



Wahrnehmungsbericht der
Österreichischen Ärztekammer
zum Gesundheitswesen und
zur Gesundheitspolitik für
die Jahre 2007 und 2008

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	4
GESUNDHEITSWESEN ÖSTERREICH	5
Sozialversicherungssystem	8
Private Krankenversicherung	12
Einrichtungen und Leistungsbereiche im Gesundheitswesen	13
Das Gesundheitswesen im Spiegel der Medien	23
GESUNDHEITSPOLITIK.....	25
Die Fakten einer gescheiterten „Gesundheitsreform“	25
GESUNDHEITSPOLITISCHES KONZEPT 2008 DER ÖÄK	27
I. Präambel.....	27
II. Vorschlag zur Vorgangsweise	27
III. Finanzierung des Gesundheitssystems.....	29
IV. Gesundheitspolitik	31
V. Ambulanter Bereich/Spitalsentlastung	32
VI. Krankenanstalten	34
VII. Struktur der sozialen Krankenversicherung.....	35
VIII. Qualitätssicherung	35
IX. Heilmittel	37
X. eHealth	38
ANGESTELLTE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN	41
Arbeitszeitübertretungen.....	41
EU-Arbeitszeitrichtlinie.....	42
Umfrage Patientensicherheit	44
Wartezeiten für Elektivoperationen.....	46
Universitäten	48
NIEDERGELASSENE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN	49
Verträge mit den sozialen Krankenversicherungen; WahlärztInnen	49

Honorarentwicklung.....	50
Vorsorgeuntersuchung.....	51
MUKI.....	53
E-Card	54
Qualitätssicherung.....	55
ELGA- ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSAKTE	58
AUS- UND FORTBILDUNG	60
Allgemeines	60
Ausbildung.....	61
Fortbildung	64
Leitlinien	65
GESETZGEBUNG, RECHTSPRECHUNG	66
Gesetzgebung.....	66
Judikatur.....	72
PATIENTENSICHERHEIT	75
(EUNetPaS und Plattform Patientensicherheit)	75
ENTWICKLUNGEN AUF EUROPÄISCHER EBENE	77
Europäischer Rechtsrahmen für Gesundheitsdienstleistungen.....	77
Statut für eine Europäische Privatgesellschaft.....	78
Grünbuch über Beschäftigte im Gesundheitswesen.....	79
Mitteilung der Europäischen Kommission zu Telemedizin	79
Arzneimittelinformation für Patienten	79
Richtlinie über Medizinprodukte.....	80
Verordnung über neuartige Therapien	80
Aktionsprogramm Öffentliche Gesundheit	80
Ärzterelevante Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof.....	81
AKTIVITÄTEN DER ÖÄK ZUM NICHTRAUCHERSCHUTZ	82

EINLEITUNG

Als gesetzliche Interessensvertretung aller in Österreich tätigen Ärzte und Ärztinnen geht es uns nicht nur um die Mitgestaltung der Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung, es ist uns auch unser Gesundheitswesen insgesamt ein Anliegen; ebenso wie die Mitwirkung an einer Gesundheitspolitik, die über die ärztliche Interessen hinausgeht.

Im vorliegenden Wahrnehmungsbericht beziehen wir uns auf Gegebenheiten und Entwicklungen in verschiedenen Bereichen des Österreichischen Gesundheitswesens in den Jahren 2007 und 2008 und bringen Analysen, Anregungen und Änderungsvorschläge zum Ausdruck. Um den Rahmen einer solchen Darstellung nicht zu sprengen, haben wir einige Bereiche, die uns am wichtigsten erschienen sind, ausgewählt und in unseren Wahrnehmungsbericht aufgenommen. Zur besseren Darstellung haben wir Textteile mit zahlreichen dazugehörigen Graphiken bzw. Statistiken ergänzt.

Neben dem analytischen ersten Teil über das Gesundheitswesen haben wir im gesundheitspolitischen zweiten Teil auch unsere Vorstellungen über die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens eingebracht. Ich betone ausdrücklich Weiterentwicklung und nicht Reform, da eines der besten Gesundheitssysteme der Welt nicht reformiert, nicht modernisiert, sondern - wenngleich auch mit strukturellen Veränderungen – weiterentwickelt werden muss. Zu uns erscheinenden notwendigen strukturellen Änderungen haben wir Vorstellungen entwickelt, die wir mit diesem Wahrnehmungsbericht auch zur gesundheitspolitischen Diskussion stellen. Der kritische, fachkompetente Leser möge uns nachsehen, dass unser erster Wahrnehmungsbericht auch unbeabsichtigte Lücken beinhalten kann, weshalb Anregungen durchaus erwünscht sind.

MR Dr. Walter Dörner
Präsident der Österreichischen Ärztekammer

Wien, im Dezember 2008

GESUNDHEITSWESEN ÖSTERREICH

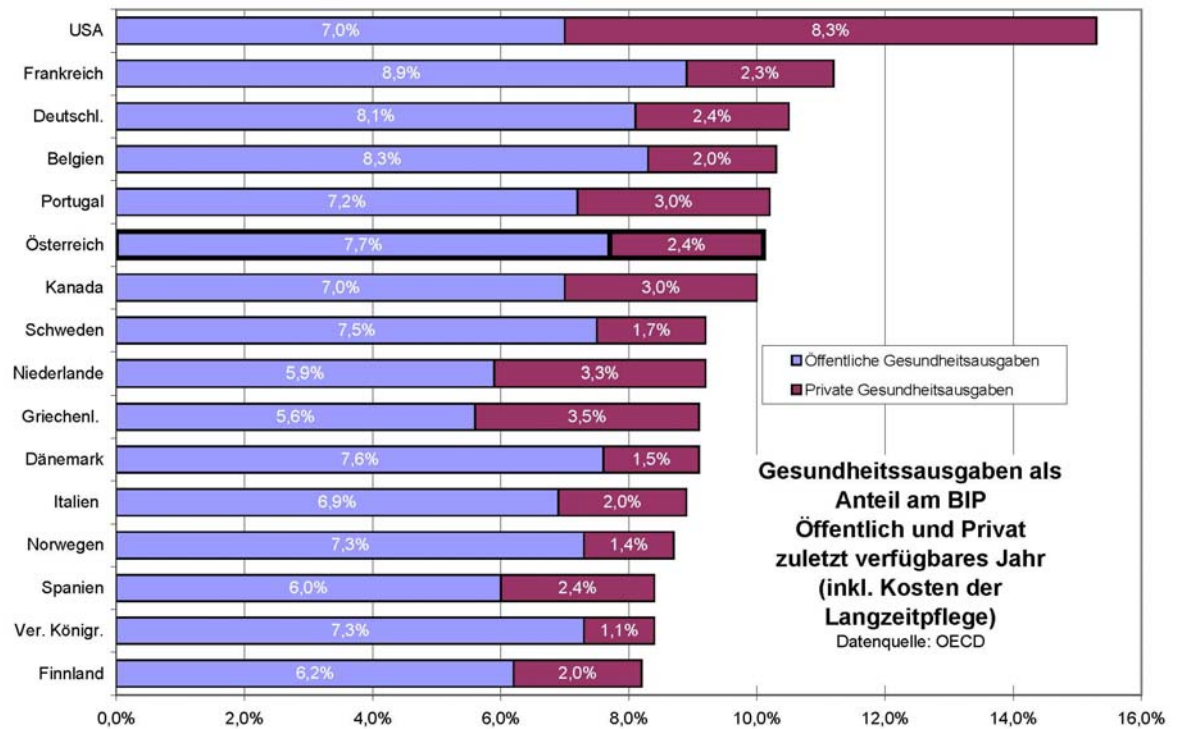
Das österreichische Gesundheitswesen und dessen Finanzierung beruht auf dem Prinzip der Solidarität, einem Prinzip, das Eigenleistung und Eigenverantwortung nicht ausschließt, sondern im Gegenteil diese beiden Komponenten als wesentliche Bestandteile des Systems mit einschließt. Das österreichische Sozialversicherungssystem ist sozial ausgewogen, aufbauend auf einem hohen Gesundheitsschutzniveau. Für den Patienten/die Patientin besteht freie Arztwahl und weitgehend freie Wahl der Krankenanstalten und das Recht auf medizinische Versorgung auf dem aktuellen medizinischen Standard, unabhängig von sozialem, wirtschaftlichem, bildungsmäßigem Status der Bevölkerung.

Im Jahre 2006 zeichnete der Euro Health Consumer Index Österreich als das konsumentenfreundlichste Gesundheitssystem Europas aus. 2007 wurden die Kriterien zur Beurteilung auf Themen wie e-health ausgeweitet. Auf Grund dieser zusätzlichen Kriterien hat Österreich den dritten Platz eingenommen. Nach Auskunft des für die Studie verantwortlichen Vizepräsidenten von Health Consumer Powerhouse sei die Bewertung probenhalber auch nach dem Muster von 2007, also ohne den Themenkomplex „e-health“, durchgeführt worden. Nach dieser Bewertungsmethode läge Österreich an zweiter Stelle hinter den Niederlanden. Schwächen beständen in Österreich allerdings auch hinsichtlich der Prävention.

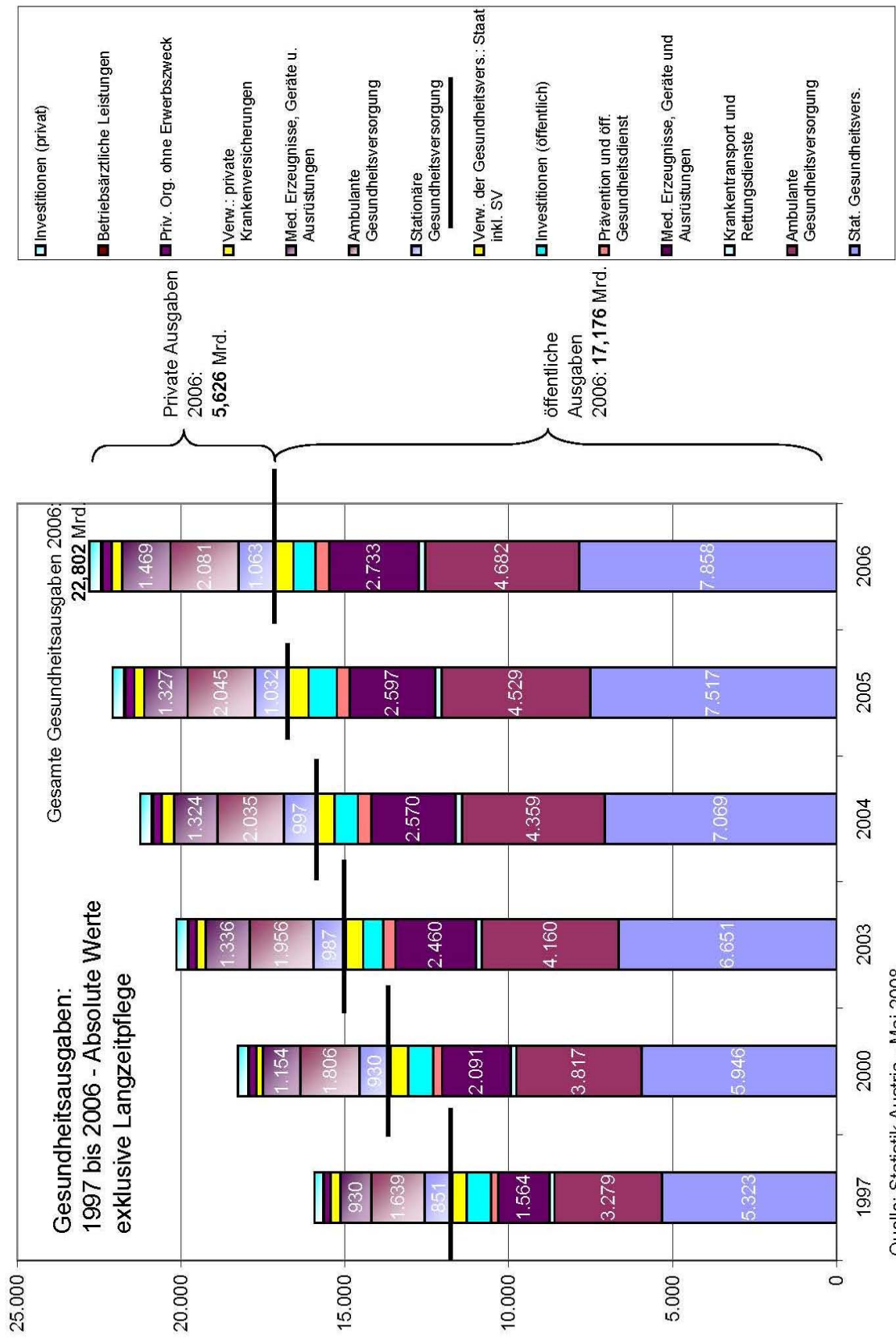
Eine Umfrage der Peter Hajek Public Opinion Strategies zeigt, dass die Bevölkerung mehrheitlich Sorge vor Verschlechterungen im österreichischen Gesundheitssystem hat. Für 97 Prozent der österreichischen Bevölkerung ist Gesundheit das wichtigste Thema. Viele Österreicherinnen und Österreicher äußern in der Studie Sorge vor höheren finanziellen Belastungen im Krankheitsfall sowie vor Leistungskürzungen.

Trotz der angespannten Finanz- und Wirtschaftssituation haben Gesundheitsfragen bei der Bevölkerung nach wie vor oberste Priorität. Niemand würde es verstehen, wenn der Staat aus Steuermitteln für Banken und Wirtschaftsbetriebe hunderte Euromilliarden zur Verfügung stellte, für Österreichs Gesundheitssystem aber nicht einmal jene Mittel aufbrächte, die zum Erhalt einer angemessenen Gesundheitsversorgung notwendig sind.

Laut Statistik Austria wurden im Jahr 2006 über 26 Milliarden Euro für die Gesundheit in Österreich ausgegeben. Diese teilen sich auf in 6,2 Milliarden private Gesundheitsausgaben und 19,9 Milliarden öffentliche Ausgaben. Diese Ausgaben repräsentieren 10,1 % des Bruttoinlandsproduktes. Damit liegt Österreich im europaweiten Vergleich relativ weit vorne, allerdings gibt es einzelne Länder deren öffentliche Gesundheitsausgaben, gemessen in % des BIP höher sind.

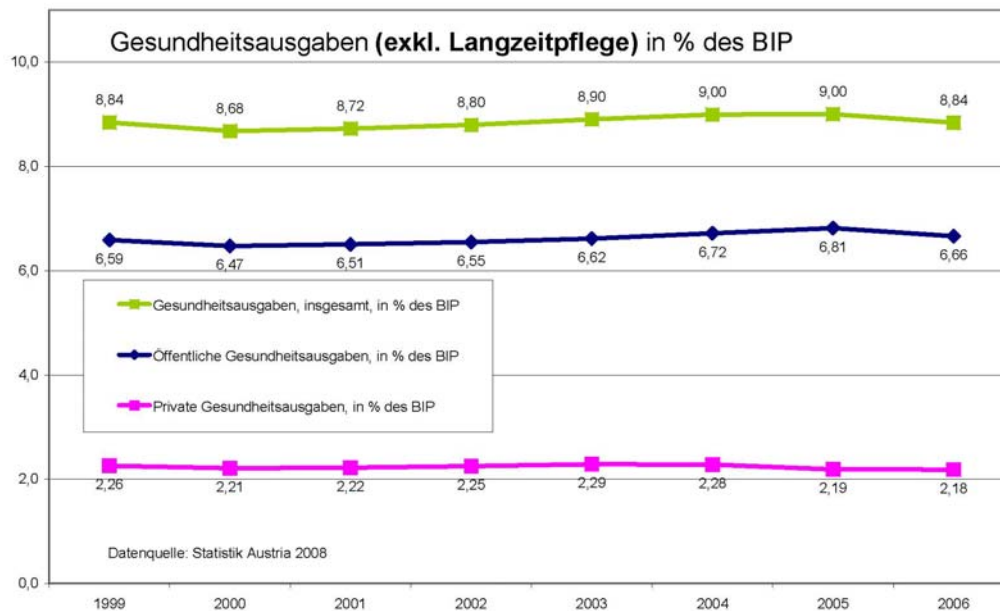


Reduziert man diese Ausgaben um die teilweise enthaltenen Kosten der Langzeitpflege, so ergeben sich 22,8 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben, die sich wiederum aufteilen in 5,6 Milliarden private Gesundheitsausgaben und 17,2 Milliarden öffentliche Ausgaben.



Quelle: Statistik Austria - Mai 2008

Diese Ausgaben betragen 8,8 % des BIP und sind seit 1999 eine relativ konstante, d.h. gleichbleibende, Größe

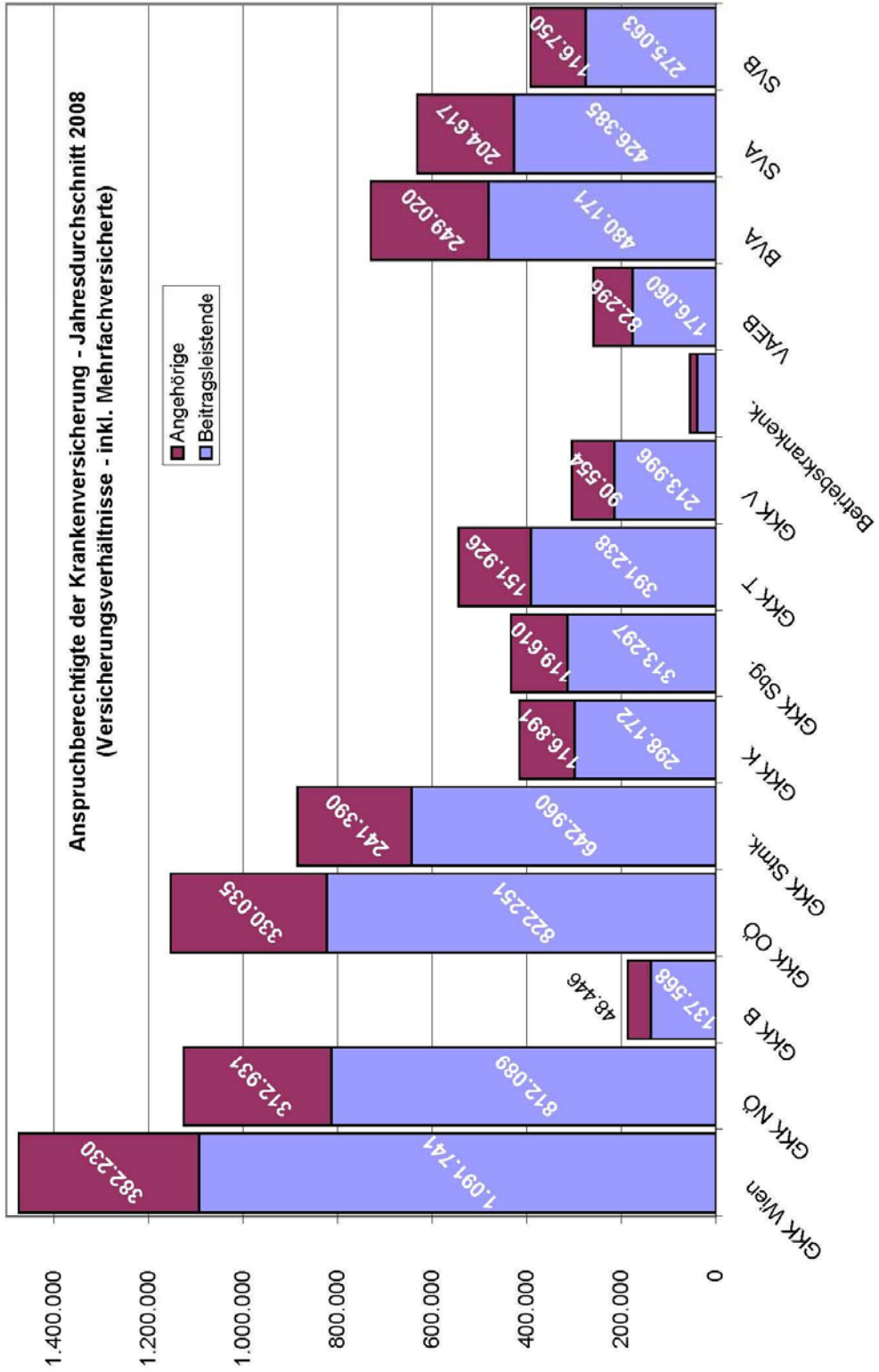


Sozialversicherungssystem

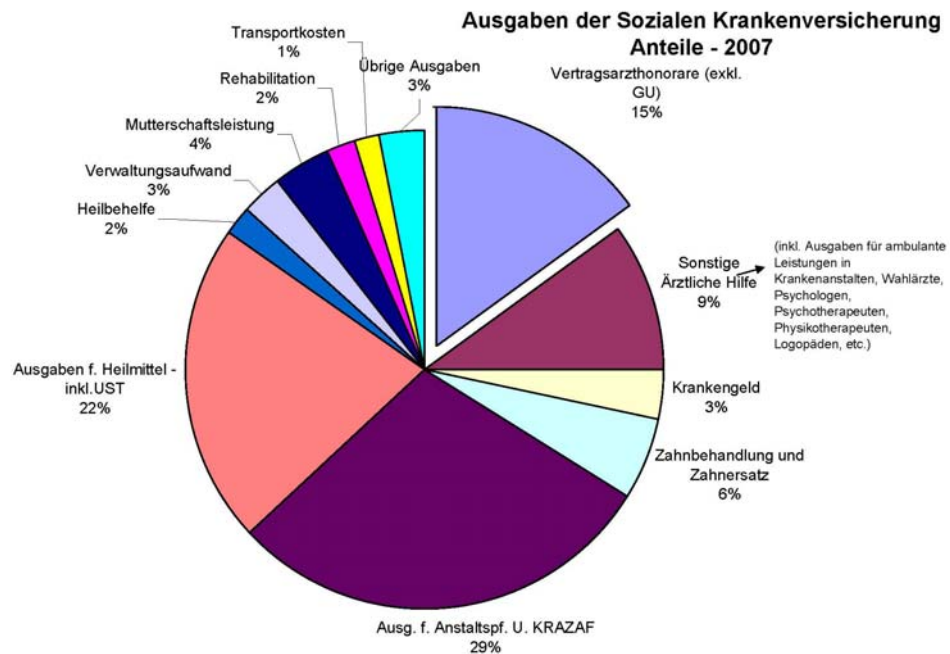
99% der österreichischen Bevölkerung sind sozialversichert. Die Krankenversicherung ist eine gesetzlich festgelegte Pflichtversicherung, die auf dem Prinzip der Solidarität beruht.

Somit verfügt (fast) jeder Österreicher/jede Österreicherin über einen Zugang zu einer ausreichenden Gesundheitsversorgung.

Eine Differenzierung der Anspruchsberechtigten auf die einzelnen Krankenversicherungsträger, aufgeteilt auf Beitragsleistende und Angehörige zeigt die folgende Übersicht (Versicherungsverhältnisse inkl. Mehrfachversicherungen):



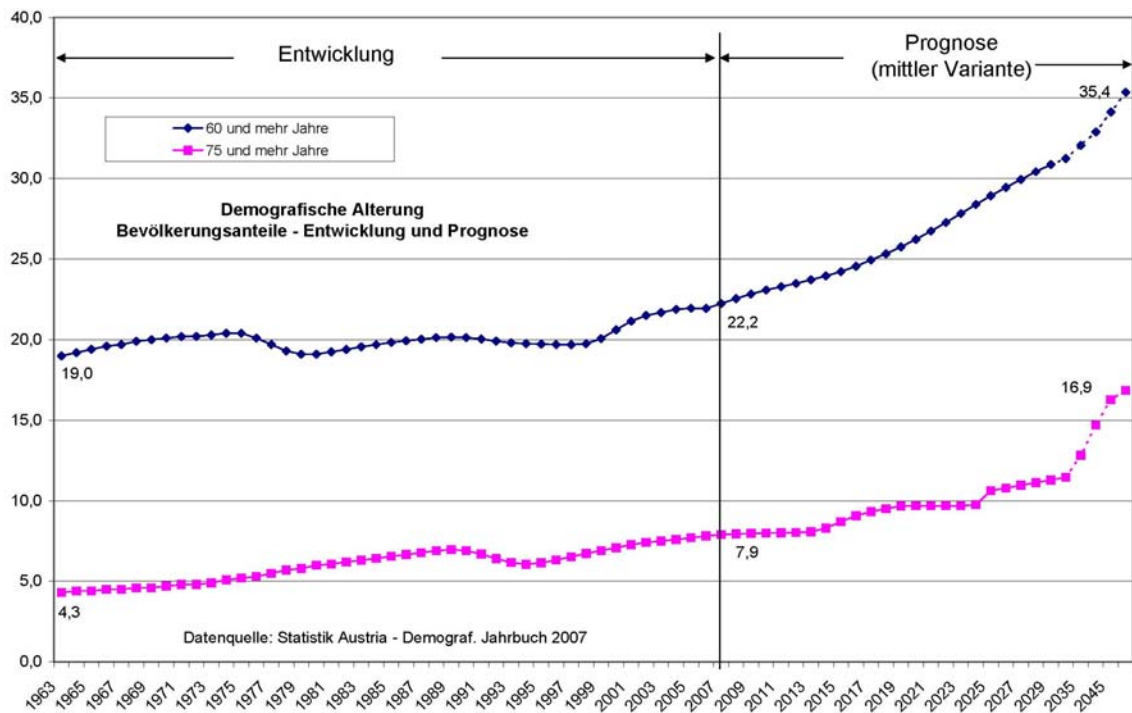
Versicherte haben den Anspruch auf ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbeihilfe, Zahnbehandlung und -ersatz, Krankengeld sowie Pflege in einem öffentlichen Krankenhaus. Die Verteilung der Ausgaben dieser Leistungsbereiche zeigt die folgende Graphik:



KT100a_euro.xls - Torte_spezial

Die Ausgaben für Anstaltspflege und Heilmittel betragen jede für sich mehr als die Ausgaben für Arzthonorare. Besonders im Heilmittelbereich ist in den letzten Jahren eine starke Kostendynamik festzustellen.

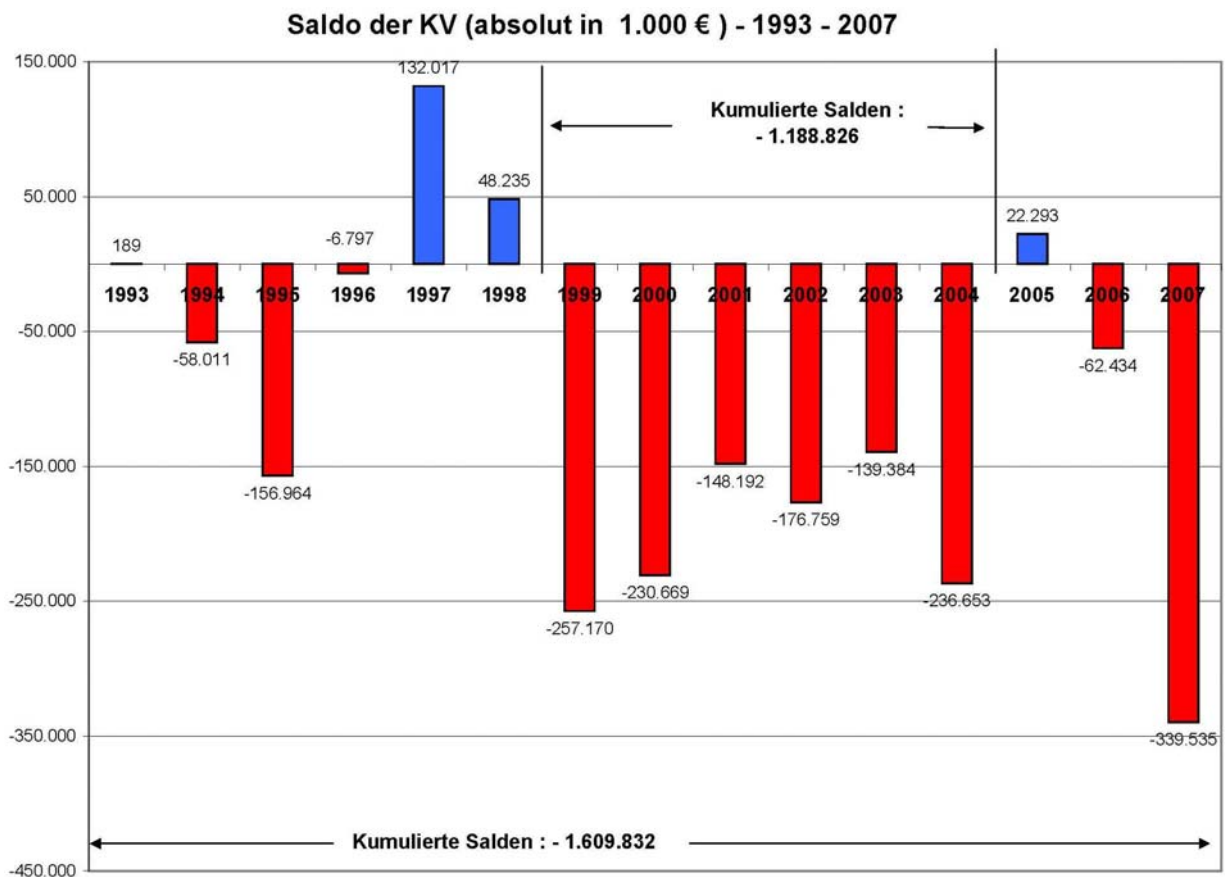
Durch den medizinischen Fortschritt und die steigende Lebenserwartung kommt es zu einer vermehrten Belastung des Sozialversicherungssystems (siehe fortfolgende Graphiken).



longrun_1963_2050.xls - D1

Da die Einnahmen der Krankenversicherungen stark mit den Entwicklungen am Arbeitsmarkt verbunden sind, ist auch in Zukunft keine Entspannung ihrer finanziellen Situation zu erwarten.

Aus den oben angeführten Gründen ist es in den letzten Jahren zunehmend zu einer prekären finanziellen Situation der Krankenversicherungsträger (siehe Graphik unten) gekommen, aus der sich ein entsprechender Handlungsbedarf ableitet.



Die Österreichische Ärztekammer geht davon aus, dass notwendige Veränderungen weiterhin auf folgenden Grundsätzen beruhen:

- ➡ Ziel einer nachhaltigen Entwicklung des österreichischen Gesundheitswesens muss es sein, auch in Zukunft allen Versicherten und Mitversicherten einen gleichen Zugang zu einer medizinischen Versorgung auf hohem medizinischen Niveau, außerdem den Ärzten bei ihrer Berufsausübung die Wahrung ihrer ethischen Grundsätze und Unabhängigkeit zu sichern.
- ➡ Die dezentrale Versorgungsstruktur ist ein wichtiges Kriterium für ein patientenorientiertes Gesundheitssystem.

Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung in Österreich erstreckt sich im Wesentlichen auf die stationäre Versorgung; Leistungen für den ambulanten Versorgungsbereich wären durchaus noch entwicklungsfähig.

Im Bereich der privaten Krankenversicherung wurden 2007 insgesamt 2.804.049 Risiken versichert und hierfür € 1.483 Mio. Prämien bezahlt.

Demgegenüber stehen Leistungen von insgesamt € 1.024 Mio., die sich auf 1.746.559 Schadensfälle verteilen. Den größten Anteil an den Leistungen hat hierbei mit 71,8 % der Krankenhauskostenersatz (inkl. Sondergebühren).

Eine Betrachtung der Entwicklung der letzten zehn Jahren zeigt auch, dass dieser Bereich noch entwicklungsfähig wäre.

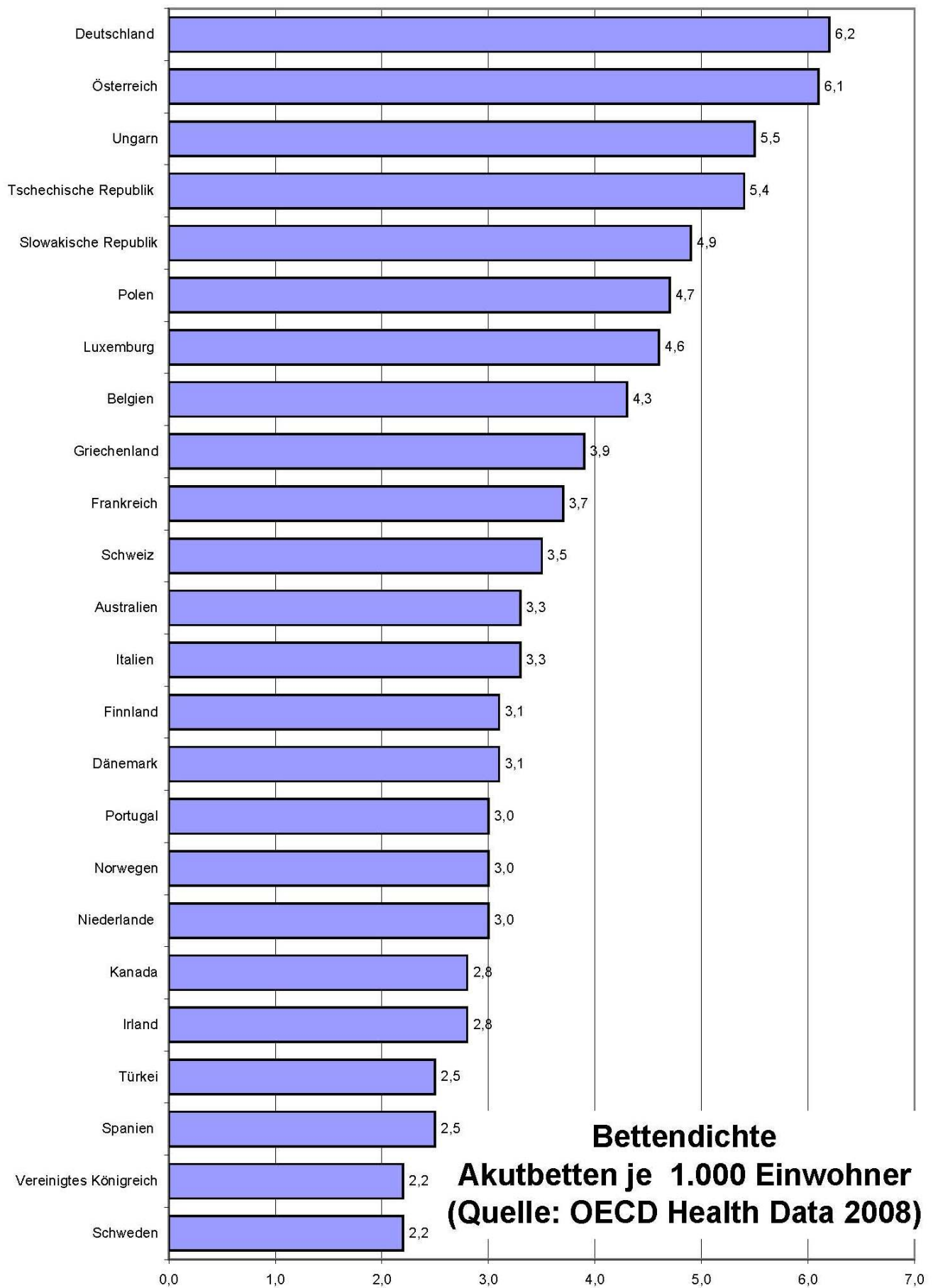
Während das Prämienaufkommen um 32%, die Schadensfälle um 47% und die Leistungssumme um 21% gestiegen sind, sind im gleichen Zeitraum die Anzahl der versicherten Risiken lediglich um 5% gestiegen. (Quelle: Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs)

Einrichtungen und Leistungsbereiche im Gesundheitswesen

Krankenanstalten

In Österreich wurden in Krankenanstalten im Jahr 2007 2,47 Mio. PatientInnen stationär behandelt. Bei rund 49.000 aufgestellten Betten ergaben sich 16,54 Mio. Pflage tage (2007).

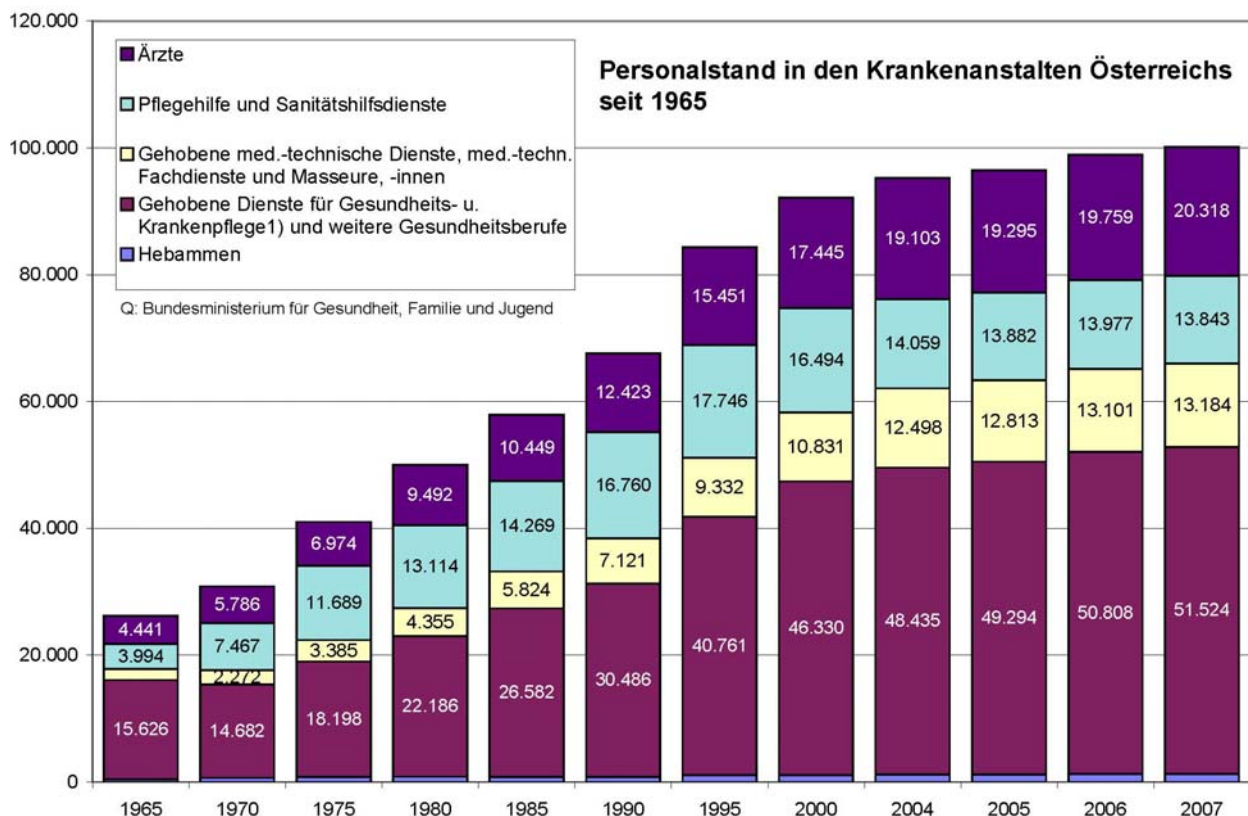
Österreich hat im internationalen bzw. EU-Vergleich eine außerordentlich hohe Bettendichte. Im EU-Vergleich wird Österreich nur knapp von Deutschland überholt. (siehe Graphik unten).



➔ Diese Spitalslastigkeit verursacht hohe Kosten für das Gesundheitswesen; Spitalsentlastung muss als Ausgangspunkt für Reformen gesehen werden, wird aber durch das derzeitige Finanzierungssystem erschwert.

Diese Spitalslastigkeit spiegelt sich auch in den tagesklinisch erbringbaren Leistungen (2007) wider: Nur 7,8 % der tagesklinisch erbringbaren Leistungen werden tatsächlich als 0-Tage-Leistungen abgerechnet (Quelle: überregionale Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse der Fonds-Spitäler 2007).

In Krankenanstalten waren 2007 über 100.140 Beschäftigte tätig, darunter 20.318 ÄrztInnen. Eine Übersicht über Zusammensetzung und Entwicklung des Personalstandes in den Krankenanstalten zeigt die folgende Graphik.



In den Krankenhäusern bestehen durchgehend große Arbeitsbelastungen für die Angestellten unter teilweise schlechten Arbeitsbedingungen und gravierenden, weit verbreiteten Arbeitszeitverletzungen.

Ambulanzen und Ambulatorien

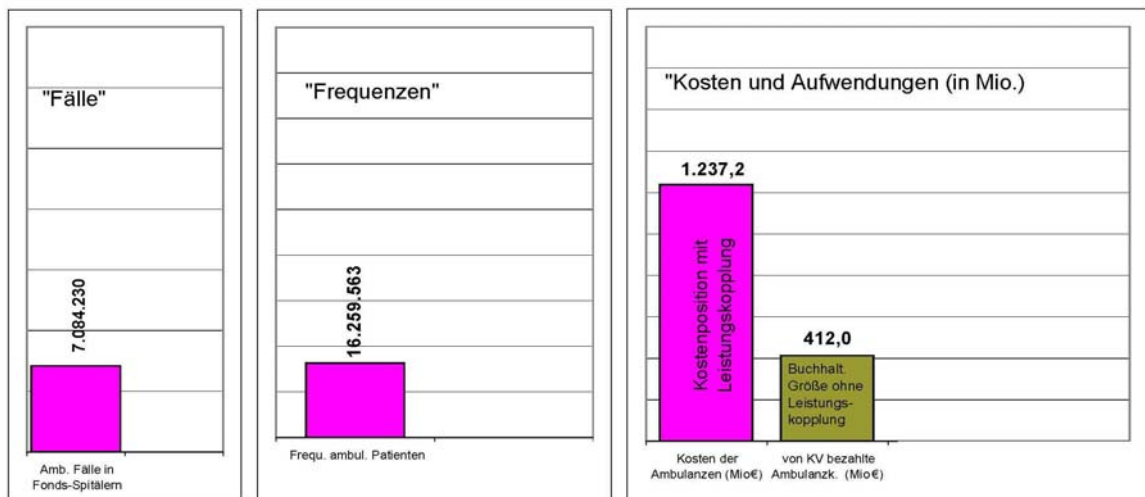
Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten normiert in seinem § 26, dass in öffentlichen Krankenanstalten Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind, wenn es

1. zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
2. zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,
3. zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
4. über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
5. im Zusammenhang mit Organ- einschließlich Blutspenden,
6. zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
7. für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin notwendig ist.

Ferner steht den öffentlichen Krankenanstalten das Recht zu, Vorsorgeuntersuchungen ambulant durchzuführen. Die Träger können dieser Verpflichtung auch durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen entsprechen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass alle einschlägigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes eingehalten werden. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.

Laut überregionaler Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse der Fonds-Spitäler wurden im Jahr 2007 knapp über 7 Millionen Ambulanzfälle verzeichnet, die zu 16,2 Millionen ambulanten Frequenzen führten. Hierdurch entstanden den Krankenanstaltenträgern Kosten von 1,2 Milliarden Euro (Kosten für ambulante Leistungen an stationäre Patienten sind hierin nicht enthalten).

"Ambulanzen"

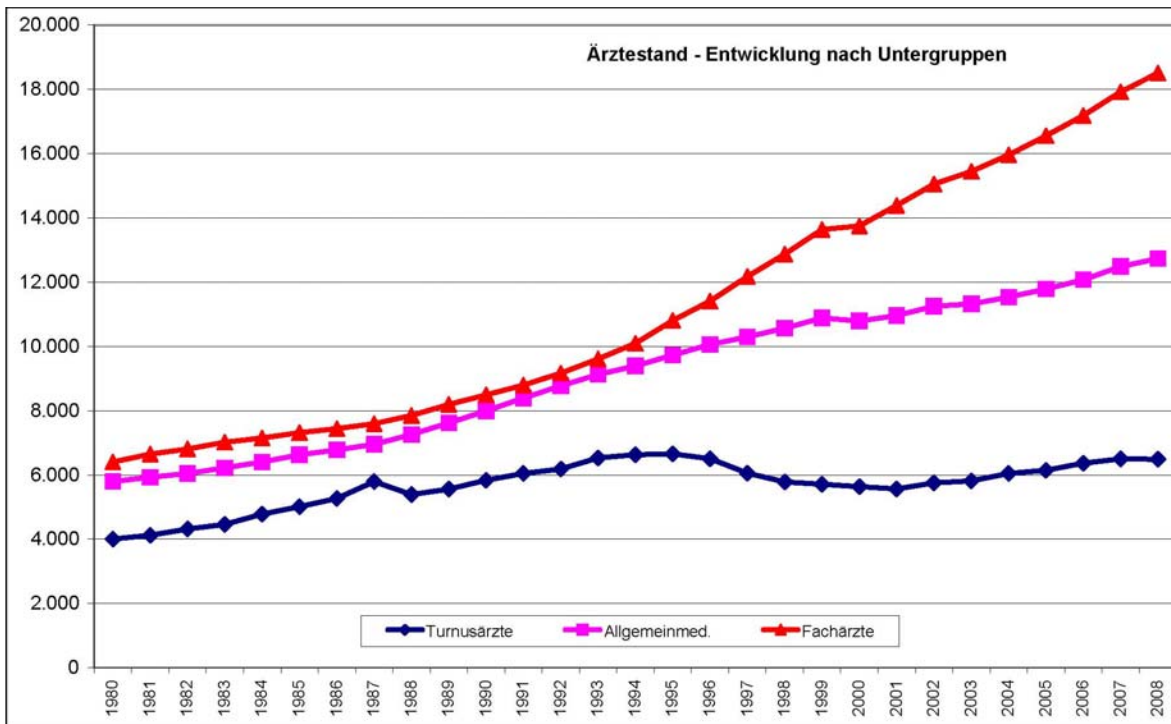
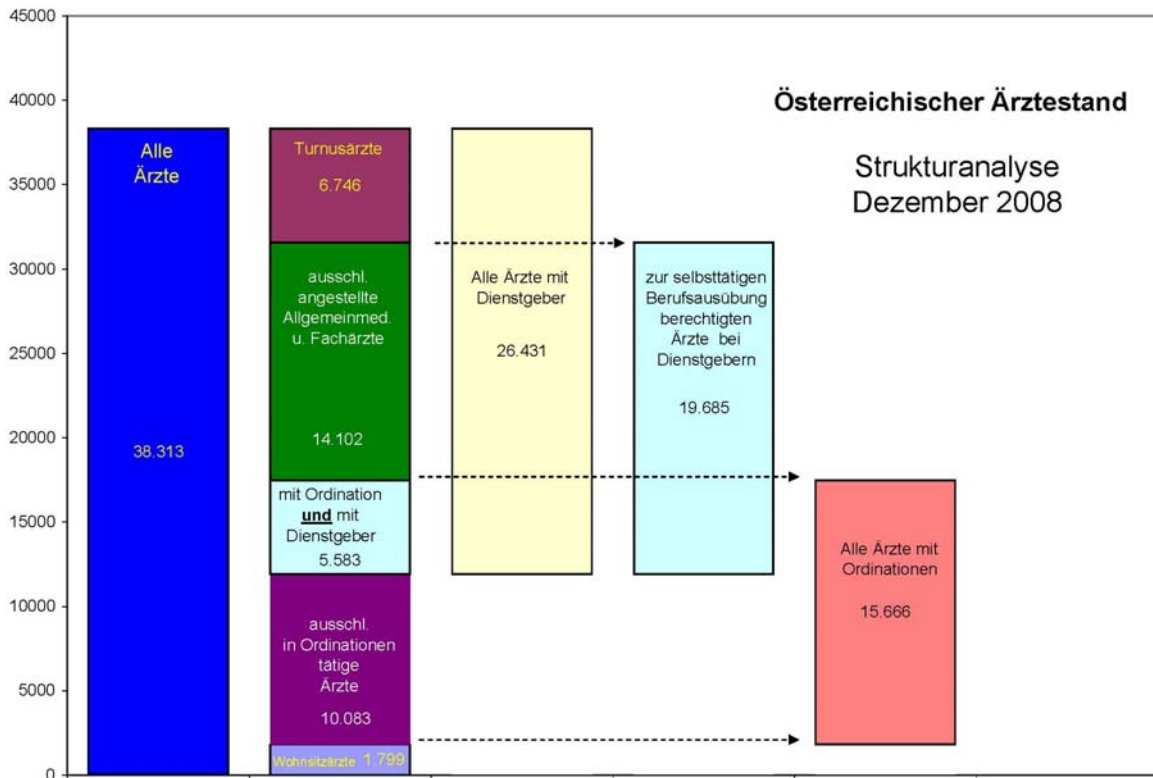


Auf geradezu traditionelle Einsparungsmöglichkeiten ist hier zu verweisen:

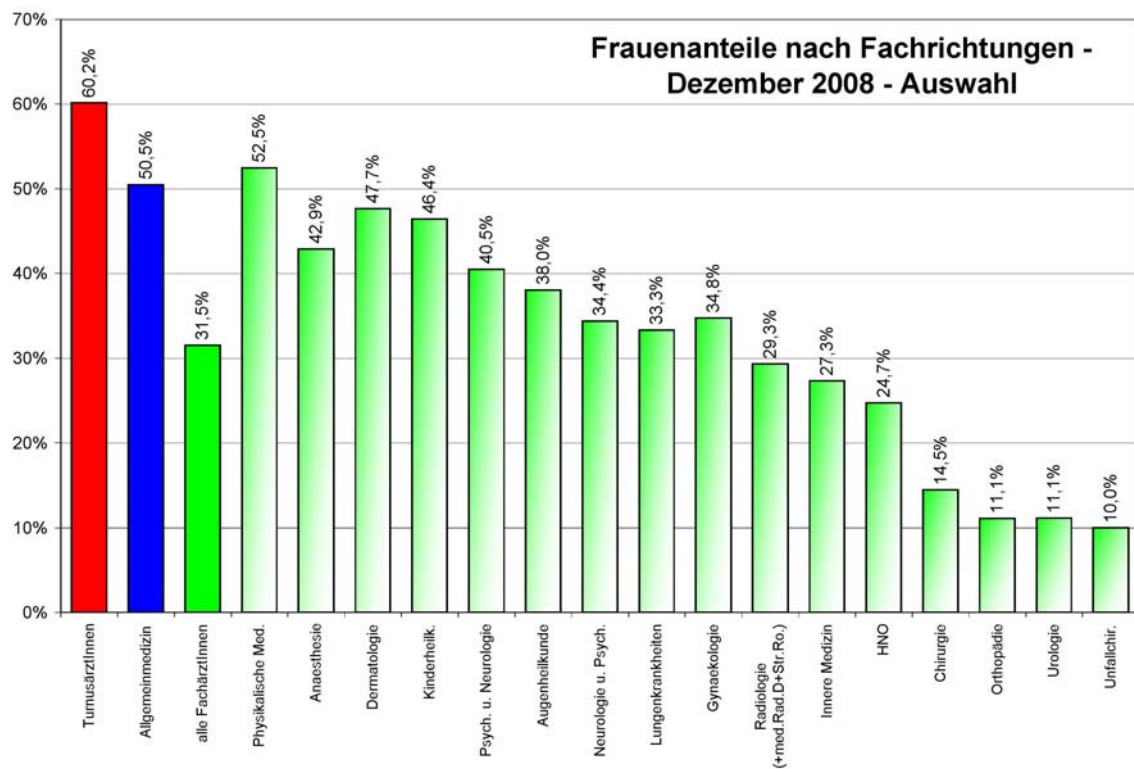
- ➔ Einsparungsmöglichkeiten durch Verlagerung in den niedergelassenen Bereich
- ➔ Vermeidung von „Doppelgleisigkeiten“ durch koordinierte Behandlungsabläufe unter Vermeidung von Effizienzverlusten.

ÄrztInnen als Leistungserbringer im Gesundheitswesen

Eine Übersicht über die Struktur und Entwicklung der österreichischen Ärzteschaft zeigen die folgenden Graphiken:



Frauen in der Medizin



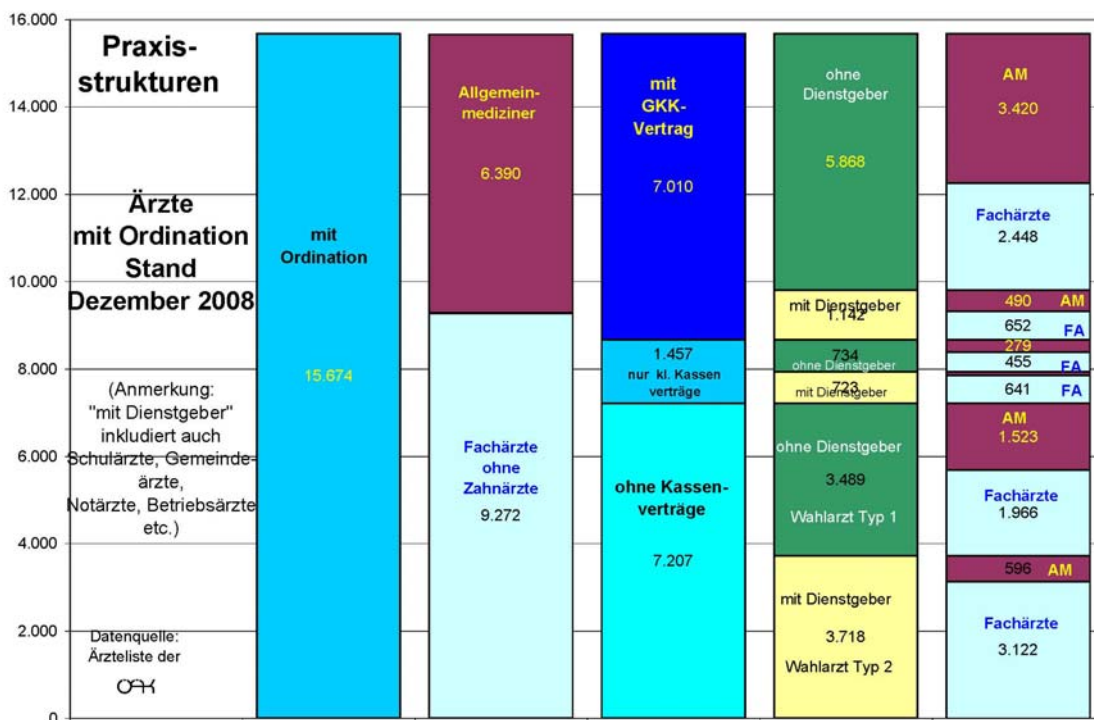
fachanteil200812.xls - 2008

Niedergelassener Bereich

Die extramurale Versorgung der PatientInnen erfolgt vor allem durch niedergelassene ÄrztInnen.

7.770 VertragsärztInnen, davon 7.036 GKK VertragsärztInnen, 33 Millionen GKK-Fälle, 82,2 Millionen Arzt/Patientenkontakte, 1,9 Milliarden Euro Kassenhonorare.

In Österreich betreiben über 15.600 ÄrztInnen eine eigene Ordination. Eine Aufgliederung nach Fachrichtungen, Kassenvertragsausstattungen und gleichzeitiger Tätigkeit im Angestelltenbereich zeigt die folgende Übersicht.



Wahlarztgrafik_2008_12.xls - D13c

Alten- und Pflegeheime

Während in Krankenanstalten die Notwendigkeit einer ärztlichen Betreuung der chronisch kranken PatientInnen im Vordergrund steht, sind Pflegeheime – wie der VfGH in seinem Erkenntnis vom 16. Oktober 1992 feststellt – Einrichtungen zur Aufnahme von Menschen, die ständiger Pflege und fallweise ärztlicher Betreuung bedürfen.

In diesem Zusammenhang haben Alten- und Pflegeheime ärztliche Betreuung und Behandlung in angemessener Zeit sicherzustellen, wobei den PatientInnen in der Regel freie Arztwahl zu ermöglichen ist.

Die ärztliche Behandlung, insbesondere diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden entweder von angestellten ÄrztInnen oder in vielen Alten- und Pflegeheimen im Rahmen des allgemeinen Sozialversicherungssystems im Ausmaß des durch § 133 Abs. 2 ASVG und die parallelen Bestimmungen in den anderen SV-Gesetzen festgelegten Leistungsniveaus („ausreichende und zweckmäßige das Maß des Notwendigen nicht überschreitende; Behandlungsleistungen“) durch die „HausärztInnen“ der jeweiligen Bewohner im jeweiligen Anlassfall erbracht.

Eine darüber hinausgehende ärztliche Behandlung und Beratung nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaften, vor allem im Hinblick auf präventivmedizinische

Maßnahmen und im Sinne einer qualifizierten und bedarfsgerechten medizinisch-geriatrischen Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen ist dadurch aber nicht gewährleistet. Deshalb fordert die Österreichische Ärztekammer eine

- ➔ Stärkung der ärztlichen Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaften in Alten- und Pflegeheimen, vor allem im Hinblick auf präventivmedizinische Maßnahmen und im Sinne einer qualifizierten und bedarfsgerechten medizinisch-geriatrischen Versorgung
- ➔ Etablierung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in den Alten- und Pflegeheimen

Rettungsdienste

Über die Kompetenz zur Gesetzgebung und Vollziehung für das Rettungswesen verfügen die Länder. Dementsprechend sind die Strukturen für das Notarztwesen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. In die Vollziehung eingebunden sind auch die Gemeinden im Bereich des örtlichen Rettungsdienstes. Für den Bereich der Flugrettung (insbes. Notarzhubschrauber) hingegen sind Bund und Länder gleichermaßen verantwortlich. Daher bestehen Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG über die gemeinsame Errichtung von Hubschrauberdiensten oder direkte Verträge zwischen Ländern und Betreibern.

Folgende Punkte würden aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer zur Verbesserung des Rettungswesens in Österreich beitragen:

- ➔ Bedarfsorientierte Planung von Notarzt-Stützpunkten unter Einbeziehung der Ärztekammern, mit Genehmigung durch die Landesregierungen
- ➔ Abstimmung der etablierten, ärztlichen Notdienste mit den Rettungsorganisationen zur Vermeidung von Versorgungslücken und Doppelgleisigkeiten
- ➔ gesetzliche Verankerung eines koordinierenden leitenden Notarztes/Notärztin
- ➔ Transparentes Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsystem der Rettungsdienste
- ➔ zur Ermöglichung von Leistungsvergleichen müssen einheitliche Datensätze bezüglich der unbedingt erforderlichen Daten der Notarztprotokollierung etabliert werden. Die medizinischen und einsatztaktischen Daten müssen den Stützpunkt-leitenden NotärztInnen zur Auswertung elektronisch zur Verfügung stehen. Landesweite anonymisierte Datensammlung mit Auswertung und Berichtslegung

- ➔ Verwendung von strukturierten Abfrageschemata in den zentralen Leitstellen unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines präklinischen Notarztsystems.

Medikamentenversorgung

Unterschiede ausreichender Medikamentenversorgung Land/Stadt

Österreich verfügt über 954 ärztliche Hausapotheken und 2200 öffentliche Apotheken.

Ab 1.1.2009 wird die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf 10 % reduziert.

Hausapotheken

Während die Versorgung mit Medikamenten in der Stadt für alle PatientInnen ausreichend möglich ist, erscheint die Versorgung der Bevölkerung am Land in der Zukunft als äußerst sensibel. Immer mehr ÄrztInnen mit Hausapotheken müssen diese nach Ablauf einer Übergangsfrist nach Bewilligung einer Apotheke sperren. Obgleich der Verfassungsgerichtshof erst jüngst entschieden hat, dass die Arzneimittelversorgung in Gemeinden mit nur einem Kassenvertragsarzt/einer Kassenvertragsärztin durch ärztliche Hausapotheken erfolgen soll. Dazu im Widerspruch steht jene Bestimmung im Apothekengesetz, die für neu zu gründende oder an einen Nachfolger zu übergebende ärztliche Hausapotheken im Gegensatz zu früher einen Mindestabstand von 6 km zur nächsten öffentlichen Apotheke vorschreibt und zwar auch dann, wenn es sich um eine Ein-Kassen-Arzt-Gemeinde handelt.

- ➔ Um zu ermöglichen, dass tatsächlich jede Ein-Kassen-Arzt-Gemeinde von einer ärztlichen Hausapotheke versorgt werden kann, wäre der verpflichtende Mindestabstand von 6 km im Apothekengesetz aufzuheben. Damit wäre auch die Übertragung bestehender ärztlicher Hausapotheken an einen kassenärztlichen Nachfolger gewährleistet.

Medikamentenverschreibung/-Anwendung

Im Rahmen der Verschreibung hochwirksamer Arzneimittel hat der Arzt/die Ärztin ein Interesse daran zu wissen, welche OTC-Präparate zur Eigenmedikation von PatientInnen eingenommen werden, um unerwünschte Wechselwirkungen mit den in den Apotheken frei verkäuflichen Medikamenten auszuschließen. Zumeist fehlen den ÄrztInnen hierüber ausreichende Informationen und die ausreichende Kontrolle über die Gesamtheit der von einzelnen PatientInnen eingenommenen Präparate und deren Wechselwirkungen.

➔ Um die e-Medikation künftig sicher durchführen zu können, braucht der Arzt/die Ärztin jedenfalls vor seiner/ihrer Verschreibung Informationen darüber, welche OTC-Präparate die PatientInnen bezogen haben. Deshalb ist eine elektronische Zusammenschau der durch die ApothekerInnen frei verkauften OTC-Präparate und den ärztlich verschriebenen Medikamenten beim Arzt/der Ärztin von großer Bedeutung. Als erste Stufe wird auf ein Projekt der Gesamtvertragspartner, sozialen Krankenversicherungen, Ärzteschaft und Apotheker verwiesen.

Wie der OGH jüngst festgestellt hat, sind ÄrztInnen berechtigt, die zur direkten Anwendung an PatientInnen notwendigen Arzneimittel zu beziehen und in der Ordination vorrätig zu halten. Zur Zeit besteht allerdings ein Verbot der Direktbelieferung von ÄrztInnen durch Arzneimittelhersteller und Großhändler. Aus diesem Grunde fordern wir:

➔ Recht für ärztliche Hausapotheken und Ärzte hinsichtlich des Ordinationsbedarfs Heilmittel direkt beim Hersteller oder Großhändler zu beziehen.

Das Gesundheitswesen im Spiegel der Medien

Gesundheitswesen und Medien aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer

Gesundheit und Gesundheitspolitik sind Themen, die in allen Medien verstärkt Niederschlag finden. Es gibt nahezu keine Zeitung, keine Zeitschrift, auch keine elektronischen Kommunikationsträger, die nicht der Gesundheitsberichterstattung großen Raum widmen. Zunehmend rückt auch die Gesundheitspolitik, insbesondere die Kritik am Gesundheitssystem ins mediale Rampenlicht. Gesundheit liegt an der Schnittstelle der primären Lebensbedürfnisse der Bevölkerung und der kommerziellen Interessen der Medien. Sie taugt für Schlagzeilen und Blattaufmacher, sie bietet Spielfeld für überzogene Erwartungen und enttäuschte Hoffnungen. Sie enthält Nährstoff für (vermeintliche) Skandale und (hochstilisierte) Konflikte. Gesundheit verkauft, steigert die Auflage und die Anzeigenumsätze.

Besonders vor dem Hintergrund der sich zunehmend verknappenden Ressourcen und dem damit verbundenen langfristigen gesellschaftlichen Konfliktstoff gewann in den letzten Jahren die Gesundheitspolitik zunehmend Raum in den Medien. Dabei wurde der Ruf nach Reformen laut und der Begriff Gesundheitsreform zunächst eindeutig positiv konnotiert. Jene Experten – Gesundheitsökonomien, Patientenanwälte oder andere – die der Veränderung und Neuerung das Wort redeten, fanden mit ihrer Meinung breiten Niederschlag. Die Grundsätze, auf welchen unser soziales und solidarisches Gesundheitssystem beruht, schienen in der medialen Denkwelt dagegen eher vergessen. Flankiert wurde diese Entwicklung von Meldungen, wonach man im Gesundheitssystem Milliarden Euro beträge einsparen könnte. Im Jahr 2007 hatte der Rechnungshof ein Effizienzpotenzial von 2,9 Milliarden Euro in den Spitälern entdeckt und angeregt, diese Mittel in den niedergelassenen Bereich umzuwidmen. Mit nahezu gebetsmühlenartiger

Regelmäßigkeit waren es vor allem Wirtschaftsvertreter, die diese Meinung unreflektiert an die Medien weitergaben – allerdings verzerrt und verfälscht in der Form, dass 2,9 Milliarden Euro im österreichischen Gesundheitswesen eingespart werden könnten. Diese Meinung wurde mehrfach und wiederholt Journalisten unterbreitet, ungeachtet der Tatsache, dass es sich bei den genannten möglichen Beträgen nicht um Einsparungen sondern um ein Umschichtungsvolumen handelt, das aus der Übernahme von medizinischen Leistungen der Spitäler durch den niedergelassenen Bereich resultieren könnte. Sperrige Begriffe wie „Einsparungs- oder Effizienzpotenziale“ erfreuten sich überhaupt einer ganz dichten Präsenz – woraus sich vor allem zwei Schlüsse ziehen lassen:

Der unter starkem Produktionsdruck stehende Journalismus übernimmt Wortprägungen, ohne sie analytisch zu hinterfragen und ausreichend zu recherchieren. Das deutet wiederum darauf hin, dass ganz wenige Journalisten die Zeit finden, sich mit Fragen der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems eingehender auseinander zu setzen. Somit konnte eine „ökonomische Semantik“ von einem Bereich Besitz ergreifen, der als öffentliche Daseinsvorsorge nicht uneingeschränkt betriebswirtschaftlichen Kriterien unterliegt. Die Notwendigkeit zur Reform wurde den Medien auch über diverse Aktivitäten zur angeblichen Korruptionsanfälligkeit des Systems sowie über vermeintliche schwere Qualitätsmängel in Spitälern und Niederlassungen nahegelegt. Die oftmals anonyme Platzierung führte zu einer unzulässigen Verallgemeinerung und potenziellen Diskreditierung von Berufen, die innerhalb des Gesundheitssystems arbeiten.

Unserer Forderung, derartige Verdächtigungen und Vorwürfe zu konkretisieren, damit sie überprüft und allenfalls sanktioniert werden können, wurde bisher praktisch in keinem Fall nachgekommen. Was bleibt – vielleicht sogar beabsichtigter Weise – ist Verunsicherung und Beschädigung.

Die beherrschenden gesundheitspolitischen Ereignisse der letzten Jahre waren der Abschluss der Art. 15a Vereinbarung im Zuge des Finanzausgleichs über die Spitalsfinanzierung und einige strukturelle Maßnahmen, etwa die geplante Gründung von so genannten AVZ (Ambulante Versorgungszentren). Diese Versorgungszentren sollten laut einem Entwurf des Gesundheitsministeriums im Herbst 2007 jeder Gesellschaftsform, auch berufsfremden Finanzinvestoren, offen stehen; damit wäre dem von Unternehmern geäußerten Wunsch an einer größeren Beteiligung an einem von ihnen verstandenen „Gesundheitsmarkt“ Rechnung getragen worden. Das mittelfristige Ergebnis dieses Projekts wäre die Rendite-basierte Medizin anstelle der Ethik-basierten. Diese Schritte zur Liberalisierung sollten nach den Plänen der Politik durch stärkere staatliche Regulierung und Zentralisierung begleitet werden. Die Ärzte traten im Jahr 2007 massiv gegen diese ihnen nur unter der Hand zugespilten Pläne auf, erst langsam wurde in den Medien der essenzielle Unterschied zwischen zunehmender Ökonomisierung und der Beibehaltung sozialer, solidarischer und ethischer Grundsätze erkannt.

Die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen über eine von Gewerkschaftsbund und Wirtschaftskammer geplante „Gesundheitsreform“ (bzw. Reform zur Sanierung und Umstrukturierung der Krankenkassen) führten aufgrund der Protestmaßnahmen der Ärzteschaft zu einer medialen Dauerpräsenz beginnend von März bis Anfang Juli 2008. Die von den Ärzten geäußerten Bedenken gegen die Schwerpunkte der geplanten Reform – im Wesentlichen die Kommerzialisierung auf Kosten der Einschränkung der ärztlichen Diagnose- und Behandlungsfreiheit sowie die Untergrabung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient – wurden zunehmend anerkannt. Über ÄrztInnen-Demonstrationen vor dem Bundeskanzleramt und Anfang Juli vor dem Parlament, die Ordinationsschließungen wurde nachhaltig berichtet. Der Umstand, dass die Gesundheitsreform über die Köpfe der Betroffenen hinweg durchgesetzt werden sollte, wurde auch von Zeitungen, Magazinen und elektronischen Medien kritisch hinterfragt.

Mit zunehmender Dauer der politischen Diskussion über die Gesundheitsreform traten in der medialen Reflexion ökonomische Argumente in den Hintergrund, Argumente, die für eine kontinuierliche Fortentwicklung im Rahmen des Ideengerüsts eines sozialen Gesundheitssystems österreichischer Prägung sprechen, in den Vordergrund. Das mag auch einen Grund darin haben, dass demoskopische Analysen die Sorgen der Bevölkerung über mögliche Verschlechterungen der medizinischen Betreuung durch eine Gesundheitsreform wiedergeben. Der Begriff Gesundheitsreform hat somit über einen Zeitraum von zwei Jahren einen eindeutigen Wandel im Bewusstsein der Öffentlichkeit vollzogen. War er Mitte des Jahres 2007 noch als absolute Notwendigkeit positiv besetzt, so verbindet die Bevölkerung mit dem Begriff Gesundheitsreform heute vor allem negative Inhalte. Diesen Paradigmenwechsel hat aus Wahrnehmung der Österreichischen Ärztekammer auch die Medienwelt schrittweise vollzogen.

GESUNDHEITSPOLITIK

Die Fakten einer gescheiterten „Gesundheitsreform“

Im Frühjahr 2008 wurde der Versuch einer sogenannten „Gesundheitsreform“, die sich im Ansatz und Inhalt als vollkommen unzureichende Kassenreform präsentierte, gestartet. Erneut erfolgte die Konzeption ohne entsprechende Einbindung der Betroffenen bzw. ohne den geringsten Versuch, einen Interessensausgleich durchzuführen. Wiederum ging es in „letzter Minute“ um die sogenannte Zukunftssicherung der sozialen Krankenversicherung, verbunden mit einer Vielzahl von Vorschriften, die die Freiheit der Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Behandlungspflichten beeinträchtigt hätten.

Im April 2008 legten WKO/ÖGB der Frau Bundesministerin für Gesundheit ein gemeinsames Konzept zur Finanzierung der Krankenkassen vor, das Einsparungsmöglichkeiten von jährlich rund 600 Millionen Euro bringen sollte, wobei die Einsparungen vor allem bei den ÄrztInnen und den Medikamenten-Ausgaben erfolgen sollten. Dieses Konzept wurde von der Regierung ohne öffentliche Diskussion unter dem Hinweis auf Zeitnot dem Parlament zur Beschlussfassung vorgelegt.

Aus unserer Sicht ging es bei dieser sogenannten „Gesundheitsreform“, neben der finanziellen Unterstützung der Krankenkassen, in erster Linie um den Umbau eines solidarischen Gesundheitssystems in ein System mit starken staatsmedizinischen Einflüssen, das politische Vorgaben von Behandlungsinhalten mit sich bringen sollte und die Überwachung der ärztlichen Praxen und Tätigkeiten durch staatliche Behörden.

Der Versuch, unsere Position bei der zuständigen Gesundheitsministerin in der außerordentlich kurz bemessenen Begutachtungsfrist bzw. vor Erstellung einer Regierungsvorlage darzustellen und die für das Gesundheitssystem erwachsenden Nachteile aufzuzeigen, fand kein Gehör. Dagegen protestierten Ende Mai bzw. im Juni 2008 Tausende Ärzte und Ärztinnen sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene. In der Folge kam es an mehreren Tagen zu Ordinationsschließungen, wobei diese so geplant waren, dass PatientInnen nicht zu Schaden kommen sollten.

Trotzdem sich die ÄrztInnen in einer Großkundgebung am 3.6.2008 geeint gegen das „ad hoc-Konzept“ aussprachen, kam es am Abend des 3.6.2008 zu keiner Einigung mit der Frau Bundesministerin, sodass die Ministerratsvorlage ohne Berücksichtigung der Einwände, Bedenken und Verbesserungsvorschläge der Ärzteschaft vom Ministerrat am 4.6.2008 beschlossen wurde.

Erst als die Regierungsvorlage Anfang Juni im Parlament eingebracht wurde, wurde das Anliegen der in Österreich tätigen Ärzte und Ärztinnen ernst genommen. Auf Grund des Unmuts und der Proteste der Ärzteschaft, der Unzufriedenheit der Länder und der Spannungen innerhalb der Krankenversicherungsträger erging der Auftrag die Regierungsvorlage, nachzuverhandeln. Vor allem Präsident Fritz Neugebauer, Sozialsprecher Werner Amon und Gesundheitssprecher Erwin Rasinger waren um eine Einigung bemüht. Es erfolgte ein ganz außergewöhnliches parlamentarisches Hearing mit 50 Experten, darunter auch Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, bei dem letztlich sehr viel Verständnis für die Anliegen der Ärzteschaft erzielt werden konnte.

Hauptgrund für das Scheitern waren zuletzt die Kontrollrechte der geplanten Holding der Sozialversicherungsträger. Die ÖVP beharrte darauf, die bundesweiten Sozialversicherungsträger von den strengeren Kontrollmechanismen auszunehmen. Die SPÖ lehnte dies ab. Der Vorschlag der Sozialdemokraten, nur Teile des Pakets

zu beschließen, wurde wiederum von der ÖVP abgelehnt. Demnach wurden jene Reformmaßnahmen, die die ÄrztInnen und die Pharmabranche betroffen haben, nicht umgesetzt. Auch die geplante finanzielle Unterstützung für die Krankenkassen in der Höhe von 450 Millionen Euro wurde nicht vorgenommen. Am 6.7.2008 ist somit die „Gesundheitsreform“ zur Sanierung der Krankenkassen schlussendlich doch nach tagelangem Ringen um eine Einigung letztlich an der Frage der Machtverteilung bei der geplanten Sozialversicherungs-Holding im Parlament gescheitert.

GESUNDHEITSPOLITISCHES KONZEPT 2008 DER ÖÄK

I. Präambel

Das österreichische Gesundheitswesen und dessen Finanzierung sind sozial ausgerichtet und beruhen auf den Prinzipien der Solidarität und Subsidiarität. Dabei handelt es sich um Grundsätze, die Eigenleistung und Eigenverantwortung nicht ausschließen. Diese beiden Komponenten sind sogar als wesentliche Bestandteile des Systems zu betrachten. Ziel einer nachhaltigen Reform des österreichischen Gesundheitswesens muss es sein, auch in Zukunft allen Versicherten und Mitversicherten einen gleichen Zugang zu einer medizinischen Versorgung auf hohem medizinischen Niveau, außerdem den ÄrztInnen bei ihrer Berufsausübung die Wahrung ihrer ethischen Grundsätze und Unabhängigkeit zu sichern. ÄrztInnen aus medizinischer Kompetenz und Politiker aus gesundheitspolitischer Kompetenz – und nicht mehr Ökonomen – haben über das Maß der medizinischen Leistungen für die PatientInnen zu entscheiden. Die Erhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit sind Aufgabe und Verantwortung der Ärzteschaft. Diese fühlt sich daher verpflichtet, an Reformen des Gesundheitswesens konstruktiv und als gleichberechtigter Partner mitzuarbeiten.

II. Vorschlag zur Vorgangsweise

Neuer, pragmatischer Zugang zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

Österreich hat laut internationalen Befunden ein vorbildliches, hochentwickeltes Gesundheitswesen. Daher muss es nicht reformiert, sondern bloß weiterentwickelt werden. Grundproblem bisheriger gesundheitspolitischer Reformversuche war, dass diese von oben nach unten („Top-Down“) entwickelt, verordnet, aber von den Leistungserbringern und den betroffenen politischen Instanzen (z.B. den Bundesländern) kaum akzeptiert wurden; außerdem waren diese Versuche mit einem Totalitätsanspruch ausgestattet, womit sie uferlose Grundsatz- und

Detaildiskussionen auslösten. Aufgrund dieser Erfahrungen scheint es sinnvoller, koordinierte Ziele **schritt- oder phasenweise anzustreben**. Bei der Dynamik der Medizin als weltweiter „Wirtschaftszweig“ wird es ohnedies notwendig sein – in Abständen von fünf bis zehn Jahren – das öffentliche Gesundheitswesen immer wieder „nachjustieren“. Deshalb sollte der Versuch unternommen werden, in einem gesundheitspolitischen Kreislauf, das Gesundheitssystem schritt- oder phasenweise von unten nach oben („Bottom-Up“) anzupassen; ausgehend von den Leistungserbringern des ambulanten Versorgungsbereiches über die Logistik wieder zurück zu den Leistungserbringern **aller** Versorgungsbereiche.

Die Leistungserbringer des ambulanten (primären) Versorgungsbereiches sind:

- Die Vertragspartnerebene (Krankenversicherung, Ärztekammern)
- Die Rechtsträgerebene (insbes. Spitäler für die Ambulanzen)

Auf diesen Ebenen wird die überwiegende Anzahl der Krankenbehandlungen vorgenommen:

Fast 33 Millionen Gebietskrankenkassen-Fälle, geschätzte 82 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte bei rund 7.800 Vertragsärzten im niedergelassenen Kassenbereich, über 16 Millionen Kontakte (Frequenzen) in den Ambulanzen.

Die stationäre Versorgung mit 2,4 Millionen stationären Patienten und 16,5 Millionen Pflorgetagen stellt die sekundäre Versorgungsebene dar.

Die Leistungserbringer haben vertragspartnerliche Möglichkeiten und eigenständige Verwaltungs-(Verordnungs-)Dienstrechts-Kompetenzen, die es weitgehend und koordiniert zu nützen gilt. Zur neuen Form des Regierens kommt die neue Form der gesundheitspolitischen Konzeption und Kooperation.

Neuer Leitgedanke

Bei Anwendung dieses Zuganges für eine Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens sind es die LeistungserbringerInnen des ersten und zweiten Versorgungsbereichs auf Bundes- und Landesebene, die über die Stärken und Schwächen, Vor- und Nachteile sowie Verbesserungs- und Einsparungsmöglichkeiten ihrer Versorgungsbereiche Bescheid wissen müssen und zwar abstrahiert von ihren wirtschaftlichen Interessen; denn dies sollte in einem ohnedies stark wachsenden Gesundheitswesen möglich sein und keine wirklichen Verteilungsängste auslösen!

Die LeistungserbringerInnen müssen bereit und in der Lage sein, Analysen und Weiterentwicklungen zuerst auf Basis der geltenden Rechtslage im Rahmen ihrer Kompetenzen, darüber hinausgehend mit Änderungsvorschlägen zur Rechtslage gemeinsam zu entwickeln. Sie bekommen von der Regierung dafür zwei Jahre Zeit (Zwischenbericht nach einem Jahr). Die Regierung sollte ihrerseits umgehend für die nachhaltige finanzielle Sanierung der Krankenkassen durch Tilgung der Altschulden für versicherungsfremde Leistungen sorgen. Der zukünftige Finanzaufwand für die Patientenversorgung wird hingegen auf der Basis der von der neuen österreichischen Bundesregierung vorgegebenen Zielvorgaben von den LeistungserbringerInnen errechnet und vorgeschlagen.

Die Gespräche der LeistungserbringerInnen und/bzw. ihrer Vertretungen werden gleichzeitig auf Bundes- und Landesebene in einer neuen informellen, aber politisch kompetenten Form geführt. Einheitlich ist nur die Zielsetzung (z.B. Spitalsentlastung, Medikamentenkosten etc.) und nicht so sehr die Gleichzeitigkeit der Ergebnisse. Die bestehende Bundesgesundheitskommission sowie die Landes-Gesundheitsplattformen sind für eine solche Konzeptionsphase nicht geeignet. Die Ärztekammern auf Bundes- und Landesebene werden sich aktiv und kooperativ beteiligen, indem sie die Kompetenz und Akzeptanz der Ärzteschaft einbringen. Die LeistungserbringerInnen entwickeln sohin konkrete – von ihnen selbst umzusetzende – Maßnahmen und ein darüber hinausgehendes Konzept für die nächste Art. 15a-Vereinbarung über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Die Vorschläge der LeistungserbringerInnen sind an die Landesregierungen respektive an die Bundesregierung, die Landtage und den Nationalrat in Form von Gesetzesänderungen gerichtet. Der Konsens zwischen Gesetzgeber und LeistungserbringerInnen ist von großer Bedeutung, da es ja wieder die LeistungserbringerInnen sind, die eine veränderte Gesetzeslage anwenden müssen. Diese Vorgangsweise definiert die einzelnen Kreislaufzyklen nach den Intervallen des Art. 15a-Fianzausgleichs.

Somit schließt sich das gesundheitspolitische Kreislaufsystem; dieses ist mehr als andere politische Bereiche von politisch-legistischer Verantwortung, Akkordanz und Akzeptanz durch die Leistungserbringer und ihre (Berufs-)Vertretungen gekennzeichnet.

III. Finanzierung des Gesundheitssystems

1. Primär: Kassensanierung

Der Bund deckt gegenüber den Krankenkassen alle an die Krankenkassen übertragenen versicherungsfremden Leistungen ab:

- vollständige Abdeckung der Vorsteuer für Medikamente

- Erhöhung der Hebesätze für Leistungen an PensionistInnen auf das kostendeckende Niveau
- vollständige Abdeckung der Leistungen bei Mutterschaft
- Ausgleich der Mindereinnahmen für Leistungen an Arbeitslose
- Abdeckung der Mindereinnahmen aus Rezeptgebührenbefreiungen und Deckelungen

Der Bund nimmt eine vollständige Entschuldung der Krankenkassen vor, durch:

- Nachlass aller bestehenden Kreditverbindlichkeiten
- Ankauf der Beitragsaußenstände für Betriebe, die sich in Insolvenzverfahren befinden
- Der Insolvenzausfallfonds soll auch nicht beglichene Sozialversicherungsbeiträge abdecken (im entsprechend notwendigen Ausmaß moderate Anhebung der Beiträge nach Insolvenz-Entgeltsicherungsgesetz (IESG), derzeit 0,7 % bezahlt vom Dienstgeber)
- Rückzahlung der in den Jahren 2000 bis 2008 vorenthaltenen Beiträge für die nur teilweiseabgedeckten Leistungen und Vorsteuern

Die Patientensicht:

Die Schulden der Vergangenheit resultieren aus der Übernahme versicherungsfremder Leistungen. Um das Leistungsniveau aufrecht erhalten zu können, muss der Abfluss versicherungsfremder Mittel rückgängig gemacht werden. PatientInnen haben ein Recht auf funktionierende, liquide Krankenkassen.

2. Finanzierung der Leistungen für stationär und ambulant

Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen soll als erste strukturelle Maßnahme aus zwei Töpfen erfolgen. Aus dem ausschließlich aus Steuermitteln finanzierten Topf des Gesundheitsfonds sollen stationäre Behandlungen bezahlt werden. Über das ärztliche Gesamtvertragssystem (Zahlungen der Kassen aufgrund gesamtvertraglicher Vereinbarung mit Ärztekammern) soll der gesamte ambulante Bereich finanziert werden (niedergelassene ÄrztInnen bisherigen und neuen Organisationsformen, Spitalsambulanzen). Die öffentlichen Mittel (das sind die Sozialversicherungsbeiträge und Steuermittel), die bisher zur Finanzierung der Spitalsambulanzen verwendet wurden, werden den Kassen zur Verfügung gestellt. Im Rahmen eines „Finanzausgleichs“ zwischen Kassen und Ländern sollen

zusätzliche Mittel im Abtausch gegen die Übernahme stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich vom Land zu den Kassen fließen. Es soll evaluiert werden, welche Leistung medizinisch sinnvoll wo erbracht wird (z.B. Spezialambulanzen).

Die Patientensicht:

Eine Finanzierung aus zwei Händen ist überschaubar und in der ersten Phase machbar. Das stellt sicher, dass das ambulante System weiterhin leistungsfähig bleibt. Eine rein staatliche Finanzierung zum Beispiel durch die Länder käme der Verstaatlichung der Medizin gleich. Wenn die Länder bzw. Orden für die Errichtung der Spitäler bei den Ländern bzw. Orden zuständig sind, dann soll das auch für die Betriebsführung und deren Finanzierung gelten.

3. Die Sozialversicherten sollen die Wahl zwischen einem Sach- und einem Geldleistungssystem haben

Entscheidet sich der/die Versicherte für ein Geldleistungssystem, bekommt er/sie eine tariflich festgelegte Geldleistung von seiner/ihrer Kasse ersetzt; der Differenzbetrag zum vereinbarten Honorar wird entweder als Selbstzahler oder durch eine Zusatzversicherung abgedeckt. Bei positiver Annahme durch die betroffenen Versicherten und die private Krankenversicherung könnten in einem weiteren Schritt alle Einkommensbezieher über der Höchstbeitragsgrundlage zu Geldleistern werden.

Die Patientensicht:

Bei dieser Erweiterung der freien Arztwahl würden im Unterschied zu Deutschland(gänzliche Ausnahme der Besserverdienenden aus der gesetzlichen KV-Pflicht) Besserverdienende nicht aus der Solidargemeinschaft ausscheiden, sondern wie bisher volle KV-Beiträge bezahlen. Gleichzeitig erhalten sie aber die Möglichkeit, KassenärztInnen privat in Anspruch zu nehmen. Das vorgeschlagene System ist auch wesentlich sozialer als sonst diskutierte Selbstbehalte, weil es zu einer Eigenleistung nur für Besserverdienende oder für Versicherte führt, die sich freiwillig zum Geldleistungssystem entschlossen haben.

IV. Gesundheitspolitik

Die verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem haben gemeinsam Gesundheitsziele zu entwickeln, die bei der Finanzierung des Gesundheitssystems zu berücksichtigen sind. Soweit es um bundesweite Ziele geht, könnte die endgültige Festlegung der Gesundheitsziele in der Bundesgesundheitskommission erfolgen; geht es um Landesziele, in den Gesundheitsplattformen. Die Ärzteschaft (Oberster Sanitätsrat, Landes-Sanitätsräte, wissenschaftliche Gesellschaften, Ärztekammern) und andere Organisationen wie der Hauptverband der Sozialversicherungsträger haben hierfür Vorschläge zu erarbeiten. Den Landesärztekammern ist in den

Landesgesundheitsplattformen Stimmrecht einzuräumen, die Beschlussfassung über die Gesundheitsziele in den Landesgesundheitsplattformen erfolgt einstimmig.

Die Patientensicht:

Die Festlegung von Gesundheitszielen führt zur Einführung innovativer Leistungen und zur Notwendigkeit, diese auch zu finanzieren. Damit verbessert sich die Versorgungsqualität für die Bevölkerung.

V. Ambulanter Bereich/Spitalsentlastung

1. Bei Aufrechterhaltung der freien Arztwahl kommt dem Hausarzt/der Hausärztin im Wege des Vertragspartnerrechtes eine Koordinationsfunktion zu.

2. Ärztekooperationen

Niedergelassenen und angestellten ÄrztInnen sind neue Organisationsformen zu ermöglichen, um sowohl fachgleich als auch fachübergreifend gemeinsam Leistungen erbringen zu können. Dies umfasst auch die organisierte Zusammenarbeit von dislozierten Ordinationen in einem Versorgungsraum (Ärztetzwerke), auch unter Einbindung anderer Gesundheitsberufe.

Die Patientensicht:

Mit der Möglichkeit, neue Versorgungsformen zu nutzen, können außerhalb der Spitalsambulanzen wohnortnäher als bisher ambulante Leistungen angeboten werden. Weitere Zielsetzung: Erweiterung der Ordinationszeiten sowie des wohnortnahen ambulanten Leistungsangebots.

3. Sofern ÄrztInnen in vergesellschafteter Form („Ärztegesellschaften“) ambulante medizinische Leistungen anbieten, dürfen nur ÄrztInnen und allenfalls Angehörige anderer Gesundheitsberufe Gesellschafter sein. Wenn berufsfremde Investoren (Kapitalgesellschaften, Rechtsträger von KH) ambulante Versorgungsstrukturen freiberuflich tätigen ÄrztInnen zur Verfügung stellen, dürfen solche berufsfremde Investoren nicht an der ärztlichen Berufsausübung beteiligt sein. Auch in solchen Versorgungsstrukturen dürfen daher Partner des Behandlungsvertrages nur freiberuflich tätige ÄrztInnen und Ärztegesellschaften sein.

Die Patientensicht:

Berufsfremde Investoren sind in erster Linie ihrer Rendite verpflichtet, während ÄrztInnen neben berufsadäquaten Einkommenserwartungen aus ethischen und gesetzlichen Gründen verpflichtet sind, primär das Wohl des Patienten/der Patientin im Auge zu haben. Finanzinvestoren sollten daher keine Gesellschafter

sein. Stellen sie Einrichtungen zur Verfügung, dürfen sie weder am Gewinn noch am Verlust der Ärztegesellschaft beteiligt sein.

4. Ambulante Leistungen sind grundsätzlich durch freiberuflich tätige ÄrztInnen außerhalb des Spitals zu erbringen; innerhalb des Spitals aber in einer von den Spitalsträgern rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen, freiberuflichen Form.

Die Patientensicht:

Ambulante Leistungen durch niedergelassene ÄrztInnen werden wohnortnäher angeboten als in Spitalsambulanzen.

5. Der gesamte ambulante Bereich (niedergelassene ÄrztInnen in bisherigen und neuen Organisationsformen; ambulante Leistungen in Spitalsambulanzen) soll im Rahmen der Gesamtverträge zwischen Kassen und Ärztekammern geregelt werden.

Die Patientensicht:

Nur wenn der gesamte ambulante Bereich einheitlich durch Gesamtvertrag geregelt ist, können Doppelgleisigkeiten in der Versorgung vermieden werden. Nur wenn über den Gesamtvertrag sowohl der Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen als auch jener der ambulanten Leistungen im Spital gemeinsam geregelt wird, kommt es zu einer wohnortnahen Verlagerung ambulanter Leistungen.

6. Spitalsärzte/Spitalsärztinnen sollen individuelle Kassenverträge für die Erbringung jener speziellen Leistungen erhalten, die aus zeitlichen und fachspezifischen Gründen nicht von niedergelassenen ÄrztInnen übernommen werden können. Dies folgt dem Prinzip, dass jede ambulante Leistung von einem Arzt/einer Ärztin in freiberuflicher Funktion erbracht wird.

Die Patientensicht:

Der für spezielle Leistungen mit einem Kassenvertrag ausgestattete Spitalsarzt/Spitalsärztin bezahlt eine Art Hausrücklass an das Spital und trägt damit zur Finanzierung bei. Unternehmerisch tätige Ärzte/Ärztinnen haben ein größeres Interesse an der Begrenzung der Kosten.

7. Unter der Voraussetzung neuer ambulanter Versorgungsstrukturen (Ärztegesellschaften etc.) gilt: In den Ballungsgebieten sollen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen auch zu den Tagesrandzeiten ambulante Notfälle übernehmen, damit diese nicht in den Spitalsambulanzen behandelt werden müssen. Dafür haben die Kassenverträge Sorge zu tragen.

Die Patientensicht:

Den PatientInnen sollen fachärztliche ambulante Leistungen auch im Notfall zur Verfügung stehen (ähnlich wie dies bei allgemeinärztlichen Leistungen der Fall ist).

8. In Peripherieregionen soll es zu einer stärkeren personellen Verschränkung der niedergelassenen ÄrztInnen (AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen) mit den Spitalsärzten kommen.

Die Patientensicht:

Übernehmen ÄrztInnen sowohl Aufgaben im Spitals-, als auch im niedergelassenen Bereich, können Personalkosten gespart werden. Außerdem bringt dies Vorteile für die Kontinuität der Patientenbehandlung.

VI. Krankenanstalten

1. Spitalsärzte/Spitalsärztinnen sind in erster Linie für Tätigkeiten unmittelbar am Patienten/der Patientin heranzuziehen. Dies erfordert eine massive Entlastung von administrativen Aufgaben. Dokumentationstätigkeiten sollen daher in erster Linie von speziell geschulten medizinischen Dokumentationsassistenten übernommen werden.

Die Patientensicht:

PatientInnen brauchen ÄrztInnen, die für sie Zeit haben

2. Das LKF-System ist nach Steuerungs- und Effizienzkriterien weiter zu entwickeln; kommt es zu Verlagerungen von Spitalsleistungen in den ambulanten Bereich, müssen auch die notwendigen Finanzmittel folgen („Geld folgt Leistung“).

3. Die Sicherung der Qualität im Krankenhaus kann nur über deutlich verbesserte Arbeitsbedingungen für alle MitarbeiterInnen im Krankenhaus erfolgen. Dies gilt für die Arbeitsplatzgestaltung, die Teamorganisation und, im Sinne des ArbeitnehmerInnen- und PatientInnenschutzes, adäquate Arbeitszeiten gleichermaßen. Außerdem ist im Sinne des Versorgungsauftrags einer Krankenanstalt die Lenkungsverantwortung des ärztlichen Leiters/der ärztlichen Leiterin gegenüber dem nichtärztlichen Bereich zu stärken.

Die Patientensicht:

Unzumutbare Arbeitsbedingungen – insbesondere überlange Arbeitszeiten – sind eine der wesentlichsten Qualitätsgefahren in der Krankenanstalt.

4. Ausbau des Risikomanagements in Krankenanstalten

Die Patientensicht:

Risikomanagement führt zur Verbesserung der Fehlerkultur und damit zu einer Fehlerreduktion.

5. „Legistische Redimensionierung“:

5.1. Reduzierung der derzeit zehn Krankenanstaltengesetze auf ein einheitliches Bundes-Krankenanstaltengesetz. Beim Krankenanstaltenrecht soll die Gesetzgebung beim Bund, die Vollziehung bei den Ländern liegen (Art 11 B-VG).

5.2. Reduzierung der derzeit über 30 Dienstrechte auf ein einheitliches Beamten- und ein einheitliches Vertragsbedienstetenrecht für SpitalsärztInnen. Die jeweiligen Gehälter sind mittels kollektiver Vereinbarungen zu regeln.

Die Patientensicht:

Einheitliche Gesetzgebung spart Ressourcen, reduziert die bestehende Unübersichtlichkeit und erleichtert bundesländerübergreifendes Agieren.

VII. Struktur der sozialen Krankenversicherung

Die dezentrale Struktur soll jedenfalls weiter aufrecht bleiben.

Die Patientensicht:

PatientInnen brauchen eine Optimierung der medizinischen Leistungserbringung. Dazu ist die aktive Mitarbeit der sozialen Krankenversicherung und nicht deren Selbstbeschäftigung notwendig. Denn dies hätte die Lähmung durch Umstrukturierungsmaßnahmen zur Folge.

Die Krankenkassen fragen medizinische Leistungen nach. Deshalb sollen sie nicht auch Leistungen anbieten. Kassenambulatorien sind daher konsequenterweise abzugeben oder in Gruppenpraxen umzuwandeln.

Die Patientensicht:

Die klare Trennung zwischen Leistungsanbietern und Zahlern ist ein Gebot der Transparenz.

VIII. Qualitätssicherung

1. Die Einhaltung der Arbeitszeithöchstgrenzen ist die effizienteste und effektivste und daher eine primäre Qualitätssicherungsmaßnahme in Krankenanstalten.

Die Patientensicht:

PatientInnen haben ein Recht auf ausgeruhte ÄrztInnen.

2. Die Ausbildung der ÄrztInnen hat sich primär am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und am internationalen Fortschritt der Medizin zu orientieren. Dies bedeutet, dass die Finanzierung der Ärzteausbildung in Krankenanstalten und Lehrpraxen primär als Aufgabe der öffentlichen Hand anzusehen ist. Zur Verbesserung der Ausbildung gehört eine Rotation der Turnusärzte/Turnusärztinnen zwischen Spitälern verschiedener Versorgungsstufen und Lehrpraxen.

Die Patientensicht:

Gute Ausbildung ist eine wichtige Humaninvestition und stellt sicher, dass den PatientInnen auch zukünftig hervorragende Ärzte/Ärztinnen zur Verfügung stehen.

Die Standorte der medizinischen Universitäten Österreichs müssen eine Versorgung auf höchstem medizinischem Niveau sicherstellen. Dies verlangt eine gesicherte Finanzierung der medizinischen Universitäten für Lehre und Forschung, insbesondere nach den letzten parlamentarischen Beschlüssen.

Die Patientensicht:

Medizinische Universitäten sind Top-Einrichtungen, die insbesondere Österreichs Patientenversorgung auf höchstem Niveau sicherstellen müssen.

3. Die Qualitätssicherung im ärztlichen Bereich muss durch die ärztliche Selbstverwaltung erfolgen. Eingebunden werden sollen allerdings Vertreter des Ministeriums und des Hauptverbands sowie Patientenvertreter.

Die Patientensicht:

Effektive Qualitätssicherung liegt im Patienteninteresse.

4. Postpromotionelle Aus- und Weiterbildung sind Kernkompetenz der Ärzteschaft zur Sicherung der entsprechenden medizinischen Qualität. Eine transparente Finanzierung aus öffentlicher Hand muss sichergestellt werden.

Die Patientensicht:

PatientInnen brauchen gut ausgebildete Ärzte/Ärztinnen.

IX. Heilmittel

1. Jedem Patienten/jeder Patientin müssen die notwendigen Arzneimittel ohne Einschränkung zur Verfügung gestellt werden. Der zu vergütende Preis durch die Krankenkassen wird jedoch – sofern vorhanden – mit dem Generikapreis limitiert. Gibt es für einen Wirkungskreis keine Generika, sind entsprechende Referenzpreise festzulegen, die sich am wirkungsgleichen, kostengünstigsten Originalmedikament orientieren.

Die Patientensicht:

Mit einem ehrlichen Referenzpreismodell ist sichergestellt, dass jeder Patient/jede Patientin adäquat versorgt wird.

2. Eine qualitative und quantitative Steuerung der Heilmittel im niedergelassenen Bereich kann nur dann erfolgreich sein, wenn diese mit dem Verschreibungsverhalten in der Krankenanstalt harmonisiert wird. Dafür müssen entsprechende organisatorische Möglichkeiten in den Krankenanstalten geschaffen werden.

3. Insbesondere zur Versorgung der ländlichen Bevölkerung ist eine duale Abgabemöglichkeit für Arzneimittel durch öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken notwendig. Dem nunmehr auch verfassungsrechtlich abgesicherten Prinzip der Ein-Arzt-Gemeinde widerspricht die Mindestdistanz zwischen ärztlicher Hausapotheke und öffentlicher Apotheke von derzeit sechs Kilometern. Dies gefährdet ganz konkret die ärztliche Versorgung in der Nachfolge von Kassenplanstellen.

Die Patientensicht:

Hausapotheken sichern die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum.

4. Darüber hinaus sollte ganz generell ein neues System in der Arzneimittelversorgung angedacht werden. Die nach mehrfach veröffentlichter Rechtsauffassung der Österreichischen Ärztekammer für alle niedergelassenen Ärzte bestehende Möglichkeit zur direkten Anwendung von Injektabilia, Infusionen, Impfstoffen etc. muss bei der Behandlung in Ordinationen umgesetzt werden.

Die Patientensicht:

Dies dient der Vereinfachung und der rascheren Behandlung der PatientInnen. Es reduziert die Mühen für PatientInnen und erhöht die Arzneimittelsicherheit.

X. eHealth

1. Vor der Einführung neuer e-Anwendungen ist gemeinsam mit den Leistungserbringern unter primär medizinischen Zielsetzungen eine Kosten-Nutzen-Relation zu erarbeiten und die Finanzierung sicherzustellen.

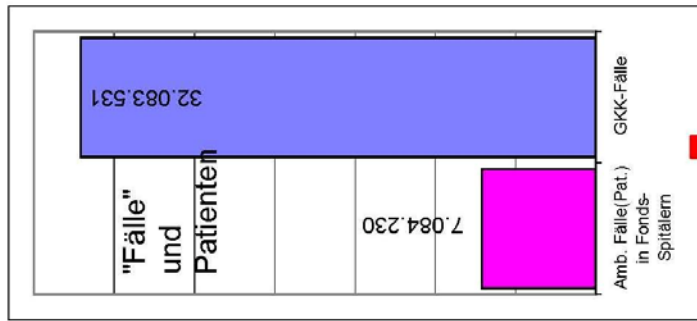
Die Patientensicht:

Eine verstärkte Nutzung der elektronischen Datenverarbeitung kann zu Effizienz- und Qualitätssteigerung führen.

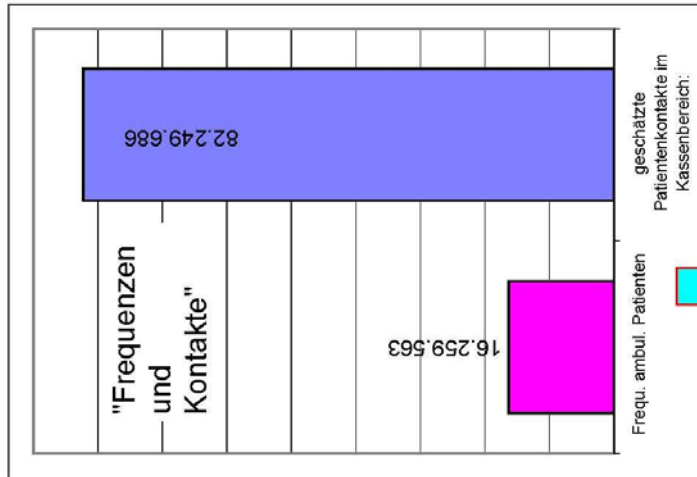
2. Durch eine Intensivierung des elektronischen Datenaustauschs im Rahmen von Gesundheitsnetzen (wie z.B. Gesundheitsnetz Vorarlberg, GIN etc.) können Effizienzsteigerungen erreicht werden.

3. Bei der elektronischen Übermittlung von Gesundheitsdaten stehen Datenschutz und ärztliche Verschwiegenheit im absoluten Vordergrund.

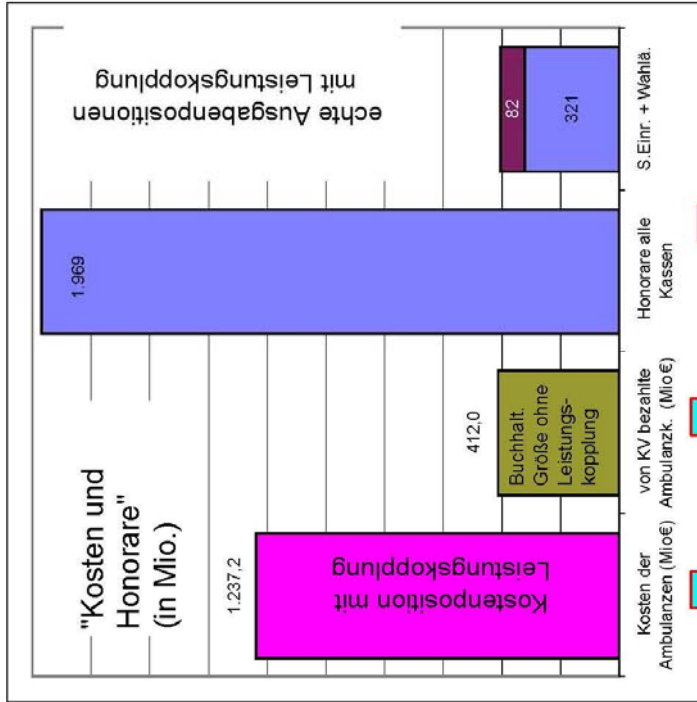
"Ambulanzen" und Niedergelassener Bereich



Aufgrund unterschiedl. Systematik nicht vergleichbar und global nicht seriös umzurechnen.

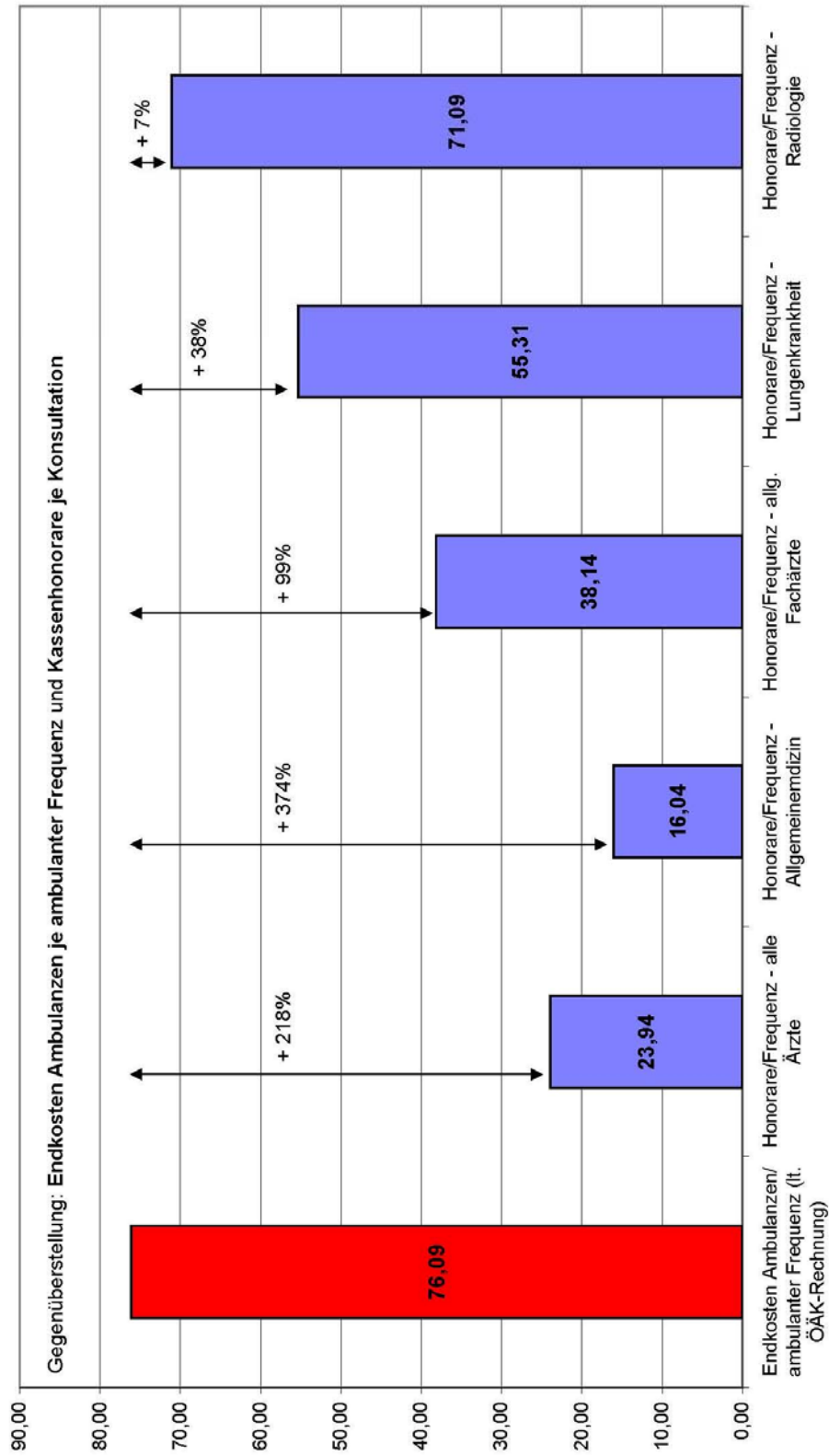


Gut vergleichbare Größen:
Ambulanz: lt. überreg. Kostenrech. Kassenbereich: Schätzung aufgrund eCard Konsultationen (Untergrenze)



Kosten je Frequenz (€) * **76,1** **25,3** **23,9**

*) der in der Überregionalen Auswertung der Kostenrechnung 2000 publizierter Wert von 134 € errechnet sich aus Kosten und Frequenzen der nicht betriebl. führenden Abteilungen (inkludiert also stat. Leistungen und Frequenzen) und wird aus methodischen Gründen hier NICHT angeführt.

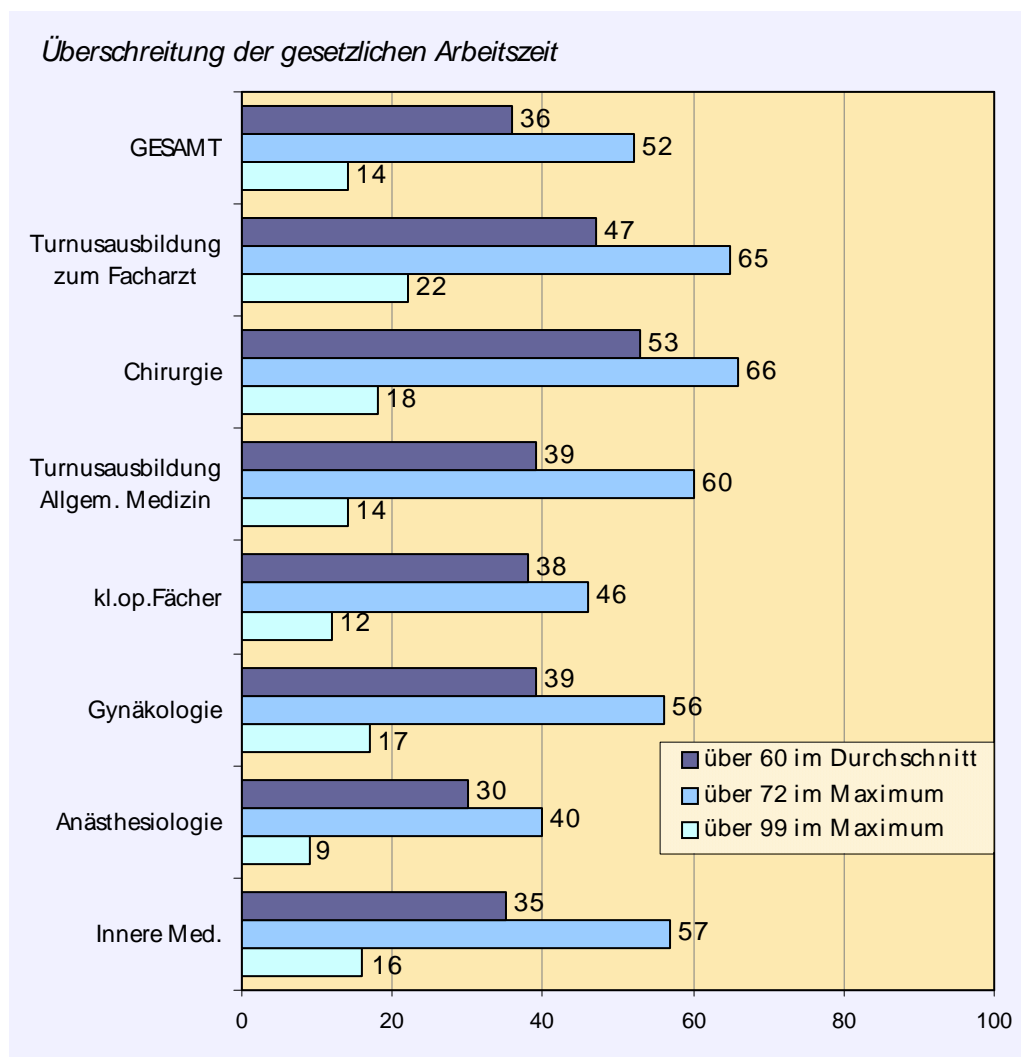


Anmerkung: Für die Werte "Kassenhonorare je Konsultation" wurden jeweils die fachgruppenspezifischen Honorare und Konsultationsdaten herangezogen.
Datenquellen: Überregionale Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse (BMGFJ), Ärztekostenstatistik des Hauptverbandes, Statistik der eCard-Konsultationen (SVC)

ANGESTELLTE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN

Arbeitszeitübertretungen

Im Jahr 2007 wurden vom Gesetzgeber, wie im Regierungsprogramm vorgesehen, zwar Maßnahmen gegen Verletzungen des Arbeitszeitrechts im Bereich des AZG gesetzt, jedoch nicht im Anwendungsbereich des KA-AZG. Gerade hier kommt es aber zu beträchtlichen und größtenteils sanktionslosen Überschreitungen der gesetzlichen Arbeitszeithöchstgrenzen. Eine dazu von der BKAÄ in Auftrag gegebene Umfrage ergab folgendes Ergebnis:



Das Ergreifen entsprechender Maßnahmen zur Einhaltung des KA-AZG ist sowohl im Interesse des ArbeitnehmerInnenschutzes als auch des PatientInnenschutzes unbedingt erforderlich.

Schon im Sommer 2007 wurden an den zuständigen Minister Bartenstein von Seiten der Österreichischen Ärztekammer zum wiederholten Male Vorschläge zur Änderung des KA-AZG gerichtet. Hierbei ging es vor allem auch darum, KA-AZG-Übertretungen im Bereich des öffentlichen Dienstes unter Strafsanktion zu stellen.

Es sollten Regelungen betreffend Rufbereitschaften in das KA-AZG aufgenommen und eine Maximalgrenze eingeführt werden.

Ebenso soll die Möglichkeit, die Normalarbeitszeit mittels Kollektivvertrag zu erhöhen, auf ein sinnvolles Maß beschränkt werden.

Im Zuge mehrerer konstruktiver Gespräche mit dem Wirtschaftsministerium wurde von der BKAÄ die KA-AZG-Novelle 2008 verhandelt. Kernpunkte dieser mit BGBl. I 2008/125 kundgemachten und am 1. September 2008 in Kraft getretenen Novelle sind:

1. die Festlegung, dass bei Arbeitskräfteüberlassungs- bzw. Dienstzuweisungskonstruktionen sämtliche Beschäftigte als Dienstgeber iS des KA-AZG anzusehen und für die Einhaltung der Arbeitszeithöchstgrenzen verantwortlich sind;
2. die Festlegung, dass das Nichtführen von Arbeitszeitaufzeichnungen nur mehr pro ArbeitnehmerIn ein Delikt ist und
3. die Hemmung von Verjährungsfristen bei Geltendmachung von z.B. Überstundenentlohnungen im Fall des Nichtvorhandenseins von Arbeitszeitaufzeichnungen.

➡ Mit der KA-AZG-Novelle 2008 gelang der BKAÄ ein wichtiger Schritt zur Erhöhung der Einhaltung der Arbeitszeithöchstgrenzen und damit zu einer Verbesserung des ArbeitnehmerInnen- und PatientInnenschutzes.

EU-Arbeitszeitrichtlinie

Auch auf europäischer Ebene wird eine Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie diskutiert, jedoch konnte bis Dezember 2007 im Rat keine Einigung erzielt werden. Der zuletzt zur Diskussion stehende Vorschlag der portugiesischen Ratspräsidentschaft enthält insbesondere folgende Regelungen:

Inaktive Zeiten des (Arbeits-) Bereitschaftsdienstes sollen unter Umständen pro futuro im Unterschied zum Status quo nicht mehr als Arbeitszeit zählen.

Des Weiteren soll unter Umständen vorgesehen werden, dass die maximale Arbeitszeit in der EU wie bisher durchschnittlich maximal 48 Stunden pro Woche beträgt, allerdings mit der Möglichkeit eines Opt-out durch die einzelnen ArbeitnehmerInnen.

Im Juni 2008 beschloss der Rat der Wirtschaftsminister der EU-Mitgliedstaaten dennoch, dass die EU-Arbeitszeitrichtlinie dahingehend geändert werden soll, dass

1. inaktive Zeiten nicht mehr als Arbeitszeit gelten und

2. die Opt-out-Regelung in der Richtlinie enthalten bleibt.

Glücklicherweise ist damit die EU-Arbeitszeitrichtlinie noch nicht geändert, da Änderungen nur im Zuge des Mitentscheidungsverfahrens erfolgen können und daher für eine Novellierung auch die Zustimmung des EU-Parlaments erforderlich ist. Beide Novellierungspunkte beeinträchtigen den ArbeitnehmerInnenschutz massiv. Die Österreichische Ärztekammer hat sich daher bisher stets klar gegen derartige Verschlechterungen ausgesprochen. Nach Meinung der Bundeskurie angestellte Ärzte müssen folgende Punkte auf EU-Ebene zur Verbesserung der Arbeitssituation garantiert werden:

Kein Messen mit zweierlei Maß zw. privatem Bereich und öffentlichem Dienst

Wirksame Kontrollen und Sanktionen bei Übertretungen, auch im öffentlichen Dienst

Ziel ist die Aufrechterhaltung des Österreichischen Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG) in der derzeitigen Form, sowie die Sicherstellung der Einhaltung der Arbeitszeit-Höchstgrenzen zum Schutze der PatientInnen und der in Krankenanstalten Beschäftigten.

Die Definition der Arbeitszeit soll in der derzeitigen Form aufrecht bleiben.

Sämtliche von ÄrztInnen am Arbeitsplatz verbrachte Zeiten müssen inklusive Arbeitsbereitschaftszeiten Arbeitszeit sein und sind entsprechend zu entlohnen.

Bereitschaftszeiten (auch inaktive) können niemals Ruhezeiten sein und daher auch nie auf tägliche, wöchentliche, Ersatz- oder Ausgleichsruhezeiten angerechnet werden.

Die Opt-out-Regelung sollte aus der EU-Arbeitszeit-Richtlinie 2003/88 gänzlich gestrichen werden (siehe dazu auch Art II.91 Entwurf der EU-Verfassung sowie den Entwurf des Europäischen Rates zu Erwägung 14, wonach jeder Arbeitnehmer/jede Arbeitnehmerin „das Recht auf eine Begrenzung der Höchstarbeitszeit, auf tägliche und wöchentliche Ruhezeiten sowie auf bezahlten Jahresurlaub hat“).

Die beste Lösung wäre allerdings, wenn die 48 Stunden Grenze des Art 6 der EU-Arbeitszeit-Richtlinie mittels Betriebsvereinbarung und Zustimmung von Vertretern der Betroffenen, d.h. kollektiv, nicht jedoch individuell, auf durchschnittlich bis zu 60 Stunden erhöht werden könnte. In diesem Sinne sollte die EU-Arbeitszeit-Richtlinie 2003/88 geändert werden.

Zur Frage der Einstufung von Zeiten der Arbeitsbereitschaft als Arbeitszeit hat der EuGH am 11.01.2007 in der Rechtssache C-437/05 „Vorel“ folgenden Beschluss erlassen:

Die gesamte Zeit des Bereitschaftsdienstes, die ein Arzt/eine Ärztin in Form von persönlicher Anwesenheit am Arbeitsplatz leistet, ist als Arbeitszeit zu werten.

Die Vergütung der Phasen des Bereitschaftsdienstes, in denen tatsächlich eine Arbeitsleistung erbracht wird und der Zeitabschnitte, in denen keine Arbeit anfällt, kann unterschiedlich ausfallen, sofern der Gesundheits- und Arbeitsschutz der ArbeitnehmerInnen gewährleistet ist.

Erwähnenswert ist ferner, dass der EuGH explizit feststellt: „Der Umstand, dass im Rat der Europäischen Union gegenwärtig Arbeiten für eine eventuelle Änderung der Richtlinie 2003/88 im Gang sind, ist nicht relevant...“

Die BKAÄ hat daher sofort nach Bekanntwerden des einschlägigen Ratsbeschlusses vom Juni 2008 mit sämtlichen österreichischen EU-Parlamentariern/EU-Parlamentarierinnen mehrfach Kontakt aufgenommen und auf die massiven Probleme und negativen Auswirkungen des Novellierungsentwurfes hingewiesen. Die BKAÄ hat die österreichischen EU-Parlamentarier/EU-Parlamentarierinnen weiters aufgefordert, klar gegen diesen Entwurf aufzutreten und dagegen zu stimmen. Auch der zuständige Sozialausschuss des EU-Parlaments hat sich in einer Abstimmung im November 2008 gegen die vom Rat gewünschte Novellierung ausgesprochen. Die Beschlussfassung im EU-Parlament ist für Mitte Dezember 2008 geplant. Am 15. Dezember werden massive Protestaktionen der SpitalsärztInnen aus vielen EU-Mitgliedstaaten vor dem EU-Parlament in Strassburg stattfinden.

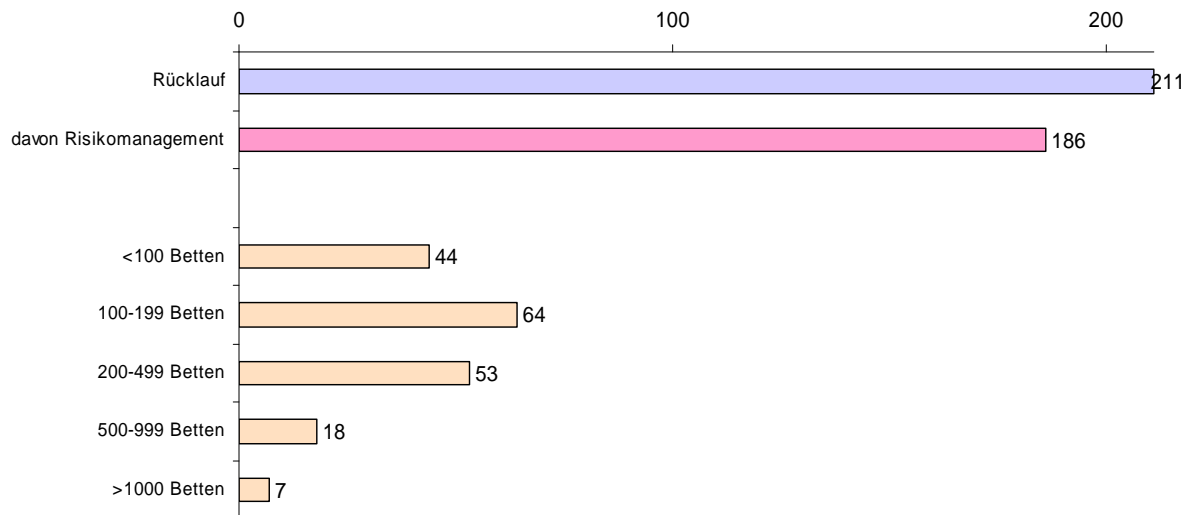
Umfrage Patientensicherheit

Im Februar 2007 wurde von der Bundeskurie der angestellten Ärzte eine Umfrage zur Patientensicherheit an Österreichischen Krankenanstalten durchgeführt. Der entsprechende Fragebogen wurde an 262 Krankenanstalten verschickt; der Rücklauf betrug 211 Fragebögen(80,53%) und brachte folgendes Ergebnis:

1.:61,61% der Krankenanstalten (von denen ein Fragebogen eingelangt ist) haben ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Nach Bettengröße aufgeschlüsselt ergibt sich folgendes Bild:

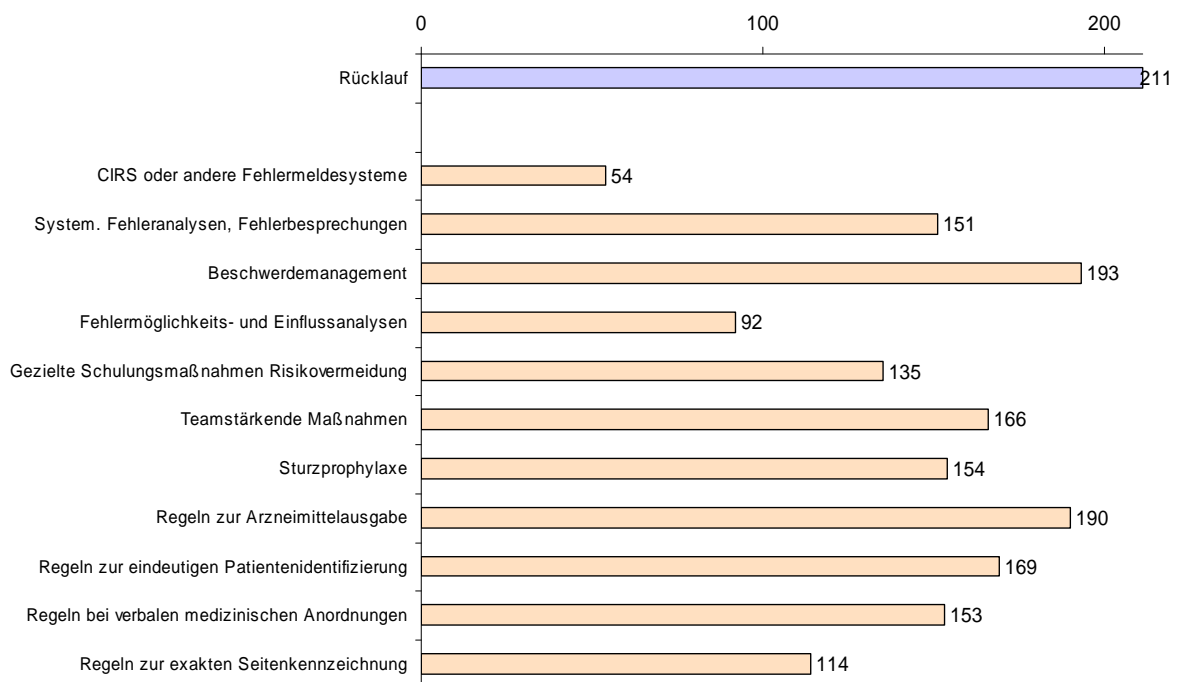
	Gesamt		<100 Betten		100-199 Betten		200-499 Betten		500-999 Betten		≥1000 Betten		nicht zuordenbar	
Österreich	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
ja	130	61,61 %	14	29,17 %	54	72,00 %	40	70,18 %	14	70,00 %	6	85,71 %	2	50,00 %
nein	75	35,55 %	33	68,75 %	19	25,33 %	16	28,07 %	5	25,00 %	1	14,29 %	1	25,00 %
k.A.	6	2,84 %	1	2,08 %	2	2,67 %	1	1,75 %	1	5,00 %	0	0,00 %	1	25,00 %
Gesamt	211	100,00 %	48	100,00 %	75	100,00 %	57	100,00 %	20	100,00 %	7	100,00 %	4	100,00 %

2.:Die folgende Graphik zeigt, in wie vielen Krankenhäusern bereits jetzt ein entsprechendes Risikomanagement (beispielsweise Beschwerdemanagement, Regeln zur Arzneimittelausgabe oder auch Fehleranalyse) erfolgt:



3.:Folgende konkrete Risikomanagementmaßnahmen werden in den Krankenanstalten umgesetzt:

Keine %-Angaben, da Mehrfachnennungen möglich



Die eingegangenen Fragebögen ergeben, dass die gesetzlichen Bestimmungen im Sinne der Patientensicherheit erfüllt werden und in so gut wie allen Spitälern Aus- und Weiterbildung des Personals stattfindet.

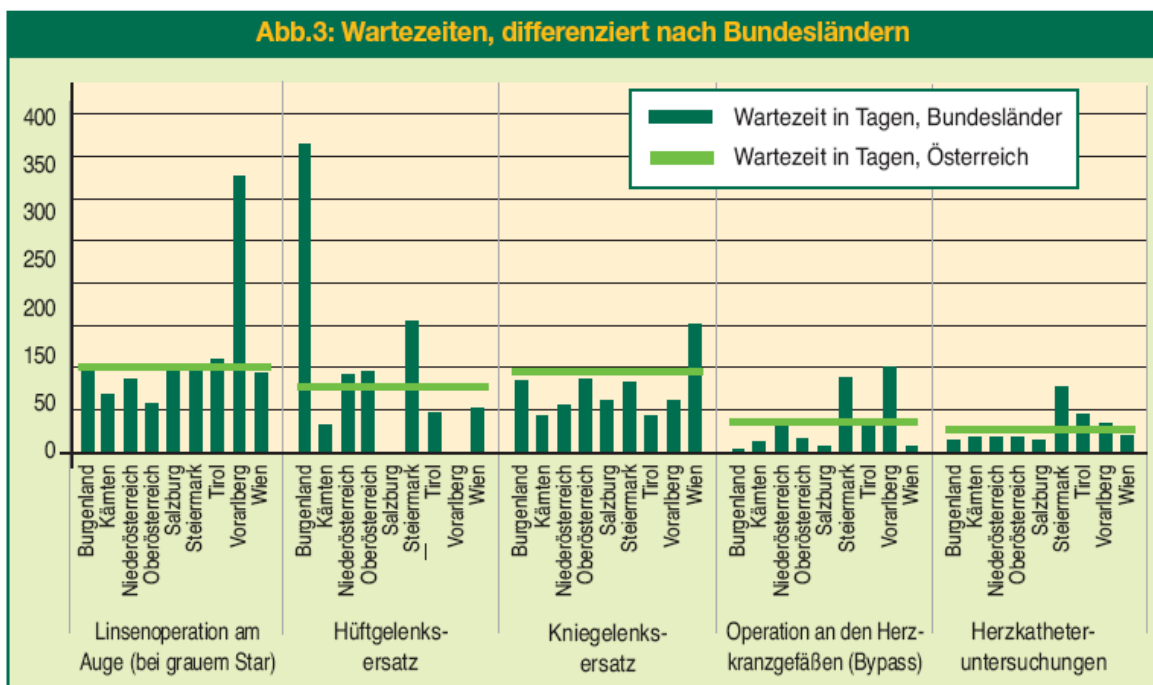
Wartezeiten für Elektivoperationen

Im Rahmen einer Studie wurden vom IHS die Wartezeiten zu verschiedenen Elektivoperationen abgefragt und zwar aus verschiedenen Blickwinkeln (Krankenanstalten, Patienten, BMGFJ). Die nachstehenden Grafiken zeigen das Ergebnis der „Österreichischen Gesundheitsbefragung“. Abgefragt wurden die Wartezeiten für folgende fünf Eingriffe: Linsenoperation im Auge, Kniegelenksoperationen, Hüftgelenksoperationen und Bypass-Ops sowie Herzkatheteruntersuchungen.

Die Wartezeit für Linsenoperationen am Auge beträgt durchschnittlich 102 Tage. Gleich danach kommen, mit einer Durchschnittswartezeit von 97 Tagen, die Kniegelenkersatzoperationen und schließlich die Herzkatheteruntersuchungen mit einer durchschnittlichen Wartezeit von 28 Tagen.



Quelle: Statistik Austria 2007, IHS HealthEcon 2007.



Quelle: Statistik Austria 2007, IHS-HealthEcon 2007.

Universitäten

Rahmenbedingungen an Universitäten

Immer häufiger und öfter beklagen Uni-Ärztinnen und Uni-Ärzte, Betriebsräte und HochschulreferentInnen die sich verschlechternden Arbeits-, Forschungs- und sonstigen Rahmenbedingungen an den Medizinischen Universitäten.

Dabei wäre es gerade an den Universitäten wichtig, die besten „Köpfe“ dort tätig zu haben, und bei den Berufungen dem Niveau der Medizinischen Universität entsprechend vorzugehen.

Diese Verschlechterung der Bedingungen schlägt sich auch in der sinkenden Attraktivität der Universitäten als Arbeitgeber nieder. So gibt es bereits heute Fälle an der Medizinischen Universität Wien, wo offene Stellen gar nicht bzw. nicht mit ÖsterreicherInnen nach besetzt werden konnten.

Ziel der Bundeskurie angestellte Ärzte der Österreichischen Ärztekammer ist, dass die Arbeits-, Forschungs- und sonstigen Rahmenbedingungen an den Medizinischen Universitäten wieder so attraktiv werden, dass die Reputation der Medizinischen Universitäten dahingehend steigt, dass die fähigsten und besten Spitalsärztinnen und Spitalsärzte dort gerne arbeiten bzw. arbeiten möchten.

Uni-Kollektivvertrag

Im Jahr 2007 wurde ein Entwurf für einen Kollektivvertrag für ArbeitnehmerInnen der Universitäten ausgearbeitet. Für die Österreichische Ärztekammer von Interesse sind vor allem die Bestimmungen betreffend die Angehörigen der medizinischen Universitäten.

Die bisherige Endfassung des Entwurfs wurde mit 20.Juli 2007 übermittelt. Zuletzt wurden im August 2007 nochmals Forderungen der ÖÄK/BKAÄ an die zuständigen Stellen gerichtet, da diese bis dato keine Berücksichtigung im Entwurf für den Kollektivvertrag fanden.

Kritikpunkte der BKAÄ waren die Abgeltung von Journaldiensten, die durch den KV-Entwurf gegenüber dem Status quo verschlechtert wurde sowie die Schlechterstellung von teilzeitbeschäftigten Ärzten/Ärztinnen. Weiters wurde gefordert, den ArbeitnehmerInnen bei Abgeltung der Journaldienstzeiten eine Wahlmöglichkeit zwischen Zeitausgleich und finanzieller Abgeltung einzuräumen. Schließlich wäre es aus Sicht der BKAÄ wichtig, die Regelungen betreffend Nebentätigkeiten an allen drei medizinischen Universitäten in Österreich einheitlich zu gestalten und es wurde vorgeschlagen, die diesbezügliche Regelung der medizinischen Universität Wien in den Kollektivvertrag zu übernehmen.

Im Sinne des oben zu den immer schlechter werdenden Rahmenbedingungen an den Universitäten gesagten, sollte der Kollektivvertrag auch dazu beitragen, die Arbeit an den Universitäten für Ärzte/Ärztinnen wieder erstrebenswerter zu machen und die Möglichkeit zu schaffen, gute WissenschaftlerInnen auch langfristig an österreichischen Universitäten halten zu können.

Forderungen der ÖÄK zur geplanten Novelle des Universitätsgesetzes 2002

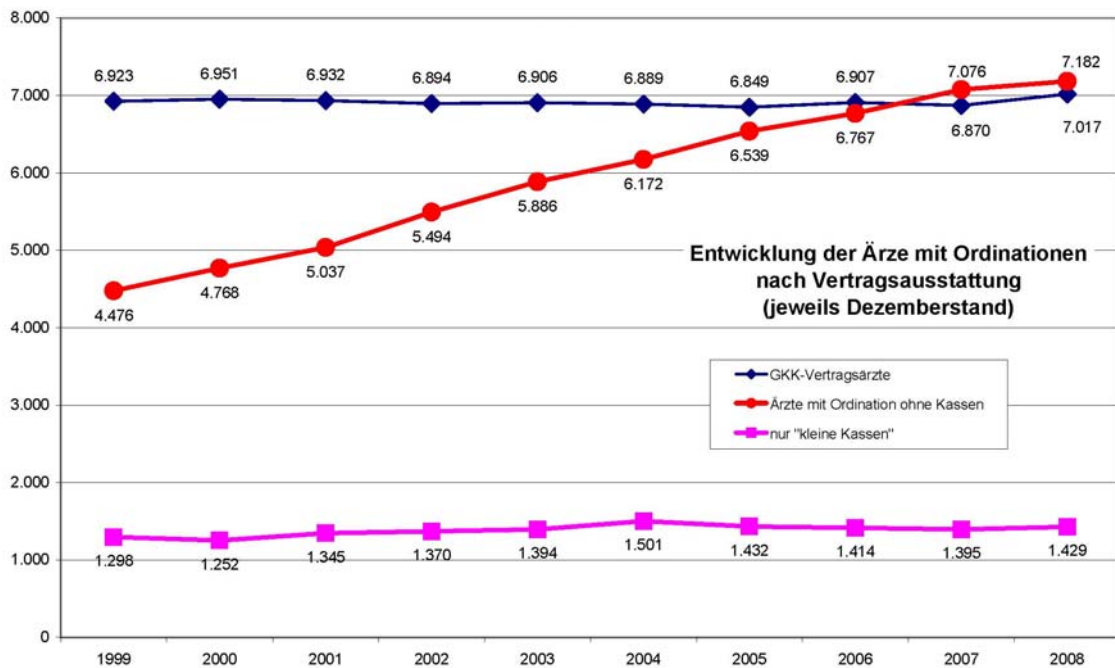
Zur geplanten Novellierung des Universitätsgesetzes 2002 wurden von Seiten der Österreichischen Ärztekammer folgende Forderungen gestellt:

1. Angemessene betriebliche Mitsprache von Leistungsträgern; Wahl des Senats von allen WissenschaftlerInnen mit Habilitation bzw. PhD.
2. Aufwertung des Senats bei der Rektoratsbestellung sowie bei Struktur- und Entwicklungsplan
3. Die Betriebsräte sollten stimmberechtigte Mitglieder des Universitätsrates sein
4. Vereinfachung der Berufungs- und Habilitationsverfahren
5. Die Wissensbilanzverordnung, insbesondere ihr Inhalt, sollte ausschließlich mit einer Fokussierung auf wirklich wesentliche und wissenschaftlich relevante Informationen evaluiert werden.
6. Mehr Flexibilität der Universitäten betreffend die Änderung von Leistungsvereinbarung bzw. Organisationsplan und Entwicklungsplan

NIEDERGELASSENE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN

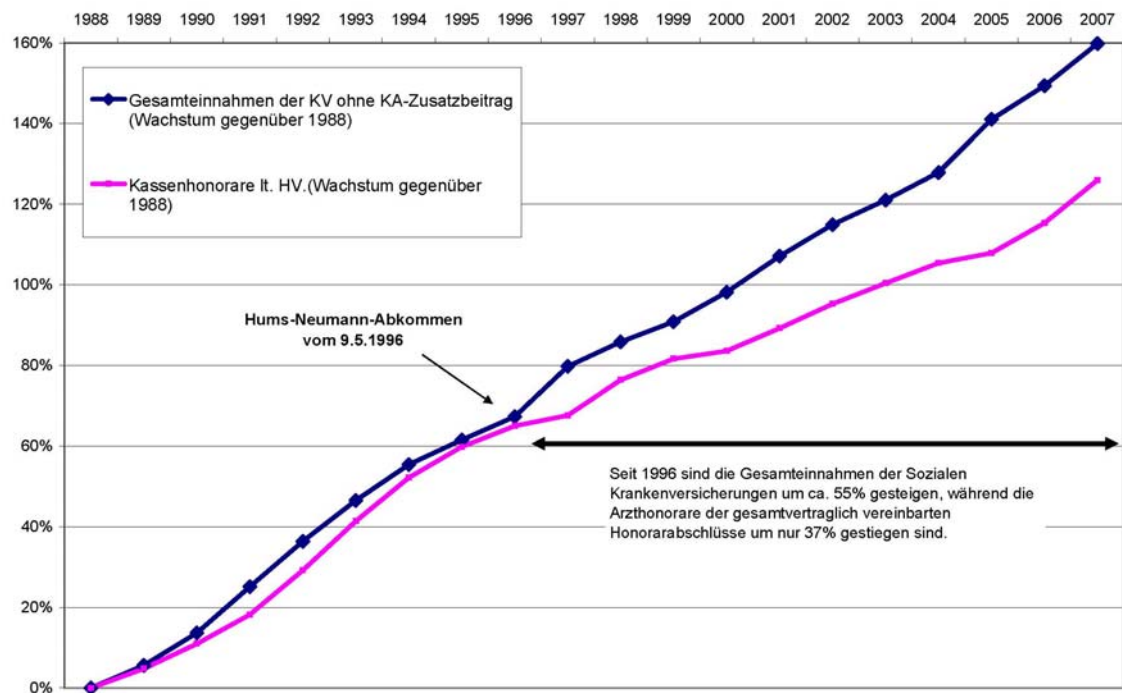
Verträge mit den sozialen Krankenversicherungen; WahlärztInnen

Eine Übersicht über die Kassenvertragsausstattung der über 15.600 niedergelassenen ÄrztInnen sowie etwaige Beschäftigte im Anstellungsverhältnis wurde bereits oben präsentiert. In einer Betrachtung der letzten 10 Jahre zeigt sich, dass die Anzahl der VertragsärztInnen der Krankenversicherungen in diesem Zeitraum nahezu unverändert geblieben ist, während die WahlärztInnen in der selben Zeitspanne um 60 % zugenommen haben (siehe Graphik).



Honorarentwicklung

Die Honorare der KassenvertragsärztInnen repräsentieren im Jahre 2007 rund 15 % der Ausgaben der sozialen Krankenversicherung. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. (1990 betrug er noch über 19 %). Die absoluten Zuwächse der Kassenhonorare waren dabei immer unter der Beitragseinnahmesteigerung der Krankenversicherung, im wesentlich stärkeren Ausmaß vor allem seit dem „Hums-Neumann-Abkommen“ vom Mai 1996. Seit diesem Zeitpunkt sind die Gesamteinnahmen der Krankenversicherungen (ohne Krankenanstaltenzusatzbeitrag) um 55 % gestiegen, währenddessen die Arzthonorare der gesamtvertraglich vereinbarten Honorarabschlüsse nur um 37 % gestiegen sind.

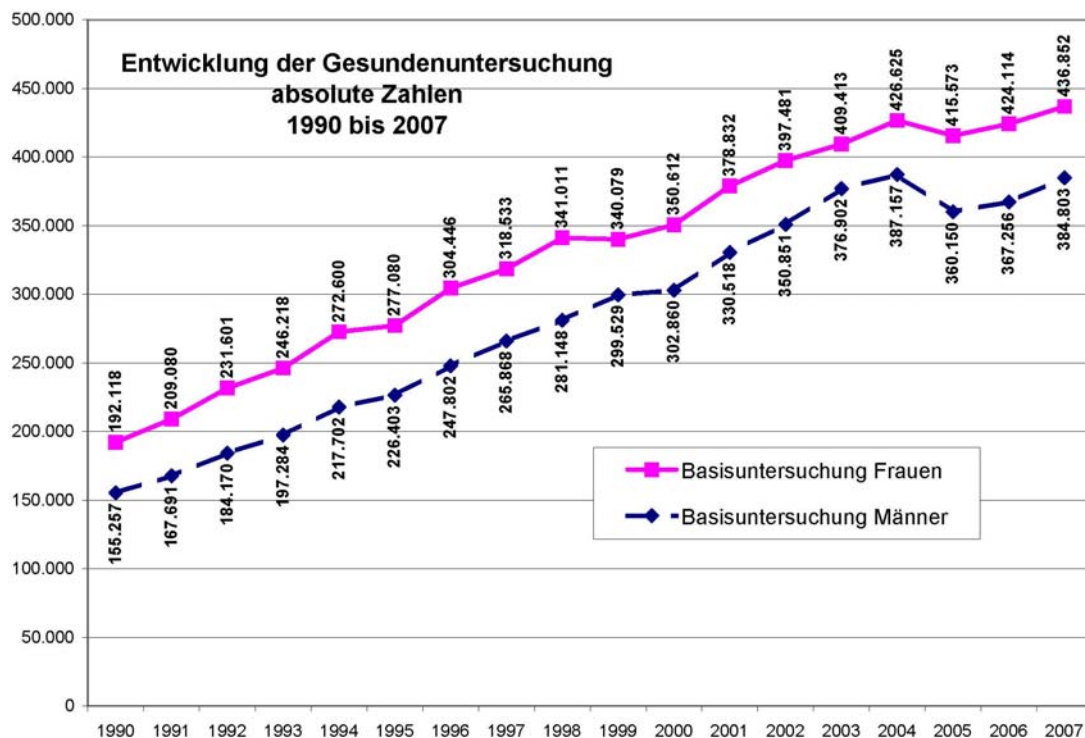


Vorsorgeuntersuchung

Die Gesundenuntersuchung (Vorsorgeuntersuchung) ist ein wichtiges Instrument der Prävention und des Screenings im Bereich der sozialen Krankenversicherung.

Die Österreichische Ärztekammer hat gemeinsam mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ein aktuelles Vorsorgeprogramm, welches von Versicherten ab dem 18. Lebensjahr kostenlos genutzt werden kann, entwickelt. Die Vorsorgeuntersuchungen dienen der Verhütung und Erkennung folgender Krankheiten im Frühstadium bzw. dem Aufzeigen folgender Gesundheitsrisiken: Arteriosklerose, Herz-Kreislaufkrankungen, erhöhter Blutdruck, bestimmte Karzinome, Diabetes mellitus, Alkoholmissbrauch, Rauchen, Arzneimittelmisbrauch, Adipositas, gesundheitsrelevanter Bewegungsmangel, Periodontitis, bestimmte Hör- und Sehstörungen.

Die absoluten Zahlen der Basisuntersuchungen und der Anteil in der Zielbevölkerung sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Lediglich im Zuge der Diskussion um die GU-Neu gab es Rückgänge in den Teilnahmezahlen 2005 und 2006.



Das Basisprogramm der Vorsorgeuntersuchung wird von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Lungenheilkunde angeboten. Darüber hinaus stehen Spezialprogramme wie etwa die gynäkologische Vorsorge oder die Dickdarmkrebs-Vorsorge in Form der Vorsorge-Coloskopie ab 50 zur Verfügung.

Das Programm wird laufend evaluiert und verbessert. Ab April 2009 werden die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung elektronisch an die Kassen weitergeleitet. Ein ausgeklügeltes Pseudonymisierungssystem sichert dabei Datenschutz und die ärztliche Verschwiegenheit. Die auf diese Weise gewonnenen Daten sollen in erster Linie der Evaluierung, welche gemeinsam von der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband durchgeführt wird, sowie der Optimierung des Vorsorgeprogrammes dienen.

Spezifisch regionale Vorsorgeprogramme der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte schaffen darüber hinaus die medizinische Grundlage für nachhaltige Gesundheit und das gewisse Mehr an Lebensqualität bis ins hohe Alter.

Teilweise wird mit Unterstützung der Landesärztekammern auch die Einladung, sog. Call bzw. Recall, der Patientinnen und Patienten zu den Vorsorgeuntersuchungen organisiert.

MUKI

Ein spezielles Vorsorgeprogramm stellt auch der Mutter-Kind-Pass dar, der sowohl für Schwangere als auch für Kinder bis zum Schuleintrittsalter regelmäßige Untersuchungen vorsieht. Neben gynäkologischen und internistischen Untersuchungen für die Mütter sind insbesondere allgemeinmedizinische, kinderärztliche, augenärztliche, orthopädische und HNO-ärztliche Programme für die Kinder vorgesehen.

Trotz vereinzelter Neuerungen im Programm ist der Mutter-Kind-Pass ein Bereich, der in den letzten Jahren stagniert und rückläufig ist.

Diese Entwicklung stellt einen langfristigen Trend dar, der sowohl von rückläufigen Geburtenzahlen verursacht wird, wie auch von einer reduzierten Inanspruchnahme, v.a. seit dem Wegfall der erhöhten Familienbeihilfe (in Abhängigkeit von den besuchten Untersuchungen) ab 1997.

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Bundesland	endgültige Werte							
	2004		2005		2006		2007	
	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €
Österreich	1.051.656	20.334	1.048.446	20.321	1.044.998	20.186	1.024.625	19.845
Wien	289.748	4.811	288.104	4.822	293.802	4.900	286.141	4.770
NÖ.	146.379	2.872	147.987	2.904	145.197	2.850	139.640	2.751
Bgld.	27.239	545	27.302	545	26.881	537	26.214	524
OÖ.	185.161	4.015	186.248	4.044	186.452	4.029	188.137	4.084
Stmk.	149.369	3.037	146.346	2.972	143.132	2.910	140.394	2.840
Kärnten	49.614	976	49.796	980	48.905	963	47.531	936
Salzburg	77.842	1.548	77.001	1.531	75.386	1.480	73.804	1.471
Tirol	75.582	1.522	75.127	1.517	74.841	1.511	74.659	1.508
Vlbg.	50.722	1.008	50.535	1.006	50.402	1.006	48.105	961

Veränderung zum Vorjahr

	2004		2005		2006		2007	
	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag
Österreich			-0,3%	-0,1%	-0,3%	-0,7%	-1,9%	-1,7%
Wien			-0,6%	0,2%	2,0%	1,6%	-2,6%	-2,7%
NÖ.			1,1%	1,1%	-1,9%	-1,9%	-3,8%	-3,5%
Bgld.			0,2%	0,0%	-1,5%	-1,5%	-2,5%	-2,4%
OÖ.			0,6%	0,7%	0,1%	-0,4%	0,9%	1,4%
Stmk.			-2,0%	-2,1%	-2,2%	-2,1%	-1,9%	-2,4%
Kärnten			0,4%	0,4%	-1,8%	-1,7%	-2,8%	-2,8%
Salzburg			-1,1%	-1,1%	-2,1%	-3,3%	-2,1%	-0,6%
Tirol			-0,6%	-0,3%	-0,4%	-0,4%	-0,2%	-0,2%
Vlbg.			-0,4%	-0,2%	-0,3%	0,0%	-4,6%	-4,5%

Anreiz- bzw. Recallsysteme könnten diesen wichtigen Teil der Prävention wieder zum nötigen Stellenwert verhelfen.

Im Dezember 2008 wurde die interne Untersuchung aus dem Untersuchungsprogramm der Schwangeren gestrichen. An ihre Stelle trat die Empfehlung einer Vorsorgeuntersuchung. Dieser Schritt wurde von der Österreichischen Ärztekammer grundsätzlich mitgetragen. Die konkrete Umsetzung

in der MuKi-Pass-Verordnung, welche von BM Dr. Kdolsky am letzten Tag ihrer Amtszeit (!) ohne jegliche Berücksichtigung der Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer unterschrieben wurde, hat jedoch mehrere Schwächen: So stellt der Austausch der bisher verbindlichen internen Untersuchung in der Schwangerschaft durch eine bloße „Empfehlung“ einer Vorsorgeuntersuchung eine Verschlechterung dar. Die Österreichische Ärztekammer hat stets die Forderung erhoben, an eine nicht durchgeführte Vorsorgeuntersuchung dieselben Konsequenzen zu knüpfen, wie sie bisher für eine nicht vorgenommene interne Untersuchung vorgesehen waren. Außerdem wurde von der Österreichischen Ärztekammer bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass gleichzeitig eine adäquate Maßnahme für jene Schwangeren vorgesehen werden muss, die das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben und daher gem. § 132b ASVG noch keinen Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung haben. In den MuKi-Pass muss hinkünftig jedenfalls eine entsprechende Seite aufgenommen werden, auf welcher die Zuweisung zur Vorsorgeuntersuchung sowie deren Durchführung entsprechend zu dokumentieren sind.

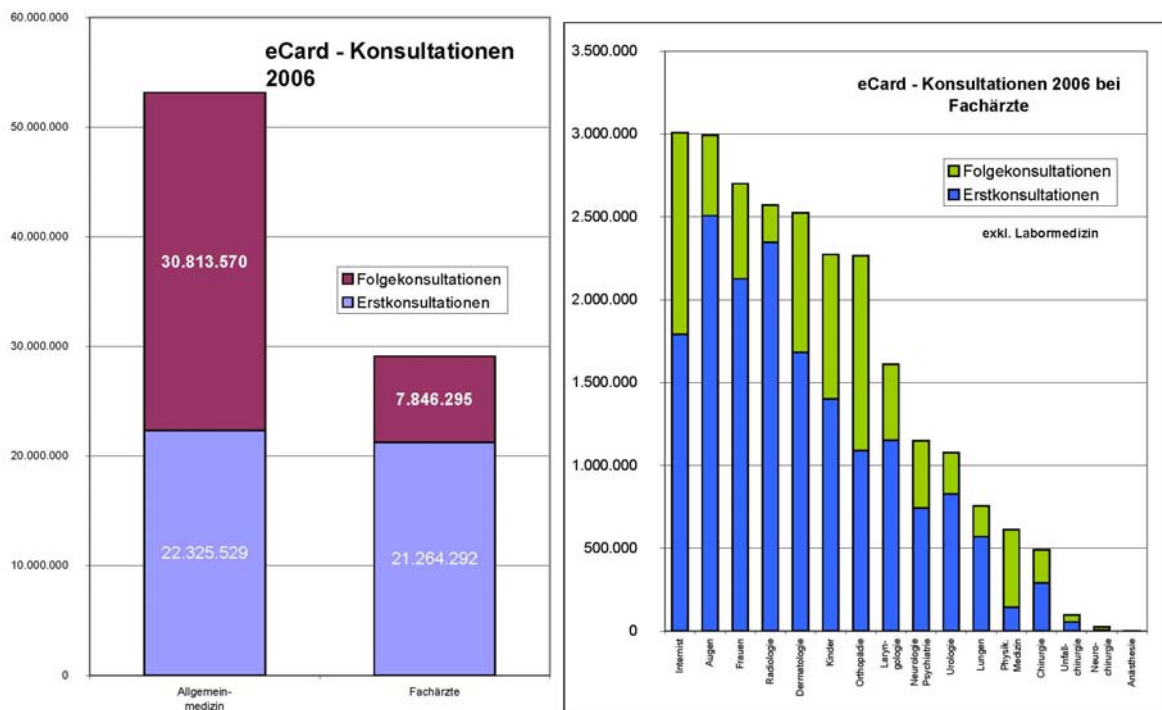
Mit großer Enttäuschung mussten wir feststellen, dass unsere langjährige Forderung nach einer verpflichtend nachzuweisenden Vorschuluntersuchung („Schuleinstiegsuntersuchung“) in der genannten Novelle der MuKi-Pass-Verordnung wiederum nicht umgesetzt wurde; dies, obwohl hier Konsens mit der MuKi-Pass-Kommission und Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde besteht.

E-Card

Aufgrund der Statistik der E-Card-Steckvorgänge gab es 2006 über 77 Mio. E-Card-Konsultationen, wobei lt. Angabe des Hauptverbandes die Laborkonsultationen unvollständig erfasst wurden. Setzt man an diese Stelle die honorierten Fälle der Gebietskassen und Sonderversicherungsträger, so ist in Summe von über 82 Mio. Konsultationen auszugehen.

(Anmerkung: 2006 gab es keine Pflicht zum Stecken bei Folgekonsultationen, sodass obige Zahl lediglich eine Untergrenze darstellt)

Eine Übersicht über die Anteile der einzelnen Fachbereiche zeigt die folgende Grafik.



Der E-Card-Gesamtvertrag sieht grundsätzlich vor, dass ab 1.1.2009 die E-Card bei jeder Arztkonsultation zu stecken ist. Mit dem HV konnte nunmehr vereinbart werden, dass auf Länder- bzw. Trägerebene allerdings Ausnahmeregelungen für Konsultationen außerhalb der Ordinationen (Haus-, Heimbesuche etc.) sowie für Härtefälle definiert werden können.

Als weitere Projekte im Rahmen der E-Card sind angedacht: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung („Krankschreiben“), welche nach Möglichkeit noch 2009 umgesetzt werden soll; die elektronische Überweisung; ein elektronisches Bewilligungsservice für Heilbehelfe ua. Grundvoraussetzung für solche zusätzlichen Anwendungen ist allerdings, dass sie zu einer Erleichterung und nicht zu einer bürokratischen Mehrbelastung in den Arztordinationen führen; die Einbindung in die Arztsoftware muss außerdem zu einem vertretbaren Preis möglich sein.

Qualitätssicherung

Rechtliche Grundlagen

Zu den Berufspflichten der ÄrztInnen gehört gemäß § 49 Abs. 1 ÄrzteG1998 die Behandlung und Gesundheitsvorsorge nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards. Der Betrieb von Ordinationsstätten hat

ebenfalls den fachspezifischen Qualitätsstandards zu entsprechen (§ 56 Abs. 1 Z 2 ÄrzteG1998).

ÄrztInnen sind zur regelmäßigen umfassenden Qualitätsevaluierung verpflichtet (§ 49 Abs. 2a ÄrzteG1998). Bis zum 31. Dezember 2008 muss jeder Arzt/jede Ärztin eine erste Evaluierung der Ordination durchgeführt haben.

Die §§ 118a – 118c ÄrzteG1998 bilden die gesetzliche Grundlage für die Einrichtung der ÖQMED und die Erlassung der Qualitätssicherungs-Verordnung 2006 durch die Österreichische Ärztekammer.

Die Qualitätssicherung dient der Patientensicherheit. Es wird evaluiert, ob die von ÄrztInnen angebotene Dienstleistung sowie die Ausstattung der Ordination auch allen erforderlichen fachspezifischen Kriterien des angebotenen Leistungsspektrums entsprechen.

Eine der ärztlichen Qualitätssicherung entsprechende, gesetzlich normierte und sanktionierte Berufspflicht besteht derzeit nur für ÄrztInnen, nicht aber für andere Gesundheitsberufe (ausgenommen ZahnärztInnen, deren Evaluierung jedoch noch nicht so weit fortgeschritten ist).

Durchführung der Evaluierung

Aufgabe der ÖQMed ist die Durchführung von Evaluierung und Kontrolle, sowie die Führung eines Qualitätsregisters, in dem die Ergebnisse eben dieser Erhebungen gespeichert werden.

In der Qualitätssicherungsverordnung sind Kriterien festgelegt, die die einzelnen ÄrztInnen in ihren Ordinationen und bei ihrer Tätigkeit zu erfüllen haben. Die Einhaltung dieser Kriterien wird evaluiert und kontrolliert. Bei der Feststellung von Mängeln wird der Betroffene/die Betroffene aufgefordert, diese binnen einer konkret bestimmten Frist nachweislich zu beheben.

Es werden zwei Gruppen von Qualitätskriterien abgefragt. Die einen betreffen die „Strukturqualität“ wie Ausstattung der Ordination hinsichtlich Räumlichkeiten oder Medizinprodukte, aber beispielsweise auch die Verfügbarkeit von Arzneimitteln.

Die zweite Gruppe der festgelegten Kriterien bezieht sich auf Standards der „Prozessqualität“. Hierbei geht es um die Frage, wie gut die verschiedensten Abläufe des Ordinationsalltags funktionieren. Als Beispiel seien genannt die Dokumentation der Krankengeschichten, die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, aber auch die Kommunikation innerhalb des Ordinationsteams.

Zur Evaluierung der festgelegten Kriterien werden Fragebögen an alle ÄrztInnen geschickt. Diese sind auszufüllen und an die ÖQMed zu retournieren, wo die Fragebögen dann ausgewertet werden. Ergeben sich aus den Evaluierungsbögen

oder aus stichprobenartig durchgeführten Kontrollen im Wege von Ordinationsbesuchen Mängel, so wird der Betroffene aufgefordert, diesen Mangel zu beheben, andernfalls droht die Kündigung des Kassenvertrages sowie eine Anzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer.

Die Ergebnisse der Evaluierung werden in einem Qualitätsregister gespeichert.

Ergebnisse

Insgesamt konnten bis Dezember 2008 bereits rund 16.000 Arztordinationen durch die ÖQMed zertifiziert werden. Durch das Zertifikat wird bestätigt, dass die einzelnen Ordinationen sämtliche durch die Qualitätssicherungsverordnung 2006 geforderten Kriterien erfüllen.

Die letzten derzeit noch laufenden Evaluierungen von rund 500 Ordinationen können bis Jahresende abgeschlossen werden, sodass mit Ende des Jahres 2008 sämtliche niedergelassenen Arztordinationen österreichweit dem ersten Zyklus der Qualitätsevaluierung unterzogen werden konnten.

Sämtliche während des Evaluierungsprozesses neu eröffneten Ordinationen werden bis zum Erlass einer neuen Qualitätssicherungsverordnung sukzessive durch die ÖQMed einer Qualitätsevaluierung zu den bisher geltenden Qualitätskriterien unterzogen.

- ➡ Im Ergebnis zeigt sich auch im Zusammenhang mit Maßnahmen der Qualitätssicherung der hohe Standard, den die österreichische Medizin vorzuweisen hat. Die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im niedergelassenen Bereich ist ausgezeichnet.

Nutzerbeirat Barrierefreiheitsregister

Der Nutzerbeirat ist ein beratendes Gremium der ÖQMed in Angelegenheiten der Barrierefreiheit, der aus Mitgliedern der Zielgruppe (Menschen mit besonderen Bedürfnissen) besteht. Er steht der ÖQMed unterstützend zur Seite, um die Adaptierung und Verbesserung des Barrierefreiheitsregisters sowie der Suchmaschine anzuregen und umzusetzen. Ebenso berät er die ÖQMed in Fragen der Bedarfserhebung, Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen zur Barrierefreiheit. Mitglieder des Nutzerbeirats sind potenzielle Nutzerinnen und Nutzer des Barrierefreiheitsregisters.

Der Nutzerbeirat ist in der Projektstruktur des Projektes „Barrierefreie Arztordinationen“ verankert und wird in Entscheidungsprozesse für das Projekt im Sinne der Zielgruppe eingebunden.

ELGA- ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSAKTE

Seit rund einem Jahr wird von einer Arbeitsgemeinschaft (BMGFJ, Hauptverband und Bundesländer), der ARGE – ELGA, an einem Projekt gearbeitet, an dessen Ende die elektronische Gesundheitsakte stehen soll. Bislang wurde noch nirgends in Europa ein vergleichbares flächendeckendes System etabliert, aber in vielen Ländern denkt man über die Einführung eines solchen Informationssystems nach.

Was ist ELGA?

Zunächst soll ELGA dem Informationsaustausch zwischen SpitalsärztInnen und ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich in beiden Richtungen dienen, indem ein elektronischer Zugang zu Entlassungsinformationen, Labor- oder Röntgenbefunden eröffnet werden soll. In einer weiteren Entwicklungsstufe könnten sodann weitergehende Informationen über ELGA ausgetauscht bzw. abgefragt werden (Befunde von Fachärzten aus dem niedergelassenen Bereich).

Auch an die Errichtung eines Web-Portales für PatientInnen ist gedacht, das dem Arzt/der Ärztin ermöglicht, ihre Gesundheitsdaten abzurufen. Zusätzlich wird mit einem solchen Web-Portal auch die Möglichkeit geschaffen, dass die PatientInnen Zugang zu Gesundheitsinformationen haben. Jeder Patient/jede Patientin mit einer Bürgerkarte hätte außerdem das Recht und die Möglichkeit, seine in der E-Datenbank abgestellten Befunde selektiv zu verbergen.

Als dritte Dimension steht eine „E- Medikationsdatenbank“ zur Debatte. Eine solche Übersicht würde es ÄrztInnen ermöglichen, sich über die gesamte Medikation ihrer PatientInnen informieren zu können und so Wechselwirkungen von Medikamenten, die unter Umständen auch die Gesundheit des/der Betroffenen gefährden können, im Vorhinein abzuklären. Ein solcher „Interaktionsabgleich“, ermöglicht durch die elektronische Erfassung und Abrufbarkeit von Medikationen, die PatientInnen bei anderen ÄrztInnen verschrieben wurden, wäre von Nutzen für ÄrztInnen und PatientInnen; für ÄrztInnen zur Optimierung ihrer Behandlung und für PatientInnen zur Vermeidung schwerwiegender Arzneimittelinteraktionen.

➡ Unabhängig von all den Möglichkeiten, des ELGA-Systems, ist jedenfalls darauf Bedacht zu nehmen, dass nicht unnötig viele Daten gespeichert werden, der Aufwand verhältnismäßig ist und vor dem Hintergrund bestehenden Datenaustausches kein Zwang zu unnötigen Investitionen bestehen wird.

Probleme

Die Schwierigkeiten bei der Entwicklung und Implementierung von ELGA liegen vor allem auch darin, dass man mehreren sehr unterschiedlichen Zielsetzungen gerecht werden soll und muss.

Einerseits soll ELGA möglichst viele Informationen enthalten und für die Berechtigten gut zugänglich sein, um auch tatsächlich für die ärztliche Behandlung einen Nutzen zu ziehen. Demgegenüber stehen das besondere Vertrauensverhältnis, das eine Arzt/Patienten-Beziehung mit sich bringt sowie die Rechte der PatientInnen auf Verschwiegenheit des Arztes/der Ärztin und der Datenschutz.

Zum Schutz der Patientenrechte soll jedem Patienten/jeder Patientin die Möglichkeit gegeben werden, zu bestimmen, welche Befunde elektronisch abrufbar sind und welche nicht. Diese Option dient zwar der Selbstbestimmung der PatientInnen, schadet aber dem intendierten Informationsaustausch und damit dem Nutzen von ELGA, vor allem dann, wenn für ÄrztInnen, die Informationen aus ELGA abrufen, nicht ersichtlich ist, ob irgendwelche Befunde ausgeblendet wurden oder nicht. Der Nutzer/die Nutzerin weiß also nicht, ob es sich um eine vollständige Gesundheitsakte handelt. Vom BMGFJ wird eine gesetzliche Verpflichtung zum Eintritt in das ELGA-System mit der Möglichkeit eines nachträglichen „Opt-out“ gefordert.

➡ Der Eintritt in das ELGA- System sollte sowohl auf PatientInnen - als auch auf ÄrztInnenseite freiwillig erfolgen. PatientInnen und ÄrztInnen sollten die Möglichkeit haben, selbst zu entscheiden, ob ihre Gesundheitsdaten oder Dokumentationen elektronisch erfasst werden bzw. ob sie in ihrer Ordination von einem solchen System Gebrauch machen möchten.

➡ Das Vertrauen in die ärztliche Verschwiegenheit muss ohne Einschränkung erhalten bleiben. Gleichzeitig soll der Patient/die Patientin auch die Sicherheit haben, dass seine/ihre Daten nicht in falsche Hände geraten.

➡ Die Frage, ob die Gesundheitsdaten zentral oder dezentral gespeichert werden sollen, muss einer Lösung zugeführt werden, wobei im Sinne des Datenschutzes einer dezentralen Speicherung beim Datenersteller/ Leistungserbringer, also bei den ÄrztInnen oder einem von ihnen beauftragten Dienstleister, der Vorzug zu geben ist.

➡ In diesem Zusammenhang ist auch zu fordern, dass nur ein bestimmter Personenkreis Zugriff auf die gespeicherten Gesundheitsdaten hat. Das Abrufen der Daten sollte ausschließlich ÄrztInnen und nur im Zuge einer aktuellen medizinischen Behandlung ermöglicht werden.

Kosten/Nutzen

Zusätzlich zur Frage, wie man alle Anforderungen an ein elektronisches „Gesundheitsinformationssystem“ bestmöglich miteinander vereinbart, erhebt sich die Frage der Kosten und des Nutzen eines solchen Systems bzw. die Frage, wer die Kosten dafür zu tragen hat, zumal Nutzbarkeit und Umfang durch die notwendige Bedachtnahme auf Patientenrechte und Datenschutz eingeschränkt sind.

➡ Die Etablierung von ELGA darf nicht mit zusätzlichen finanziellen Belastungen für ÄrztInnen verbunden sein. Aber auch die Finanzierung aus Mitteln, die eigentlich für

kurative Leistungen für PatientInnen vorgesehen sind, erscheint aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer als untragbar.

➡ Im Sinne der Effizienz sollte man bereits vorhandene (und auch erprobte) Datenübertragungssysteme nutzen und weiterentwickeln, anstatt neue Systeme zu installieren, die sich technisch noch nicht bewährt haben und die neuerlich Zeitaufwand und Kosten verursachen.

Viele dieser Punkte sind nach wie vor ungeklärt. Auch eine vom BMGFJ vorgelegte „Kosten-Nutzen-Analyse“ legte weder die exakten zu erwartenden Kosten dar, noch zeigte sie den entsprechenden Nutzen auf. Daher ist eine entsprechende Beurteilung von ELGA zurzeit auch noch nicht möglich. Daher erfolgte von Seiten der Bundesgesundheitskommission in der Sitzung am 4.Juli 2008 auch kein entsprechender Umsetzungsbeschluss.

Standpunkt der ÖÄK ist, dass sämtliche offenen ELGA-Fragen zunächst einmal von der Politik umfassend beantwortet werden müssen, um in weiterer Folge eine wirkliche Beurteilung des Projektes ELGA überhaupt einmal zu ermöglichen.

AUS- UND FORTBILDUNG

Allgemeines

Das Jahr 2007 war im Bereich der Aus- und Fortbildung durch Einwirkungen von Staat und Politik gekennzeichnet, in dem fast zeitgleich Verstaatlichungs- und Entstaatlichungstendenzen sich teilweise sogar gegenläufig gegenüberstanden. Während im Jahre 2006 im Zuge der Novellierung der ÄAO beispielsweise die Festlegung von Ausbildungsinhalten in den Kompetenzbereich der ÖÄK übertragen wurde, wurde auf der anderen Seite hingegen versucht übertragene Kompetenzen wieder zurückzunehmen (z.B. Art 15a Vereinbarung – Entzug der Anerkennungskompetenz für Ausbildungsstätten, etc.).

Anhand der von der Ärztekammer durchgeführten Arztprüfungen und Visitationen von Ausbildungsstätten zeigt sich, dass die ärztliche Landesvertretung sehr wohl in der Lage ist, ohne staatliche Einflüsse Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Bereich der Ärzteausbildung erfolgreich zu setzen.

Ausbildung

Anerkennung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen

Die Ausbildung von Ärzten und Ärztinnen erfolgt ausschließlich an anerkannten Ausbildungsstätten unter Besetzung von genehmigten Ausbildungsstellen. Dies stellt einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung dar.

In Art 44 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG sind die Vertragsparteien (Bund, Länder) übereingekommen, die Zuständigkeit für die Anerkennung von Krankenanstalten einschließlich Lehrambulatorien als ärztliche Ausbildungsstätte an eine nicht näher definierte Bundesbehörde zu übertragen. Diese Übertragung der erstinstanzlichen Zuständigkeit sollte mit 1. Jänner 2009 wirksam werden.

Mit der Kompetenzübertragung wieder an eine Bundesbehörde wird das mit dem Verwaltungsreformgesetz 2001 verfolgte Ziel einer Verwaltungsvereinfachung und Kostenminimierung für den Bund aufgegeben, und auch statt einer fachkompetenten Abwicklung über Fachgremien der Österreichischen Ärztekammer (Ausbildungskommission gemäß § 128a ÄrzteG) die Vollziehung aus den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung genommen.

Die Erfahrung zeigt, dass sich die Übertragung der gesamten Ausbildungskompetenz an die Ärztekammer im Hinblick auf eine durchgängige Entscheidungspraxis als zielführend erwiesen, zur Beschleunigung der Verfahrensdauer beigetragen und zu einer nicht unwesentlichen Kostenminimierung bei steigender Qualität geführt hat.

Im Dezember 2008 wurde am letzten Arbeitstag der inzwischen ausgeschiedenen Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend ein Entwurf zur Novellierung des ÄrzteG 1998 ausgesandt, der die Einrichtung eines Bundesamtes für Ausbildungsmanagement im Rahmen der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vorsieht. Diesem Bundesamt sollen sämtliche Kompetenzen der Österreichischen Ärztekammer für die Anerkennung von Ausbildungsstellen, Ausbildungsstätten, Lehrpraxen etc. übertragen werden. Die Entscheidung in diesem Bundesamt wird durch ein Kollegialorgan durchgeführt, dem fünf Mitglieder angehören, wobei ein einziger von der Österreichischen Ärztekammer entsandter Arzt/Ärztin diesem Organ angehören soll. Die Durchführung und die Kosten der Visitationen sollen bei der Österreichischen Ärztekammer verbleiben.

Die Österreichische Ärztekammer ist entsetzt über diesen Entwurf, der einen massiven Rückschritt in der Qualitätssicherung der ärztlichen Ausbildung darstellt. Statt dezentraler fachlicher Prüfungen durch die Österreichische Ärztekammer gemeinsam mit den Landesärztekammern vor Ort, soll die Ausbildungsqualität künftig durch eine zentrale Behörde ohne entsprechende ärztliche Fachkompetenz entschieden werden. Zudem wird dadurch statt einer Verwaltungsvereinfachung eine

zusätzliche vollkommen neue Verwaltungsebene für Rechtsträger von Krankenanstalten und Ärzteschaft eingezogen.

Die Österreichische Ärztekammer hat Verständnis dafür, dass eine einheitliche Vollziehung dieser Aufgaben sichergestellt werden muss, und schlägt als Gegenmodell vor, dass die Österreichische Ärztekammer weiterhin 1. Instanz für diese Verfahren bleibt und das Bundesministerium für Gesundheit bzw. ein ausgegliedertes Bundesamt die 2. Instanz wahrnimmt. Damit wäre ohne Kostenvermehrung und bei gleichzeitiger Qualitätssicherung eine österreichweit einheitliche Vollziehung unter Einbindung föderaler Strukturen sichergestellt.

Ärzteausbildungsordnung (ÄAO)

Im Jahr 2007 ist die von der Österreichischen Ärztekammer seit Jahren geforderte Novelle der ÄAO in Kraft getreten. Seitens der Ärzteschaft wurde gegenüber dem zuständigen Ministerium in diesem Zusammenhang wiederholt heftige Kritik an dem jahrelang dauernden Entstehungsprozess geübt. Eine zwölfjährige Phase, in der ärztliche Ausbildungen den Entwicklungen und dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft nicht angepasst werden, ist absolut unvertretbar.

Sehr positiv ist aus Sicht der Ärztekammer zu werten, dass im Bereich der Rechtsträger, vor allem der Krankenanstaltenverbände in den Bundesländern, endlich qualifizierte Personen – zumeist Ärztinnen und Ärzte – beschäftigt bzw. ernannt wurden, die für die Ausbildung der Ärzte in den Krankenanstalten verantwortlich sind. In diesem Sinne begrüßt die Ärztekammer auch, dass sich eine Kontaktgruppe trägerübergreifend gebildet hat, die gemeinsam mit dem Bundesministerium und der Ärztekammer versucht, die bestmögliche Ausbildung zu gewährleisten.

Gerade diese Kooperation gibt gute Hoffnung, dass schwierige Kapitel der ärztlichen Ausbildung, wie die Ausbildung im Fach Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin oder die Frage der Rotation im kommenden Jahr einvernehmlich zwischen Bund, Ländern, Rechtsträgern der Krankenanstalten und Ärztekammer gelöst werden können.

Damit steigen auch die Hoffnungen, dass endlich das seit vielen Jahren bestehende Turnusärzte-Tätigkeitsprofil der Ärztekammer verpflichtend umgesetzt wird. In der Praxis ist aber vor allem die Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin noch immer absolut verbesserungsbedürftig, da ÄrztInnen in Ausbildung zum

Allgemeinmediziner überwiegend als Systemerhalter eingesetzt werden und dadurch die Ausbildung viel zu kurz kommt.

- ➡ gesetzliche Regelung des Turnusärzte-Tätigkeitsprofils
- ➡ zur rascheren und effizienteren Umsetzung: Regelung der ärztlichen Ausbildung durch die ärztliche Interessensvertretung unter Mitwirkung der wissenschaftlichen Gesellschaften.
 - ➡ Rückzug des Staates und der Politik auf eine Grundsatz- und Aufsichtsfunktion; Eingriff nur dort, wo die ärztliche Regelungskompetenz an rein faktische Grenzen stößt (z.B. Finanzierung der Lehrpraxis, legislative Umsetzung des Turnusärztetätigkeitsprofils zur Verbesserung der Turnusärzteausbildung).

Approbation

Nach den Arbeitsgesprächen mit dem BMGFJ zeigt sich die Tendenz, dass die Absicht besteht die Approbation nach dem Studium einzuführen. Seitens der Österreichischen Ärztekammer sind jedoch mit der Einführung einer Approbation folgende Inhalte mit zu klären:

- ➡ Klärung des Tätigkeitsumfanges des approbierten Arztes/der approbierten Ärztin
- ➡ Beschäftigungsberechtigung approbierter ÄrztInnen in Krankenanstalten
- ➡ keine Verschlechterung der Einkommensverhältnisse der in Ausbildung befindlichen ÄrztInnen durch die Einführung der Approbation

Facharzt für Allgemeinmedizin

Die Etablierung des Facharztes für Allgemeinmedizin wurde von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer im Jahre 2004 beschlossen und dem Ministerium übermittelt. Nach zweijähriger Bedenkzeit wurde zur Verwirklichung dieses Konzept von der ehemaligen Fr. BM Rauch-Kallat eine Arbeitsgruppe eingesetzt.

Die seit dem Frühjahr 2007 intensiv geführten Arbeitsgespräche unter der Leitung des BMGFJ fanden noch keinen endgültigen Abschluss. Die ÖÄK hat alle notwendigen Vorarbeiten wie die Erarbeitung von Ausbildungsinhalten gemeinsam mit den wissenschaftlichen Gesellschaften durchgeführt. Mit der Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin ist die Regelung der Lehrpraxisförderung, die nach

wie vor keiner politischen Lösung unterzogen wurde, eng verbunden. Ohne ausreichende staatliche Mittel für die Lehrpraxisförderung ist eine Verbesserung der Allgemeinmedizinerausbildung nicht erreichbar.

➔ Neugestaltung der Lehrpraxisförderung gemäß internationaler Vorbilder durch Schaffung von entsprechenden Rahmenbedingungen

➔ Wahrnehmung der Verantwortung zur Finanzierung der Lehrpraxis durch Bund, Länder und die Sozialversicherungsträger

Fortbildung

Die Österreichische Ärztekammer hat mit dem DFP Programm ein international renommiertes Programm zur Dokumentation einer regelmäßigen, qualitätsgesicherten Fortbildung etabliert, das auch die Bereich E-Learning (DFP online), DFP-Literaturstudium sowie Qualitätszirkel umfasst und in dessen Rahmen ein Arzt/eine Ärztin 150 Stunden Fortbildung in drei Jahren gemäß international üblicher Standards nachweisen muss. Etabliert wurde auch ein DFP-Online-Konto, wo bereits tausende ÄrztInnen ihre Fortbildungen elektronisch buchen. Das Programm ist von den Ärztekammern, den wissenschaftlichen Gesellschaften und den Fortbildungsanbietern österreichweit gut eingeführt und wird laufend evaluiert.

Im Herbst 2008 wurde unter Beiziehung internationaler Experten auf dem Gebiet von CME und CPD mit allen assoziierten wissenschaftlichen Gesellschaften ein Work Shop zur Qualitätssicherung ärztlicher Fortbildung abgehalten. Dabei wurde auch das Thema Ärzteschaft, Fortbildung und Industrie unter dem Qualitätsaspekt beleuchtet und diesbezüglich neue Strategien erläutert. Für das Jahr 2009 ist eine größere Novelle des DFP-Programms der ÖÄK angedacht.

Insofern sind allfällige staatlich beeinflusste Diskussionen über Neuregelungen im Bereich der ärztlichen Fortbildung und deren Dokumentation absolut entbehrlich.

Spezialfortbildungen (ÖÄK Diplome)

Als Nachweis des Abschlusses einer strukturierten Fortbildung in gewissen Bereichen der Medizin z.B. (Geriatric, Sportmedizin, Schulmedizin, Komplementärmedizin, Schmerztherapie, Psychotherapie, Arbeitsmedizin, etc.) werden von der ÖÄK Spezialdiplome vergeben.

Unverständlich ist es, dass von Seiten des Bundesministeriums bzw. der Sozialversicherungsträger für die Erbringung und Verrechnung einzelner spezieller

Behandlungsmethoden bzw. routinemäßiger ärztlicher Leistungen (Diabetes, etc.) entsprechende Spezialfortbildungen verpflichtend nachzuweisen sein sollen.

Es würde jegliche ärztliche Ausbildung und Leistungserbringung ad absurdum führen, wenn man für Tätigkeiten, die bereits Teil der ärztlichen Ausbildung und der kontinuierlichen Fortbildung sind, eine verpflichtende Zusatzfortbildung fordern würde. Anderes gilt für den Erwerb von Spezialqualifikationen, die nicht im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vermittelt wurden oder das Erlernen neuer Techniken (z.B. Ultraschall in den 90er Jahren).

Leitlinien

Leitlinien sind in der Medizin seit Jahrzehnten etabliert und dienen der Wissensvermittlung der Ärzteschaft und der Fortbildung. Sie werden von entsprechenden wissenschaftlich ärztlichen Fachgremien erarbeitet und publiziert und dienen den ÄrztInnen in der Praxis als Orientierungshilfe bei der Behandlung von PatientInnen.

In diesem Umfeld haben sich auch im Jahre 2007 zahlreiche Leitlinien und Empfehlungen von Fachgesellschaften (z.B. Konsenspapier der Kinder- und Hals/Nasen/Ohren ÄrztInnen zur Tonsillektomie bei Kindern) entwickelt. Diese Form der Leitlinienpolitik wird von der Ärztekammer unterstützt und es laufen in der Kammer auch Projekte, nach denen diese Leitlinien in einer noch zu diskutierenden Form über eine Plattform der Kammer den ÄrztInnen leichter zugänglich gemacht werden sollen.

Allerdings spiegelt sich diese Form der Leitlinienpolitik nicht in den gesetzlichen Rahmenbedingungen wider. Nach dem von der Ärztekammer heftig kritisierten Gesundheitsqualitätsgesetz können Leitlinien als Empfehlungen oder sogar als verbindliche Richtlinien mit einem Strafrahmen von bis zu 20.000 € von der Bundesministerin für Gesundheit festgelegt werden. Es ist dies ein ganz klarer Fall des staatlichen Eingriffs in die Behandlungsfreiheit der ÄrztInnen. Immerhin handelt es sich bei Leitlinien um eine von der Ärzteschaft für die ÄrztInnen entwickelte Quelle des State of the art der Medizin, allerdings im Wissen, dass es manchmal State of the art ist, gerade von diesen Leitlinien wegen der Individualität der Notwendigkeiten der Patientinnen und Patienten abzuweichen. Wären Leitlinien verbindlich, wäre dieses Abweichen allerdings mit erheblichen Begründungs- und Dokumentationsaufwand, somit mit weiteren bürokratischen Belastungen, verbunden.

In diesem Sinne hat die Österreichische Ärztekammer auch rund um die Verhandlungen zur Art 15 a Vereinbarung unter dem Kapitel Qualitätssicherung oftmals vorgebracht, dass Behandlungsrichtlinien wie die im Gesundheitsqualitätsgesetz vorgesehenen Bundesqualitätsrichtlinien des Bundesministeriums für die Ärzteschaft generell nicht akzeptabel sind.

Der Staat greift durch derartige ministerielle Leitlinien/Richtlinien direkt in die Beziehung Arzt/ Patient ein und bringt damit den Arzt/die Ärztin systematisch in eine ethische Konfliktsituation (Einhaltung von Rechtsvorschriften vs. Notwendigkeiten der PatientInnen). Zudem übernimmt der Staat damit Aufgaben, die bis dato genuin von den wissenschaftlichen Gesellschaften übernommen waren. Letztlich ist es auch auf Grund der Multimorbidität vieler PatientInnen und der Entwicklung der Medizin schlicht unmöglich, den State of the art in Verwaltungsvorschriften festzuhalten, da eine Verwaltung mit generellen Rechtsvorschriften die Individualität einer Erkrankung niemals abbilden kann.

Insofern sind staatliche Leitlinien zu COPD, koronaren Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, etc. aus Sicht der Ärztekammer heftig zu kritisieren.

➔ Keine staatlichen Vorgaben für den Bereich der ärztlichen Fortbildung (z.B. Leitlinien für bestimmte medizinische Behandlungsmethoden)

➔ Die Ausarbeitung von Leitlinien, denen Empfehlungscharakter zugemessen wird, erfolgt durch die Ärzteschaft selbst; die Anwendung erfolgt auf freiwilliger Basis

GESETZGEBUNG, RECHTSPRECHUNG

Gesetzgebung

B-VG Novelle (BGBl I 2/2008)

Mit der im Dezember 2007 beschlossenen und mit BGBl I 2/2008 kundgemachten B-VG Novelle wurde die nicht-territoriale Selbstverwaltung im B-VG verankert, also den Kammern eine verfassungsrechtliche Grundlage gegeben.

Zusätzlich wurde in der neuen Bestimmung des Art. 120a B-VG die Bedeutung der Sozialpartner, zu welchen auch die Ärztekammern zählen, herausgestrichen.

Ärzteausbildungsordnung (BGBl II 286/2006)

Mit BGBl 286/2006 wurde eine neue Ärzteausbildungsordnung erlassen, die im Jahr 2007 in Kraft getreten ist. Die Ärzteausbildung wurde mit dieser neuen Verordnung an die Fortschritte der Medizin angepasst. Die Verordnung enthält Ausbildungsinhalte für die Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin, zum Facharzt/zur Fachärztin und zur Ausbildung in Additivfächern.

Anti-Doping

Internationales Übereinkommen gegen Doping im Sport (BGBl III 108/2007), in Kraft seit 21. September 2007:

In diesem Übereinkommen verpflichten sich die Vertragsstaaten - auch Österreich - auf nationaler Ebene geeignete Maßnahmen zur Bekämpfung und Vermeidung von Doping im Sport zu setzen. Weiters ist eine internationale Zusammenarbeit und Koordination der Tätigkeiten auf diesem Gebiet vorgesehen.

Anti-Doping-Gesetz 2007 und Novellierung 2008:

In Umsetzung dieses internationalen Abkommens wurde mit BGBl I 30/2007 das Anti-Doping-Gesetz 2007 erlassen. Dieses Gesetz wurde mit BGBl I 115/2008 novelliert.

Das Anti-Doping-Gesetz schafft Voraussetzungen für Maßnahmen, um gegen Doping im Sport vorzugehen. Dieses Gesetz enthält Regelungen bezüglich der verbotenen Vorgehensweisen, Kontrollen von Sportlern oder auch Einrichtung unabhängiger Kontrollinstanzen. Zusätzlich werden im Anti-Doping-Gesetz entsprechende Pflichten von Betreuungspersonen (TrainerInnen, ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen) geregelt.

Informationspflichten der ÄrztInnen normiert der § 21 AntiDopingG 2007, wonach ÄrztInnen, die PatientInnen betreuen, die sich ihnen gegenüber als Leistungssportler/Leistungssportlerin deklariert haben, bei Verabreichung von Medikamenten, die einen verbotenen Wirkstoff enthalten oder bei der Anwendung verbotener Methoden, darüber zu informieren haben.

Mit der Novellierung des Anti-Doping-Gesetzes 2007 im August 2008 wurde mit § 22a eine Strafbestimmung eingeführt. Gerichtlich strafbar macht sich, wer verbotene Wirkstoffe oder Methoden in Verkehr bringt bzw. bei anderen anwendet. Ebenfalls unter Strafe gestellt wird der Besitz verbotener Substanzen, sofern eine festgelegte Grenzmenge überschritten wird und der Vorsatz besteht diese Substanzen zu Dopingzwecken einzusetzen.

Als Grund für die Aufnahme einer Strafbestimmung in das Anti-Doping-Gesetz wurden die die vom Doping ausgehenden besonderen Gefahren für die Gesundheit der Betroffenen, die bis hin zu irreversiblen Gesundheitsschäden reichen, angenommen. Grundsätzlich macht sich jeder strafbar, der zu Dopingzwecken die genannten Substanzen besitzt bzw. die verbotenen Methoden anwendet. Die Bestimmung gilt nicht nur für den Profi-, sondern auch für den Amateursport. Personen, die über eine gesetzliche Berechtigung zum Besitz der verbotenen Stoffe

verfügen (ÄrztInnen, ApothekerInnen, etc.) sind von dieser Strafbestimmung nur dann erfasst, wenn sie die Substanzen zu Dopingzwecken besitzen.

Pflege

Im Zusammenhang mit den Problemen in der Pflege wurden verschiedene Vorschriften erlassen.

Zunächst sind das „Hausbetreuungsgesetz“ (BGBl I 33/2007) und die entsprechenden Änderungen in der Gewerbeordnung 1994 (BGBl I 33/2007) zu erwähnen. Das HausbetreuungsG enthält arbeitsrechtliche Sonderbestimmungen für Betreuungspersonen.

Gleichzeitig mit Erlassung des HausbetreuungsG erfolgte eine Änderung der GewO1994. Demnach wurde der Tätigkeitsumfang jener Personen festgelegt, die das Gewerbe der Personenbetreuung betreiben. Nach den einschlägigen Bestimmungen dürfen solche Betreuungspersonen Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen leisten, Haushaltstätigkeiten verrichten oder auch dem zu Betreuenden Gesellschaft leisten.

Mit BGBl I 57/2008 wurde ein neuer § 3b in das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz eingefügt. Durch diese Bestimmung sind Betreuungspersonen nach dem HausbetreuungsG bzw. Personen, die das Gewerbe der Personenbetreuung betreiben, befugt, über Anordnung und Anleitung „pflegerische Tätigkeiten“ im Einzelfall durchzuführen. Zu diesen Tätigkeiten zählen etwa Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme oder die Unterstützung bei der Körperpflege. Derzeit ist eine weitere Novelle des GuKG in Begutachtung. In dieser Novelle geht es um die „Aufwertung“ der Tätigkeit der Pflegehilfe. Diese Personen dürfen nach dem Entwurf ihnen übertragene pflegerische Tätigkeiten im extramuralen Bereich ohne Aufsicht durchführen, unterliegen aber einer nachträglichen Kontrolle durch Ärzte/Ärztinnen bzw. Angehörige des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege.

Weiters ist darauf hinzuweisen, dass zwar immer von 24 Stunden-Pflege gesprochen wird, aber das Gesagte muss natürlich auch gelten, wenn keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung erforderlich ist.

Medizinprodukte

Im Jahr 2007 wurde eine Reihe von Verordnungen betreffend „Medizinprodukte“ erlassen, die „Hämovigilanzverordnung“(BGBl II 155/2007), die „Bluttransfusions-

Qualitätssicherungs-Verordnung“(BGBl II 156/2007) und insbesondere die „Medizinproduktebetreiber- Verordnung“ (BGBl II 70/2007).

Medizinproduktebetreiber - Verordnung

Die mit BGBl II 70/2007 erlassene Medizinproduktebetreiber-Verordnung erlegt dem Betreiber einer Einrichtung des Gesundheitswesens im Zusammenhang mit dem Betreiben, Instandhalten und Verwenden von Medizinprodukten verschiedene Verpflichtungen auf.

Es besteht die Pflicht zur Durchführung einer „Eingangsprüfung“.

Weiters sind jene Personen, die mit dem Medizinprodukt befasst sind, in die Bedienung nachweislich einzuweisen.

Hinzu kommen Verpflichtungen zu umfassenden Kontrollen und Überprüfungen sicherheitstechnischer und messtechnischer Natur, sowie die Führung einer Gerätedatei bzw. eines Bestandsverzeichnisses. Diese Dokumente haben neben anderem Aufzeichnungen über die Durchführung der oben genannten Verpflichtungen zu enthalten sowie die genaue Bezeichnung des Medizinprodukts und das Anschaffungsdatum. Gegebenenfalls muss auch ein Implantatregister geführt werden.

Schwierigkeiten bereitet die Überprüfbarkeit der Anforderungen an die Prüfstellen bzw. Prüfpersonen, die in der Verordnung zwar genau geregelt werden, über die jedoch trotz oftmaligem Ersuchen durch die Österreichische Ärztekammer keine öffentliche Liste der entsprechenden Berufsvertretung oder des Bundesministeriums geführt wird. So bleibt das Risiko der Haftung für Auswahlverschulden bei den Betreibern.

Insgesamt ist die Medizinproduktebetreiberverordnung als Durchführungsverordnung zum Medizinproduktegesetz vor allem ein Beitrag zur Regelungsdichte in einer ohnedies schon begrifflich kaum mehr nachvollziehbaren Rechtsmaterie.

12. Ärztegesetznovelle

Die 12. Novelle zum Ärztegesetz 1998 befindet sich derzeit in Begutachtung.

Der Entwurf enthält vor allem die Umsetzung der letzten Berufsankennungsrichtlinie (RL 2005/36/EG). Die Richtlinie hätte bereits bis Oktober 2007 im nationalen Recht umgesetzt werden müssen, was aber bis dato nicht erfolgt ist. Geregelt sollen die automatische/nichtautomatische Anerkennung von Berufsqualifikationen unter Einbeziehung gleichgestellter Drittstaatsangehöriger und die Koppelung der Zulassung zur Berufsausübung an die Bedingung der

erfolgreichen Absolvierung einer Eignungsprüfung oder eines Anpassungslehrgangs werden.

Die ÖÄK hat dazu im Wesentlichen festgehalten, dass die Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG einen nicht abschätzbaren erheblichen Verwaltungsaufwand mit sich bringen wird. Dabei ist derzeit nicht abzuschätzen, zu welchen Mehrbelastungen es sowohl in finanzieller als auch in administrativer Hinsicht kommen wird und ob die Österreichische Ärztekammer diese Mehrbelastungen tragen können.

Weiters ist im Entwurf zur 12. Ärztegesetznovelle eine neue Bestimmung über die Festsetzung der Fachärzteschlüssel von Ausbildungsstellen (§§ 10 und 11) bei einem Mangelfach vorgesehen, was grundsätzlich der Beschlusslage der Kurie angestellte Ärzte entspricht. Allerdings soll die Entscheidung über ein Mangelfach nicht der ärztliche Leiter/die ärztliche Leiterin im jeweiligen Krankenhaus treffen, sondern diese kann nur auf überregionaler Ebene durch die Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer erfolgen. Wichtig ist auch, dass der Begriff „Mangelfach“ aus objektiven und nachvollziehbaren Kriterien abgeleitet wird.

Tabak-Gesetz

Mit BGBl I 120/2008 wurde eine Änderung des TabakG (Bundesgesetz über das Herstellen und das In-Verkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den Nichtraucherchutz) kundgemacht. Diese Änderung tritt mit 1.1.2009 in Kraft.

Durch die Novelle wird der § 13a TabakG völlig neu formuliert und die §§ 13b und 13c eingefügt. Die §§ 13a und 13b leg. cit. normieren ein Rauchverbot in Räumen, die der „Verabreichung von Speisen oder Getränken an Gäste dienen“. Gleichzeitig wird durch die Bestimmung ein kompliziertes System an Ausnahmen von diesem Rauchverbot aufgestellt. § 13b normiert die Kennzeichnungspflicht von Räumen bzw. Bereichen, in denen Rauchen verboten ist. In Raucherbereichen ist der Warnhinweis, dass Rauchen die Gesundheit, vor allem auch der Mitmenschen, gefährdet, anzubringen. Gemäß § 13c TabakG besteht für den Inhaber der im Gesetz genannten Räumlichkeiten die Obliegenheit, die Befolgung des Rauchverbotes sicherzustellen. Weiters hat der „Inhaber“ für die entsprechende Kennzeichnung nach den gesetzlichen Vorgaben Sorge zu tragen.

In § 14 TabakG werden zusätzlich Geldstrafen für die Verletzung der in §13c TabakG aufgestellten Pflichten eingeführt. Gemäß § 14 (5) TabakG stellt die Nichteinhaltung des Rauchverbots eine Verwaltungsübertretung dar.

Kritik der ÖÄK:

Die Österreichische Ärztekammer vertritt beim Nichtraucherchutz die grundsätzliche Meinung, dass dieser nur erfüllt ist, wenn ein gesetzliches allgemeines Rauchverbot in der Öffentlichkeit wie auch in den öffentlichen Räumen einschließlich

gastronomischen Betrieben normiert und konsequent kontrolliert sowie der Verstoß angemessen sanktioniert wird.

Zur aktuellen Regelung des Rauchverbots, die viele Ausnahmen zulässt, ist ganz klar festzuhalten, dass wegen der Gefährdung der Gäste, insbes. Asthma- und Herzkranker, Kinder, Schwangerer und vor allem für die im Betrieb beschäftigten ArbeitnehmerInnen die Zulässigkeit des Rauchens aus medizinischer, insbes. aus arbeits- und umweltmedizinischer Sicht nicht zu verantworten ist. Die vorgesehenen Ausnahmen sind darum grundsätzlich abzulehnen. Die entstehenden Schadstoffkonzentrationen können mit raumlufotechnischen Anlagen nicht ausreichend reduziert werden, um das Gesundheitsrisiko für NichtraucherInnen auf ein vertretbares Maß zu senken.

Die ab 1.1.2009 in Kraft stehende Änderung des TabakG sieht wiederum eine Reihe von Ausnahmen für das Rauchverbot in der Gastronomie vor. Somit nimmt der Gesetzgeber das mit dem Rauchen verbundene Gesundheitsrisiko weiterhin billigend in Kauf, was aus medizinischer Sicht unakzeptabel ist.

Außerdem ist zu fordern, dass:

- die bereits normierten Maßnahmen zum Nichtraucherschutz den medizinisch-wissenschaftlichen und technischen Erkenntnissen angepasst und auch tatsächlich eingehalten werden,
- eine entsprechende bauliche Trennung von Raucher- und Nichtraucherbereich besteht sowie eine selbstschließende Tür zwischen beiden Bereichen und eine entsprechende Belüftung eingebaut werden
- die Kennzeichnung eines Lokals bzw. eines Raucherbereichs mit dem Warnhinweis: „Dies ist ein Raucherlokal. Der Besuch dieses Lokals kann Ihre Gesundheit gefährden.“
- die Obliegenheiten des Verfügungsberechtigten dahingehend zu ergänzen sind, dass Dritte, die trotz Aufforderung fortfahren gegen das Rauchverbot zu verstoßen, polizeilich anzuzeigen sind. In Folge ist auch die Verletzung dieser Obliegenheit unter Strafe zu stellen.

Da sich Ärztinnen und Ärzte im Dienste ihrer PatientInnen schon lange für die Beratung und Behandlung von Rauchern bzw. den Nichtraucherschutz einsetzen, ist zu fordern, dass dem Warnhinweis auf Packungen von Tabakerzeugnissen zum „Rauchertelefon“ auch der Hinweis auf die Homepage www.aerzteinitiative.at und die dort gebotene ärztliche Hilfestellung hinzugefügt wird.

Judikatur

OGH

In den vergangenen Jahren ergingen einige Entscheidungen zur Frage der ärztlichen Aufklärung, die im Wesentlichen eine Fortführung der ständigen Rechtsprechung des OGH zu diesem Fragenkomplex sind.

OGH, 10 Ob 50/07m, 26.6.2007

Nach der Entscheidung 10 Ob 50/07m vom 26.6.2007 muss im Falle einer Operationserweiterung grundsätzlich die Operation abgebrochen und die Zustimmung des Patienten zum geänderten Eingriff eingeholt werden. Der Arzt/die Ärztin muss in einer solchen Situation abwägen zwischen dem Risiko des Operationsabbruches bzw. der Dringlichkeit des Eingriffs einerseits und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten/der Patientin andererseits. Nur wenn eine neuerliche Narkose und eine weitere Operation mit hohem Risiko verbunden wären, kann auf die Zustimmung des Patienten/der Patientin zum erweiterten Eingriff verzichtet werden.

OGH, 9Ob 12/07s, 28.9.2007

Im gegenständlichen Fall ging es darum, dass eine Patientin nicht über die Möglichkeit einer Nervenverletzung aufgeklärt wurde, deren Wahrscheinlichkeit bei Null liegt und die auch bei größter Sorgfalt vom Operateur nicht zu verhindern ist. Nach Ansicht des OGH war dennoch über die – letztlich eingetretene - Komplikation aufzuklären, da diese ein „typisches Risiko“ des durchgeführten Eingriffs darstelle. Über solche typischen Risiken ist nach ständiger Rechtsprechung jedenfalls aufzuklären, auch wenn die Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung des Risikos quasi inexistent ist.

Die zu diesem Themenbereich ergangenen Entscheidungen des OGH setzen die strenge Judikaturlinie, die sich insbesondere auch schon in der Entscheidung 5 Ob 165/05h vom 7.3.2006 gezeigt hat, fort.

Schon die genannte Entscheidung aus dem Jahr 2006 ist mit erheblichen Konsequenzen für die gesamte Ärzteschaft verbunden. Im gegenständlichen Fall wurde ein Facharzt für Gynäkologie verurteilt, weil er eine Patientin nicht eindringlich genug aufgefordert hatte, sich in einer Risikoambulanz untersuchen zu lassen und diese Patientin dann ein behindertes Kind zur Welt brachte. Der betroffene Arzt soll für den gesamten Unterhalt des Kindes aufkommen.

Auswirkungen

Eingangs ist festzuhalten, dass Gegenstand der bisherigen Judikatur zur Arzthaftung vor allem Fälle des stationären Bereichs waren. Aufgrund der Unterschiede zwischen

Spital und niedergelassenem Bereich lässt sich diese Judikatur nicht ohne weiteres auf den extramuralen Bereich übertragen. Im niedergelassenen Bereich sind die Situationen, die Krankheitsfälle gänzlich andere als in Krankenhäusern, insofern ist es nur konsequent, hier auch in der Rechtssprechung andere Maßstäbe zur Beurteilung heranzuziehen.

In vielen Fällen haftet der Arzt/die Ärztin trotz einer lege artis durchgeführten Behandlung aufgrund einer nicht ausreichenden Aufklärung des Patienten/der Patientin. Die Haftung für Verletzungen der Aufklärungspflicht ist somit in vielen Fällen zu einer Art „Auffangtatbestand“ geworden, wenn ein Behandlungsfehler nicht nachweisbar ist.

Doch ist diese Entwicklung aus mehreren Aspekten problematisch. Zunächst gibt es keine Norm, die explizit Kriterien festlegt, nach denen sich der Arzt/die Ärztin bei der Aufklärung richten kann. Es ist dies immer eine Entscheidung im Einzelfall und der Betroffene kann sich nur an der – sehr umfangreichen - Judikatur und deren Auslegung orientieren. Es besteht also ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit für ÄrztInnen.

Insgesamt besteht für ÄrztInnen große Unsicherheit darüber, wie und in welchem Umfang die Aufklärung vorzunehmen ist, da für den Behandler zum Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs nicht vorhersehbar ist, wie seine Ausführungen in einer ex post Betrachtung durch den OGH beurteilt werden. Es beeinträchtigt dies auch das Arzt-Patient-Verhältnis, weil ÄrztInnen, um sich rechtlich abzusichern, möglichst über alle Konsequenzen und Möglichkeiten aufklären müssen. Zurückhaltende Formulierungen oder das Verschweigen seltenster Komplikationen, die den einzelnen Patienten/jede einzelne Patientin allenfalls nur beunruhigen, sind im Lichte dieser Aufklärungsjudikatur nicht möglich.

Nach ständiger Rechtssprechung ist die Frage nach dem erforderlichen Umfang der Aufklärung eine „Rechtsfrage“. Die Beantwortung der Frage in welchem Umfang der Patient/die Patientin aufzuklären ist, ist jedoch weitgehend abhängig von medizinischen/ fachlichen Aspekten. Der Arzt/die Ärztin hat den Umfang der Aufklärung festzulegen nach Dringlichkeit des Eingriffes, Art der Behandlung bzw. der Erkrankung und muss auch Rücksicht auf die Psyche des Patienten/der Patientin nehmen. Ziel der Aufklärung ist es, den Patienten/die Patientin in die Lage zu versetzen, die Tragweite und Bedeutung der medizinischen Maßnahme zu erfassen. Die Judikatur des OGH stellt extrem hohe Ansprüche an die ärztliche Aufklärung. Dies aber stets aus einer ex post Betrachtung der Situation. Mit der ex ante Entscheidung des Arztes/der Ärztin ist diese Betrachtung im Nachhinein nicht vergleichbar. Diese strenge Aufklärungsjudikatur hat derzeit noch nicht absehbare Auswirkungen auf das Arzt/Patientenverhältnis (Defensivmedizin), Sozialversicherungs- und Haftpflichtversicherungswesen.

OGH, 4 Ob 139/08g; 26.08.2008:

Am 26.8.2008 erging die Entscheidung 4 Ob 139/08g zum Arzneimittelgesetz. Der OGH hat festgestellt, dass niedergelassene Ärzte aufgrund der geltenden Rechtslage berechtigt sind, Arzneimittel in ihrer Ordination (oder im Rahmen von Hausbesuchen) anzuwenden. Der Begriff „anwenden“ bedeutet in diesem Zusammenhang Anwendung am Patienten/der Patientin im Rahmen eines Behandlungsvertrages und nicht der Verkauf an Patienten/Patientinnen.

VfGH

Sonderklassehonorare für SpitalsärztInnen (VfGH, G119/06, 17.03.2007)

Leitsatz

Zulässigkeit des Drittelantrags von Mitgliedern des Wiener Landtages auf Aufhebung einer Bestimmung des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987; prozessuale Unwirksamkeit der Zurückziehung der Zustimmung einzelner Abgeordneter zur Gesetzesanfechtung nach Neuwahlen; keine Grundsatzgesetzwidrigkeit der angefochtenen Bestimmung betreffend die Berechtigung der Abteilungs- oder Institutsvorstände von Krankenanstalten zur Vereinbarung von Honoraren mit Patienten der Sonderklasse und die Beteiligung der anderen Ärzte; jedoch Kompetenzwidrigkeit mangels Kompetenz des Landesgesetzgebers zur Regelung arbeits- und dienstrechtlicher Inhalte im Rahmen des Krankenanstaltenwesens sowie wegen Überschreitung der landesgesetzlichen Dienstrechtskompetenz.

Solidarfonds der Österreichischen Ärztekammer (VfGH, G187/06;10.10.2007)

Leitsatz

Abweisung des Antrags der Österreichischen Ärztekammer auf Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung zur Einrichtung eines Solidarfonds zum Zweck der finanziellen Unterstützung geschädigter Patienten infolge schuldhaften Handelns eines freiberuflich tätigen Arztes; kein unverhältnismäßiger Eingriff in das Eigentumsrecht durch die dem Ansehen der Ärzteschaft und der Erhaltung des Vertrauens der Patienten in ihre Ärzte dienende Regelung; sachliche Rechtfertigung auch im Hinblick auf angestellte Ärzte; kein Verstoß gegen das Legalitätsprinzip im Hinblick auf die Entstehungsgeschichte und die ausdrückliche Zweckbindung.

Zur Zulässigkeit der Zwei-Arzt-Gemeinde als Bedarfskriterium für öffentliche Apotheken (VfGH G 12/08-12)

Leitsatz

Kein Eingriff in die Erwerbsausübungsfreiheit durch die Neuregelung der Konzessionserteilung für öffentliche Apotheken in Hinblick auf die Existenz ärztlicher Hausapotheken durch Abstellen auf eine bestimmte Anzahl von Kassenarzt-Planstellen im Versorgungsgebiet nach Aufhebung der Vorgängerregelung durch den Verfassungsgerichtshof; geltende Regelung im öffentlichen Interesse, zur Erreichung der Ziele einer bestmöglichen Heilmittel- und ärztlichen Versorgung geeignet, nicht unverhältnismäßig.

PATIENTENSICHERHEIT

(EUNetPaS und Plattform Patientensicherheit)

EUNetPaS kurz vorgestellt:

EUNetPaS ist ein Projekt der Europäischen Kommission, das die Errichtung eines Netzwerkes aller 27 Mitgliedstaaten, der Institutionen der nationalen Gesundheitswesen und internationaler Institutionen zum Ziel hat, um die Bemühungen und die Zusammenarbeit im Bereich der Patientensicherheit zu unterstützen und zu fördern. Die Koordination wurde dem französischen Gesundheitsdepartment (HAS) übertragen.

Die Gründung bzw. die Etablierung jeweils einer nationalen Plattform Patientensicherheit pro Mitgliedstaat ist eine EU-weite Initiative. In Österreich wurde im Oktober 2008 die Österreichische Plattform Patientensicherheit (ANetPaS) gegründet .

Die Kick-off-Veranstaltung fand im Februar 2008 in Utrecht statt.

Vier Schwerpunkte hat sich EUNetPaS für die derzeit auf drei Jahre festgelegte Projektzeit gesetzt:

1. die Förderung der Etablierung einer Kultur für Patientensicherheit,

Ziel ist die Festlegung und Evaluierung von Indikatoren zur Patientensicherheit

2. der Aufbau eines Aus- und Fortbildungsprogramms für Patientensicherheit,

Ziel ist die Erstellung einer Leitlinie für Aus- und Fortbildungsprogramme im Bereich der Patientensicherheit; außerdem soll künftig ein Online-Verzeichnis der nationalen Aus- und Fortbildungsprogramme bzw. –angebote zur Patientensicherheit zur Verfügung stehen.

3. die Implementierung eines Reporting & Learning Systems

Erarbeitung von Fragebögen, die geeignete Werkzeuge sind, die Implementierung von Reporting- & Learning Systemen zu unterstützen.

4. Pilotprojekte zur Medikamentensicherheit

Erarbeitung von Beispielen für Good practise und Werkzeuge zur Implementierung für Systeme und Prozesse, die die Medikamentensicherheit erhöhen.

Die Österreichische Ärztekammer arbeitet in den Arbeitsgruppen 1 und 2 mit. Im Bereich der Aus- und Fortbildungsprogramm brachte die Österreichische Ärztekammer die von der ÖQMed angebotene Ausbildung zum Riskmanager für das Krankenhaus ein.

Österreichische Plattform Patientensicherheit

Der 2008 gegründete Verein „Österreichische Plattform Patientensicherheit“ hat es sich zum Ziel gesetzt, für PatientInnen und Beschäftigte im Gesundheitswesen Sicherheit und Transparenz zu erhöhen. Vereinszweck ist die „umfassende Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit“. Tätigkeiten zur Verwirklichung des Vereinszwecks sind (laut Vereinsstatuten) unter anderem Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit, Berichte über den Stand der Entwicklung im Bereich der Patientensicherheit oder auch Weiterentwicklung von Methoden des Risikomanagements.

Die Plattform Patientensicherheit setzt sich aus ordentlichen, unterstützenden Mitgliedern und Ehrenmitgliedern zusammen. Vereinsorgane sind die Obfrau, die Geschäftsführerin, die Generalversammlung, der Vorstand, der Beirat, das Kuratorium, Rechnungsprüfer und Schiedsgericht.

Dem Vorstand obliegt die Leitung des Vereins unter fachlicher Führung der Obfrau, von der die Plattform auch nach außen vertreten wird.

Der bei der Plattform eingerichtete Beirat setzt sich aus Personen mit umfassenden Kenntnissen im Bereich des Vereinszwecks, also Patientensicherheit und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, zusammen. Dieses Gremium soll den Vorstand in „grundsätzlichen und wichtigen“ Fragen beraten. Zusätzlich besteht noch das „Kuratorium“ zur Beratung in gesundheitspolitischen Fragen.

Für die erste Veranstaltung und das erste Geschäftsjahr der Plattform wurden folgende Schwerpunktthemen genannt: Die Aufklärung, die Ärztin/Arzt oder Pflege als zweites Opfer sowie die Themen Sturzprävention und Medikamentensicherheit.

➡ Die Österreichische Ärztekammer begrüßt die Errichtung dieser Plattform, die ja im Zusammenhang mit dem aktuell laufenden Programm der Europäischen Kommission zur Patientensicherheit, dem Europäischen Netzwerk Patientensicherheit (kurz EUNetPaS), gegründet wurde. Sie ist an einer Kooperation interessiert.

ENTWICKLUNGEN AUF EUROPÄISCHER EBENE

Europäischer Rechtsrahmen für Gesundheitsdienstleistungen

In Reaktion auf die umstrittene Ausnahme von Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie 2006/123/EG über Dienstleistungen im Binnenmarkt führte die Europäische Kommission zu Jahresanfang 2007 eine EU-weite Konsultation über mögliche zukünftige Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen durch, an der sich auch die ÖÄK beteiligte.

Aufgrund heftiger interner Kontroversen veröffentlichte die Kommission erst am 2. Juli 2008 ihren Vorschlag für eine „Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“. Seit September 2008 wird der Richtlinienvorschlag Artikel für Artikel in der Ratsarbeitsgruppe „Gesundheit“ des Ministerrates beraten. Gleichzeitig arbeitet der zuständige Ausschuss des Europäischen Parlaments an einem Berichtsentwurf, der Anfang März 2009 verabschiedet werden soll.

Die Richtlinie verbietet es den Mitgliedstaaten, grenzüberschreitende Behandlungen im niedergelassenen Bereich und – was eine wesentliche Neuerung gegenüber der bisherigen EuGH-Judikatur darstellt – auch Krankenhausbehandlungen dem Erfordernis einer vorherigen Genehmigung zu unterwerfen, wenn diese Behandlung im Heimatstaat von der Sozialversicherung übernommen wird. In diesen Fällen hat der Patient/die Patientin aber keinen Anspruch auf Ersatz der vollen Kosten der Krankenbehandlung, sondern nur auf jenen Betrag, der ihm zugestanden wäre, hätte er die Behandlung in seinem Heimatstaat in Anspruch genommen.

Die Verantwortung für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen einschließlich Haftung und Schadenersatz für fehlerhafte Leistungen liegt dem Entwurf zufolge in erster Linie bei jenem Staat, auf dessen Gebiet die Behandlung erfolgt. Daraus ergibt sich die Anwendbarkeit der Rechtsordnung dieses Staates (Bestimmungslandprinzip), was eines der zentralen Anliegen der ÖÄK war.

Der Richtlinienvorschlag greift nicht in den Regelungsbereich der VO 1408/71 bzw. 883/04 ein, regelt also nicht jene Fälle, in denen Patienten das Recht haben, aufgrund einer entsprechenden Genehmigung ihres Heimatstaates auf Kosten ihrer Krankenversicherung eine Behandlung im Ausland in Anspruch zu nehmen. In den Anwendungsbereich der Richtlinie fallen nur jene Fälle, die bisher nicht im Sekundärrecht geregelt waren, sondern vom EuGH auf Grundlage des EG-Vertrags judiziert wurden.

=> Generell gilt, dass etliche in der Richtlinie enthaltene Regelungen der Präzisierung bedürfen. Darauf hat die ÖÄK auch in einer ersten Stellungnahme an das BMGFJ im September 2008 hingewiesen. Die ÖÄK betont, dass jeder Mitgliedstaat seinen Bürgern gegenüber dafür verantwortlich ist, ausreichende Kapazitäten im Gesundheitswesen bereitzustellen, um die eigene Bevölkerung autark zu versorgen. Die Ausbildung von ÄrztInnen und die organisatorische und finanzielle Ausstattung der nationalen Gesundheitssysteme muss in jedem Staat an höchsten Qualitätsstandards sowie am Bedarf der jeweiligen Bevölkerung ausgerichtet werden. Die wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Patienten sollte der Regelfall bleiben, und es muss ausgeschlossen werden, dass Patienten gegen ihren Willen zur Behandlung in andere EU-Staaten geschickt werden. Weiters übte die ÖÄK heftige Kritik an der Tatsache, dass sich die Europäische Kommission in dem vorliegenden Richtlinienvorschlag weitreichende Kompetenzen für Durchführungsmaßnahmen ohne bzw. unter mangelhafter Einbindung des Europäischen Parlaments einräumt.

Statut für eine Europäische Privatgesellschaft

Die Europäische Kommission hat ihren lange angekündigten Verordnungsvorschlag für das Statut einer Europäischen Privatgesellschaft (*societas privata europea*, SPE) vorgelegt. Im Vorfeld hatte sie eine öffentliche Konsultation durchgeführt, an der sich die ÖÄK im Oktober 2007 beteiligt hatte. Mit der Verordnung, die Teil des sogenannten Small-Business-Acts ist, will die Kommission eine neue europäische Gesellschaftsform schaffen, die in allen Mitgliedstaaten einheitlich gilt und mit der die Rahmenbedingungen für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) verbessert werden sollen. Die neue Gesellschaftsform soll KMU's die Möglichkeit geben, in ein- und derselben Gesellschaftsform sowohl innerhalb ihres eigenen Staates als auch innerhalb anderer EU-Staaten und auch grenzüberschreitend tätig zu werden.

=> Die ÖÄK hatte die Bestrebungen zur Einrichtung einer Europäischen Privatgesellschaft grundsätzlich begrüßt, allerdings eine Reihe von Regelungsmöglichkeiten für die nationalen Staaten gefordert, die aus unserer Sicht notwendig sind, damit die EPG auch eine Option für Ärztegesellschaften darstellen kann. Leider fanden diese Punkte keinen Eingang in den Vorschlag der EU-Kommission. Das Internationale Büro der ÖÄK hat in diesem Sinne am 9.10.2008 eine Stellungnahme an das zuständige Bundesministerium für Justiz abgegeben, die auch an alle österreichischen EU-Parlamentarier erging.

In ihrer Stellungnahme fordert die ÖÄK vor allem die Verankerung der Beschränkung des Kreises der Gesellschafter auf natürliche Personen und die Möglichkeit der Zulässigkeitsbeschränkung auf bestimmte Berufsangehörige. Außerdem soll für die Ausübung der Tätigkeit der Gesellschaft die Zulässigkeit nach nationalem Recht entscheidend sein. Wichtig erscheint auch die Anwendung nationalen Rechts auf die Frage der Ausbildung und berufsrechtlicher Anforderungen an die Gesellschafter.

Grünbuch über Beschäftigte im Gesundheitswesen

Die Europäische Kommission ist derzeit mit der Erarbeitung eines Grünbuches über Beschäftigte im Gesundheitswesen befasst, das am 10. Dezember 2008 veröffentlicht werden soll. Mit dem geplanten Grünbuch soll ein Konsultationsprozess zur Situation der Gesundheitsfachberufe in Europa eingeleitet und eine Diskussion über die Chancen und Herausforderungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen durch die sich verändernde ökonomische und demographische Entwicklung in Gang gesetzt werden.

=> Äußerst kritisch betrachten wir die Tatsache, dass die Europäische Kommission in dem derzeit vorliegenden Entwurf für das Grünbuch Entwicklungen wie in Großbritannien oder Frankreich begrüßt, wo Krankenschwestern und ApothekerInnen ein erweiterter Kompetenzbereich zugestanden wird. Die Schaffung neuer Rollen im Gesundheitswesen, wie von Gesundheitsassistenten, könne dazu beitragen, den drohenden Mangel an Arbeitskräften im Gesundheitswesen zu verhindern.

Mitteilung der Europäischen Kommission zu Telemedizin

Die Europäische Kommission hat am 4. November 2008 eine Mitteilung „über den Nutzen der Telemedizin für Patienten, Gesundheitssysteme und die Gesellschaft“ verabschiedet. Die Kommissionsinitiative soll das Bestreben der Mitgliedstaaten unterstützen, den Einsatz der Telemedizin voranzutreiben. Durch Telemedizin könne die Patientenversorgung, insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker, verbessert, die Effizienz des Gesundheitswesens erhöht und der Zugang zu fachärztlicher Versorgung - insbesondere in Gebieten mit Fachärztemangel - erleichtert werden.

Arzneimittelinformation für Patienten

Die Generaldirektionen Unternehmen und Industrie der EU-Kommission führten im Juni 2007 eine öffentliche Konsultation über die gegenwärtigen Praktiken der Mitgliedstaaten hinsichtlich der Information von PatientInnen über Arzneimittel durch.

Obwohl die einschlägige Richtlinie 2001/83/EWG besagt, dass die Mitgliedstaaten Öffentlichkeitswerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel zu untersagen haben, ist die Situation in den einzelnen Ländern de facto unterschiedlich. Das Internet spielt eine zentrale Rolle bei der Informationsbeschaffung. Als Beispiel für eine "best practice" in einem Mitgliedstaat wird unter anderem die österreichische Initiative „Arznei und Vernunft“ beschrieben.

In ihrem am 20. Dezember 2007 veröffentlichten Bericht kommt die Kommission zu dem Ergebnis, dass die Patienteninformation verbessert und gemeinsame Standards und Qualitätskriterien eingeführt werden müssen.

Richtlinie über Medizinprodukte

Der EU-Ministerrat hat am 30. Oktober 2007 die lange umstrittene Richtlinie über aktive implantierbare medizinische Geräte verabschiedet. Mit der Richtlinie werden die bestehenden Regelungen zur Sicherheit von Medizinprodukten – wie medizinischen Geräten, chirurgischen Instrumenten oder Implantaten – und Regelungen über die Verwendung potentiell giftiger Materialien präzisiert. Die Definition des Medizinproduktes wird um Software erweitert, die speziell für diagnostische oder therapeutische Zwecke bestimmt ist. Die EU-Mitgliedstaaten müssen Vorkommnisse wie Funktionsfehler von Geräten, die zu einer schweren Gesundheitsverschlechterung beim Patienten oder einem systematischen Rückruf führen, zentral erfassen und bewerten. Die Hersteller werden angehalten, die Aspekte Arbeitssicherheit und Unfallvermeidung verstärkt zu beachten.

Ausgeklammert wurden die sog. kombinierten Produkte, d.h. Medizinprodukte, die mit Zellen und Geweben menschlichen Ursprungs kombiniert sind. Sie sollen in späteren Rechtsvorschriften geregelt werden. Damit bleibt es den EU-Mitgliedstaaten überlassen, bei Produkten aus der Zell-, Gewebe- und Gentherapie eigene Ethik-Regeln festzulegen.

Verordnung über neuartige Therapien

Der EU-Ministerrat hat am 30. Oktober 2007 eine Verordnung über neuartige Therapien verabschiedet und macht damit den Weg frei für eigenständige, EU-weit einheitliche Regeln für neue medizinische Produkte aus Genen, Zellen und Gewebe.

Aktionsprogramm Öffentliche Gesundheit

Mit der formellen Verabschiedung des Programms Gesundheit durch den EU-Ministerrat wurden die Weichen für ein Inkrafttreten des zweiten Aktionsprogramms mit einer Laufzeit von 2008 bis 2013 gestellt.

Ziele des Programms sind der Schutz der Bürger vor Gesundheitsbedrohungen, die Gesundheitsförderung und die Schaffung und Verbreitung von Wissen zu Gesundheitsfragen.

Das Aktionsprogramm Gesundheit bildet den Rahmen für die Finanzierung von Projekten im Bereich Gesundheit im Zeitraum 2008-2013 mit einem Gesamtvolumen von über 300 Mio. Euro.

Ärzterelevante Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof

EuGH-Verfahren zu Bedarfsprüfung und Fremdbesitzverbot

Die EU-Kommission hat in den letzten zwei Jahren Verfahren gegen Österreich und einige andere Mitgliedstaaten eingeleitet, weil sie die Ansicht vertritt, dass die Regelungen über die Apothekenbedarfsprüfung und/oder das Fremd- und Mehrbesitzverbot dieser Staaten gegen das Gebot der Niederlassungsfreiheit in der Europäischen Union verstoßen.

Weiters hat ein deutsches Gericht dem EuGH die Frage zur Vorabentscheidung vorgelegt, ob das deutsche Fremdbesitzverbot mit EU-Recht vereinbar ist.

Bei der mündlichen Verhandlung zum deutschen und italienischen Fremdbesitzverbot für Apotheken verteidigten die Vertreter der beiden Staaten das gesetzlich verankerte Fremdbesitzverbot und wurden dabei von Österreich, Griechenland, Spanien, Frankreich, Lettland und Finnland unterstützt, während die Niederlande und Polen für die Aufhebung des Fremdbesitzverbotes argumentierten.

Die Entscheidung des EuGH ist für das erste Quartal 2009 zu erwarten.

„Hartlauer-Verfahren“: Bedarfsprüfung für Krankenanstalten

Die Hartlauer GmbH mit Sitz in Deutschland wollte in Wien und Wels Zahnambulatorien errichten. In beiden Bundesländern wurden die Anträge mangels Bedarfs abgewiesen. Der Verwaltungsgerichtshof hat das Verfahren ausgesetzt und dem Europäischen Gerichtshof die Frage zur Vorabentscheidung vorgelegt, ob ein Bedarfsprüfungssystem für private Krankenanstalten mit EU-Recht vereinbar ist.

Am 9. September legte der Generalanwalt seinen Schlussantrag vor. Darin kommt er, entgegen der allgemeinen Erwartung, zu dem Ergebnis, dass ein Bedarfsprüfungssystem für private Krankenanstalten wie das österreichische grundsätzlich mit EU-Recht vereinbar ist, wenn es nicht diskriminierend, durch einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses gerechtfertigt, zur Zielerreichung geeignet und auf das notwendige Maß beschränkt ist.

Grundsätzlich ist es als äußerst positiv zu sehen, dass der Generalanwalt das System der Bedarfsprüfung nicht generell als EU-rechtswidrig einstuft. Nun wird es vor dem VwGH zu begründen sein, ob die Kriterien der Geeignetheit und Notwendigkeit erfüllt sind und die vom Generalanwalt aufgeworfene Frage, welche Unterschiede zwischen Gruppenpraxen und Ambulatorien die rechtliche Ungleichbehandlung rechtfertigen können, zu beantworten sein.

Quotenregelung für österreichische Medizinstudenten

Am 24. Jänner 2007 übermittelte die Europäische Kommission Österreich im Vorfeld eines möglichen Vertragsverletzungsverfahrens ein Mahnschreiben. Darin warf sie

Österreich die Diskriminierung von EU-Bürgern aus anderen Mitgliedsstaaten beim Universitätszugang vor.

Die im Jahr 2005 nach der EuGH-Entscheidung gegen Österreich eingeführte Quotenregelung sieht vor, dass für bestimmte Studiengänge bis zu 75 % der Plätze für StudienanfängerInnen reserviert werden können, die ihre Matura in Österreich erworben haben. Gebrauch gemacht wurde von dieser Ermächtigung für die Fächer Medizin und Zahnmedizin. Diese Regelung widerspricht nach Ansicht der EU-Kommission vor allem Art 12 EG-Vertrag, wonach jede Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit verboten ist.

Im Mai 2007 sandte Österreich ein 500-seitiges Antwortschreiben mit mehreren Studien an die EU-Kommission nach Brüssel, um die Quote zu verteidigen. Argumentiert wurde mit einem drohenden Ärztemangel bei einer völligen Freigabe des Hochschulzugangs für Studenten aus der EU. Am 28.11.2007 wurde das Vertragsverletzungsverfahren gegen Österreich für fünf Jahre eingestellt.

Damit verpflichtet sich die Brüsseler Behörde, bis 2012 keine weiteren rechtlichen Schritte gegen Österreich zu setzen. Gleichzeitig wird Österreich Zeit gegeben, um besser zu belegen, warum die Quoten notwendig sind.

AKTIVITÄTEN DER ÖÄK ZUM NICHTRAUCHERSCHUTZ

Wie bereits erwähnt, ist der Schutz von NichtraucherInnen ein ganz besonderes Anliegen der Österreichischen Ärztekammer und der gesamten Ärzteschaft. Dementsprechend werden von Seiten der Österreichischen Ärztekammer auch Maßnahmen und Aktionen im Sinne des Nichtraucherschutzes und zur Förderung des Nicht-Rauchens gesetzt.

Die im Jahr 2007 gestartete Bürgerinitiative für ein generelles Rauchverbot wurde von Österreichs ÄrztInnen massiv unterstützt. Die entsprechenden Unterschriftenlisten lagen in Arztordinationen auf und letztlich konnten 33.000 Unterschriften für ein generelles Rauchverbot an Nationalratspräsidentin Prammer übergeben werden.

Eine weitere Aktion der Österreichischen Ärztekammer ist die Auszeichnung von Nichtraucherlokalen mit dem ÖÄK-Gütesiegel. Mittlerweile konnten rund 350 Unternehmen als Nichtraucherbetriebe ausgezeichnet werden. Darunter sind besonders die 241 rauchfreien Alpenvereinshütten zu erwähnen.

Weiters finden sich auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer Tipps, um mit dem Rauchen aufzuhören. Über die Homepage der Österreichischen Ärztekammer besteht auch die Möglichkeit, nach ÄrztInnen, die über eine Spezialausbildung in Raucherentwöhnungstherapie verfügen, zu suchen.

In diesem Sinne wurde unsererseits wiederholt ein generelles Rauchverbot an öffentlichen Orten gefordert. Ausnahmeregelungen wie sie in der 2009 in Kraft tretenden Novelle des TabakG normiert sind, sind zum Schutz der Betroffenen ArbeitnehmerInnen und NichtraucherInnen ungeeignet und daher abzulehnen.

Österreichische Ärztekammer im Dezember 2008