuelle Unterstützungs-, Koordinations- und Kontrollmaßnahmen zu setzen. (TZ 21)
- (31) Etwa unter Heranziehung der bereits vorliegenden Richtlinie des Landesklinikums St. Pölten/Lilienfeld wären in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU Vorgaben für alle niederösterreichischen Krankenanstalten zu erlassen. Darin sollte u.a. geregelt sein, dass Rasterzeugnisse zu archivieren und unverzüglich nach Beendigung des Ausbildungsbereichs bzw. nach Ablauf eines Ausbildungsjahrs auszustellen sowie das Evaluierungsgespräch zu vermerken waren. (TZ 38)

- (32) Für die Konsiliarausbildung wären einheitliche Vorgaben (Tätigkeits- und Aufgabenprofil, Administration der Rasterzeugnisse etc.) zu schaffen. (TZ 38)
- (33) Für die Verpflichtung der Universitätskliniken bzw. Abteilungen, Logbücher zu verwenden, wären zentrale Rahmenvorgaben vorzusehen. Diese Rahmenvorgaben sollten den Umgang mit dem Logbuch (z.B. Unterzeichnung der jeweils absolvierten Ausbildungsteile durch den Ausbildner, Archivierung von Kopien etc.) regeln, die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen enthalten, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen sowie einen geeigneten Kontrollmechanismus durch die Ärztliche Direktion zur Überprüfung der Einhaltung dieser Rahmenvorgaben festlegen. Für den Fall, dass Logbücher für Turnusärzte in Facharztausbildung dezentral entwickelt werden, sollte deren Freigabe durch die Ärztliche Direktion vorgesehen werden. (TZ 25)
- (34) Sowohl „Ausbildungsassistenten“ als auch Mentoren wären verstärkt einzusetzen sowie ihre Aufgaben und Zuständigkeiten schriftlich festzulegen bzw. zu aktualisieren. (TZ 24)
- (35) Auf Basis der Musterkonzepte des BMG wären die Ausbildungskonzepte für die verschiedenen Ausbildungsphasen (Basisausbildung, allgemeinmedizinische Ausbildung, Sonderfachausbildung (Grund- und Schwerpunkttausbildung)) zu erstellen bzw. den Anforderungen der Ärzteausbildung NEU anzupassen. (TZ 26)
- (36) Es wäre eine vertiefte — zumindest stichprobenartige — Kontrolle der Rasterzeugnisse, bspw. im Hinblick auf die tatsächliche Erfüllbarkeit der Vorgaben in den Rasterzeugnissen oder die rechtlich vorgegebene Dokumentation der Evaluierungsgespräche, vorzunehmen. (TZ 38)
- (37) Die mitverantwortliche Durchführung aller ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG genannten Tätigkeiten wäre sicherzustellen. (TZ 37)
- (38) Mit der Rotationsplanung wären Mitarbeiter zu betrauen, die längerfristig dieser Aufgabe nachkommen können (z.B. einen Oberarzt) und selbst nicht am Rotationssystem teilnehmen. (TZ 28)
- (39) Im Hinblick auf die in der Ärzteausbildungsordnung vorgesehene jährliche Zeugnisausstellung wäre — auch unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU — eine rechtskonforme Vorgehensweise sicherzustellen. (TZ 38)
- (40) Im Rahmen der (geplanten) institutionalisierten Zusammenarbeit wären gemeinsam strategische Ziele für die Ärzteausbildung zu erarbeiten. Als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzubrechen. (TZ 17)

- (41) Vor der Hintergrund der geplanten gemeinsamen Betriebsführung wären auch gemeinsame organisatorische Maßnahmen zu prüfen, um u.a. die vom RH empfohlenen zentralen Vorgaben (z.B. TZ 25, 26) schaffen bzw. deren Umsetzung sicherstellen und die Turnusärzte in Facharztausbildung dementsprechend stärker unterstützen zu können (etwa im Rahmen der Ausbildungsplanung). (TZ 21) (47) Die im Entwurf (TZ 20) angeführten Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wären gegebenenfalls im Sinne der neuen Ausbildungsbestimmungen zu konkretisieren. Diese wären auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 23)
- (42) Der dem RH im November 2014 vorgelegte Entwurf (TZ 20) wäre um die Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion und die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen, zu ergänzen. (TZ 25)
- (43) Die Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich wäre auf die Maßnahmen gemäß § 15 GuKG zu beschränken. (TZ 31)
- (44) Da an den Kliniken für Innere Medizin II und III hinsichtlich des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs die Praxis noch nicht vollständig dem Vereinbarten entsprach, wäre die Umsetzung an diesen beiden Kliniken noch stärker voranzutreiben. (TZ 32)
- (45) Da in den Vereinbarungen der Kliniken für Innere Medizin II und III für einzelne Tätigkeiten nach wie vor keine mitverantwortliche, sondern eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war und dies dem vom AKH Wien mit der Rahmenvereinbarung verfolgten Ziel, die mitverantwortlichen Vornahme aller enthalten Tätigkeiten schrittweise umzusetzen, widersprach, wäre an den beiden Kliniken auf eine mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten hinzuwirken. (TZ 32)
- (46) Die Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse wäre der Ärzteausbildungsordnung entsprechend anzupassen. Weiters wäre das Datum des Evaluierungsgesprächs in den Rasterzeugnissen zu vermerken. (TZ 38)
- (47) Die geplanten Evaluierungen der Ärzteausbildung wären gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien zügig umzusetzen; dabei wären auch folgende Faktoren wesentlich: Einbeziehung von Ausbildungsverantwortlichen und Turnusärzten in den gesamten Evaluierungsprozess, Transparenz der Ergebnisse gegen- über den Betroffenen sowie Begleitung und Kontrolle des Verbesserungsprozesses z.B. durch das Qualitätsmanagement. Weiters

wären auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildner aufzunehmen. (TZ 42)

- (48) Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle zwei der in der Muster–Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich vorgesehenen Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege zuzuordnen waren bzw. es sich bei vom Pflegepersonal durchzuführenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelte, wäre die Rahmenvereinbarung zu adaptieren. (TZ 33)
- (49) An der Universitätsklinik für Innere Medizin IV wäre für eine rasche und umfassende Umsetzung der Vereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu sorgen. (TZ 34)
- (50) Da im Gegensatz zur Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich für das Injizieren von intramuskulären Medikationen an allen und für das Setzen von Magensonden an vier von sechs Kliniken nach wie vor eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war, wäre eine zukünftige mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten zu prüfen. (TZ 34)
- (51) Es wäre in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU eine Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse zu erlassen; diese sollte u.a. regeln, dass die Rasterzeugnisse regelmäßig auszustellen und die Evaluierungsgespräche zu vermerken sowie die Rasterzeugnisse zu archivieren sind. (TZ 38)
- (52) Bezuglich des Injizierens von intramuskulären und intravenösen Medikationen wäre für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dies in der Praxis nunmehr auch am Standort Gmünd teilweise erfolgte und am Standort Zwettl laut Vereinbarung schon gängige Praxis war. (TZ 35)
- (53) Bezuglich des Legens von Magensonden wäre für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dies in der Praxis nunmehr auch am Standort Gmünd teilweise erfolgte und am Standort Zwettl laut Vereinbarung schon gängige Praxis war. (TZ 36)

Die unterzeichneten Abgeordneten stellen daher an die Bundesministerin für Gesundheit folgende

## Anfrage

1. Wie stehen Sie als Gesundheitsministerin mit Stand 1.Jänner 2016 zu den im RH-Bericht vorgebrachten Kritikpunkten?
2. Welche der vom Rechnungshof formulierten Empfehlungen wurden aus Sicht des Gesundheitsministeriums bereits umgesetzt?
3. Welche Empfehlungen werden bis Ende 2016 umgesetzt werden?