



Österreichischer
Rechtsanwaltskammertag



Die österreichischen
Rechtsanwälte

Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen

Radetzkystraße 2
1030 Wien

DR. HERIBERT SCHAR
DR. ANDREAS OBERHOFER
DR. BERND SCHMIDHAMMER
DR. THOMAS JUEN

- 5. Sep. 2003

EINGEGANGEN

ZI. 13/1 03/163

GZ: 92.101/3-I/B/6/03

BG, mit dem das Ärztegesetz 1998 geändert wird (5. Ärztegesetz-Novelle)

Referent: Dr. Thomas Juen, Tiroler Rechtsanwaltskammer

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Österreichische Rechtsanwaltskammertag dankt für die Übersendung des Entwurfes und erstattet dazu folgende

S t e l l u n g n a h m e :

Die im vorliegenden Gesetzesentwurf beabsichtigten Neuerungen sind unseres Erachtens grundsätzlich jedenfalls zu befürworten.

Dies gilt insbesondere auch für die in Folge des Hocsman-Urteiles erweiterte Verpflichtung der europäischen Mitgliedsstaaten, bei Gleichwertigkeitsprüfungen auch die Berufserfahrung, Zusatzausbildung und andere fachärztliche Aus- und Weiterbildungen zu berücksichtigen.

Wenn jedoch als Richtwert bei der Anerkennung von Drittlanddiplomen vorgeschrieben wird, dass die Differenz zur in der Richtlinie vorgesehenen Mindestausbildungszeit durch die doppelte Zeit an Berufserfahrung zu kompensieren ist, so bleibt zu hoffen, dass seitens der entscheidenden Gremien im konkreten Einzelfall mit der notwendigen Strenge und Vorsicht eine möglichst genaue Bewertung und Beurteilung jener Stellen vorgenommen wird, an denen der jeweilige Arzt beruflich tätig war. Die jeweilige Berufserfahrung ist in diesem Fall jedenfalls im Interesse des Patienten detailliert zu betrachten und muss vor pauschalieren Daumenregeln jedenfalls Abstand genommen werden.

Was den gesetzlichen Auftrag an die Österreichische Ärztekammer anbelangt, unter Mitwirkung der Ärztekammern in den Bundesländern und den Trägern von Ausbildungsstätten bis zum 31.12.2006 ein Konzept über die mögliche Ausgestaltung einer Rotation in der Ausbildung zum Facharzt zu erstellen, so ist unsere einzige Kritik daran, der unseres Erachtens relativ großzügig bemessene Zeitpunkt für die Vorlage eines derartigen Konzeptes (§ 10 Abs. 13).

In Anbetracht dessen, dass derartige Rotationssysteme in der ärztlichen Ausbildung international üblich sind und wesentlich zur Qualitätsbesserung der ärztlichen Ausbildung beitragen, müsste hier alles daran gesetzt werden, dass ein derartiges Konzept so schnell wie möglich erstellt wird.

Den Erläuterungen zur Ziffer 18 und 19 (§ 14 und § 14a) ist zu entnehmen, dass die ausdrückliche Normierung der Berufungsbehörde verzichtbar sei, da sich bereits aus § 12 AVG ergebe, dass in Angelegenheiten der Bundesverwaltung in zweiter Instanz grundsätzlich der Landeshauptmann zuständig ist, soweit in den Verwaltungsvorschriften keine Regelungen getroffen werden. Dies ist zweifellos richtig, wir bedauern jedoch derartige „Vereinfachungen“, da die Lesbarkeit des Gesetzes für den Rechtssuchenden hiedurch unnötig erschwert wird.

Die Verfeinerung der Begriffswahl in den Bestimmungen der §§ 24 und 195 Abs. 6a („*Kenntnisse und Erfahrungen*“) ist jedenfalls zu befürworten.

Bemerkenswert ist jedenfalls die neueingefügte Bestimmung des **§ 49 Abs. 7**, welche wie folgt lautet: *„Der Arzt kann im Einzelfall, insbesondere im Rahmen von Hausbesuchen und der extramuralen Versorgung, ärztliche Tätigkeiten an Angehörigen des Patienten, Nachbarn oder Personen, unter deren Obhut der Patient steht, übertragen, sofern der Patient in seiner gewohnten Umgebung versorgt werden kann. Zuvor hat sich der Arzt zu vergewissern, dass die Person an die die Übertragung erfolgen soll, über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt und dieser die allenfalls erforderliche Anleitung unter Unterweisung zu erteilen. Sonstige familien- und pflegschaftsrechtliche gebotene Maßnahmen bleiben unberührt.“*

Es handelt sich hierbei also nicht bloß um unterstützende Tätigkeiten im Sinne des § 49 Abs. 2 2. Satz ÄrzteG bei der Ausübung der Medizin, sondern kann der Arzt vielmehr eine oder mehrere genau bestimmte ärztliche Tätigkeit(en) nach entsprechender Anleitung und Unterweisung im jeweiligen Einzelfall an eine bestimmte Person übertragen. Der Arzt trägt dabei die Diagnose- und Anordnungsverantwortung und ist auch für die Auswahl der entsprechenden Person verantwortlich. Hat sich der Arzt vergewissert, dass die Person, an die die Tätigkeit übertragen werden soll, über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, und lässt sich die Person auf die Übernahme der Tätigkeit ein, so trifft den Arzt für die Durchführung keine Verantwortung (vgl. Erläuterungen zu Ziffer 34).

Auch wenn das Ziel dieser neuen Bestimmung jedenfalls zu befürworten ist, so bedarf es jedoch hinsichtlich der neuen Bestimmung des § 49 Abs. 7 Ärztegesetz jedenfalls einer ausreichenden **Konkretisierung jener Tätigkeiten**, welche der Arzt an Angehörige des Patienten, Nachbarn oder Personen, unter deren Obhut der Patient steht, übertragen darf.

Im Zuge dieser Konkretisierung wird auch zu hinterfragen sein, inwieweit es sich hierbei um ärztliche Tätigkeiten handelt, im Zuge derer es zu Zwischenfällen bzw. zum Eintritt sogenannter typischer Risiken kommen kann, welche eine – allenfalls sofortige – ärztliche (Weiter-)Behandlung notwendig machen.

Im Zusammenhang damit ist auch die konkrete Frage zu stellen, ob sich der Gesetzgeber ausreichend Gedanken über die hieraus resultierende **haftungsrechtliche Problematik** für den delegierenden Arzt aber auch für die in § 49 Abs. 7 genannten „ärztlich tätigen“ Personen (medizinische Laien!) gemacht hat.

Lediglich nebenbei angemerkt sei, dass sich bei näherer Betrachtung des § 49 Abs. 7 auch eine gewisse Ungleichbehandlung der Berufsgruppe der Ordinationsgehilfinnen/Sprechstundenhilfen in ärztlichen Ordinationen zeigt (vgl. Erlass des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 25.08.1961, Zl. V-96.908-/JA/61, betreffend die Verwendung von Ordinationsgehilfinnen bzw. von anderen Hilfskräften als Sprechstundenhilfen in ärztlichen Ordinationen). Bei Mitgliedern dieser Berufsgruppe - *Hilfspersonen* im Sinne des § 49 Abs. 2 ÄrzteG iGF - ist eine Tätigkeit nämlich nur aufgrund genauer Anordnungen von Einzeltätigkeiten des Arztes möglich (vgl. *Mazal* in RdM 1996, 35). Der Arzt ist hier nicht nur für die Auswahl der Maßnahme und die Verfügung ihres Einsatzes, sondern auch für ihre Durchführung verantwortlich, wodurch die Einsetzbarkeit dieser Berufsgruppe erheblich eingeschränkt wird. Letzteres ist im Interesse einer optimalen und möglichst sicheren medizinischen Versorgung des Patienten zu befürworten.

Die nunmehr gesetzlich geregelte Ausnahme des § 49 Abs. 7 fügt sich unseres Erachtens auch unter diesem Aspekt nur schwerlich in die bisherige gewachsene Systematik des § 49 ÄrzteG (Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden) ein. So lobenswert die Beweggründe für die im § 49 Abs. 7 vorgesehene Delegation ärztlicher Tätigkeiten an **medizinische Laien** sind, so notwendig ist es aber auch sich rechtzeitig die hieraus resultierenden haftungsrechtlichen Konsequenzen für sämtliche Beteiligte rechtzeitig ins Bewusstsein zu rufen.

Hiezu gehört beispielweise auch die Problematik, dass der Patient im Falle einer seitens seines Angehörigen fehlerhaft vorgenommenen Behandlungsmaßnahme hinsichtlich des hierdurch verursachten Gesundheitsschadens vor die Situation gestellt wäre, einen allfälligen Schadenersatzanspruch gegen den ihn pflegenden – in der Regel wohl kaum entsprechend haftpflichtversicherten – (eigenverantwortlich agierenden) Angehörigen zu stellen.

Bereits hieraus ist erkennbar, dass die vorliegende Formulierung des § 49 Abs. 7 eine jedenfalls unzureichende Regelung dieser Materie darstellt.

Wien, am 1. September 2003

DER ÖSTERREICHISCHE RECHTSANWALTSKAMMERTAG

