



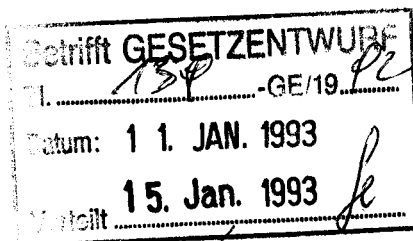
**AMT DER TIROLER LANDESREGIERUNG**  
Präsidialabteilung II/EG-Referat

Zahl: 299/1280

A-6010 Innsbruck, am 15. Dez. 1992  
Landhaus  
Fax: (0512) 508177  
Tel: (0512) 508-157  
DVR: 0059463  
Sachbearbeiter: Mag. Salcher

An das  
Bundesministerium für  
Gesundheit, Sport und  
Konsumentenschutz

Radetzkystraße 2  
1031 Wien



*Dr. Jannitsch*

Betreff: Entwurf einer Novelle zum  
Krankenanstaltengesetz;  
Stellungnahme

Zu GZ 21.601/7-II/A/5/92 vom 30. Oktober 1992

Die Tiroler Landesregierung nimmt auf Grund ihres Beschlusses vom 15. Dezember 1992 zum Entwurf einer Novelle zum Krankenanstaltengesetz wie folgt Stellung:

- 2 -

# I. Grundsätzliches:

1. Die Tiroler Landesregierung hat in ihrer Stellungnahme zum Arzneimittelgesetz, Präs.Abt. II/EG-Referat-1296/55, vom 10. November 1992, bereits grundsätzlich zum Thema "Ethikkommissionen" Stellung genommen. Auf diese Ausführungen wird auch im Zusammenhang mit der Abänderung und inhaltlichen Erweiterung des § 8c Krankenanstaltengesetz verwiesen. Nach dieser Bestimmung sollen in Krankenanstalten - wie bisher - Ethikkommissionen zur Beurteilung von klinischen Prüfungen von Arzneimitteln eingerichtet werden; darüber hinaus sollen diese Kommissionen auch die Anwendung neuer medizinischer Methoden und neuer Medizinprodukte beurteilen. Das hier zum Ausdruck kommende Anliegen, die klinische Prüfung von Arzneimitteln, die Anwendung neuer medizinischer Methoden und neuer Medizinprodukte einer Beurteilung im Hinblick auf ihre ethische Rechtfertigung zu unterziehen, wird von der Tiroler Landesregierung ausdrücklich begrüßt.

Es wird jedoch für verfehlt gehalten, derartige Regelungen in das Krankenanstaltengesetz aufzunehmen. Bei all diesen Prüfungen kann es wohl immer nur um eine Risiko-/Nutzenabwägung im Hinblick auf das Leben und die Gesundheit der Versuchspersonen gehen. Die schutzwürdigen Interessen bei derartigen Prüfungen sind innerhalb und außerhalb von Krankenanstalten dieselben. Für eine Differenzierung wird keine sachliche Rechtfertigung und auch keine kompetenzrechtliche Grundlage im Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG gesehen. Nach Auffassung der Tiroler Landesregierung sollten daher die materiellen und formellen Voraussetzungen für die Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln bzw.

- 3 -

der Anwendung neuer medizinischer Methoden oder Medizinprodukte (einschließlich der Einrichtung von Ethikkommissionen) auch für Prüfungen innerhalb von Krankenanstalten im jeweiligen Materiengesetz (etwa Arzneimittelgesetz oder Medizinproduktegesetz) geregelt werden.

Es wird auch darauf hingewiesen, daß es an den medizinischen Fakultäten der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck - auf Grund des Universitätsorganisationsgesetzes eingerichtete - Ethikkommissionen gibt, die sich auch mit der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln auf fachlich besonders hochstehendem Niveau befassen. Bei der gesetzlichen Regelung von Ethikkommissionen sollte daher darauf Rücksicht genommen und festgelegt werden, daß diesen Kommissionen, sofern sie den organisatorischen und formalen Anforderungen entsprechen, die den Ethikkommissionen zukommenden Aufgaben übertragen werden können.

2. Zur Honorarbefugnis der Klinikvorstände und Leiter der klinischen Institute (§ 46 KAG):

"Das Krankenanstaltenwesen ist ein Sachbereich, der durch die bundesverfassungsgesetzliche Kompetenzverteilung nicht als Einheit erfaßt wird. Die bestehende Kompetenzzersplitterung führt zu Widersprüchlichkeiten und faktischen Kollisionen" (vgl. Schrammel, Krankenanstaltengesetz und Sozialversicherungsrecht, in Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht, 25. Jg., Heft Nr. 4, S. 111).

- 4 -

Zum Inhalt des Kompetenztatbestandes "Heil- und Pflegeanstalten" gehören Bestimmungen über die Errichtung, die Erhaltung und den Betrieb von Krankenanstalten ebenso wie die Regelung der Rechtsbeziehungen zwischen dem Patienten und der Krankenanstalt (Aufnahme und Entlassung der Pfleglinge, Zahlung der Pflegegebühr als Entgelt für die Leistung der Krankenanstalt).

Der Pflegling, der die Leistungen einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt, schließt mit dem Träger der Krankenanstalt einen dem Zivilrecht zuzuordnenden Behandlungsvertrag. Der Anstaltsträger ist ermächtigt, den Pfleglingen nach Maßgabe landesgesetzlicher Vorschriften Pflegegebühren bzw. Sondergebühren als Abgeltung für die Leistungen der Krankenanstalt in Rechnung zu stellen. Die hier zudem einwirkenden Rechtsverhältnisse zu den Sozialversicherungsträgern können im hier interessierenden Umfang außer Betracht bleiben.

Nach der bekannten Judikatur des Verfassungsgerichtshofes erlaubt der Kompetenztatbestand "Heil- und Pflegeanstalten" - lediglich - die Regelung von gebührenrechtlichen Rechtsbeziehungen zwischen dem Patienten und der Krankenanstalt, nicht aber zwischen dem Arzt und dem Patienten. Eine zusätzliche Honorierung kann nur über das dem Leistungsaustausch zwischen Krankenanstalt und Arzt zugrunde liegende Rechtsverhältnis erfolgen. In Betracht kommen hiebei etwa die Kompetenztatbestände Dienstrecht oder Arbeitsrecht.

Vom System her scheinen somit die Strukturen für die Abgeltung von Leistungen, die in einer Krankenanstalt erbracht werden, klar vorgegeben:

- 5 -

Charakteristikum von Krankenanstalten ist, daß es sich um Einrichtungen handelt, in denen Sachwerte und persönliche Leistungen bestimmter Art zu einer organisatorischen Einheit zusammengefaßt sind und in dieser Gestalt der Erfüllung bestimmter Aufgaben gewidmet in Erscheinung treten (vgl. Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 7.3.1992, G/199, u.a./90).

Die von der Krankenanstalt gegenüber den Patienten erbrachten Leistungen, welche in ihrer Gesamtheit sowohl aus einer persönlichen als auch aus einer sachlichen Komponente bestehen, werden durch die Pflege- und Sondergebühren abgegolten.

Die Sachwerte werden grundsätzlich vom Anstaltsträger zur Verfügung gestellt und finanziert. Die persönlichen - ärztlichen und nichtärztlichen - Leistungen werden in der Regel auf Grund eines Dienstverhältnisses mit dem Anstaltsträger abgegolten.

Von dieser Grundkonzeption geht auch der mit Schreiben vom 30.11.1992, Zahl Präs.Abt. II/EG-Referat-1088/326, zur Begutachtung ausgesandte Entwurf einer Novelle zum Tiroler Krankenanstaltengesetz aus. Einerseits sollen die Leistungen der Krankenanstalt durch entsprechende Pflege- und Sondergebühren abgegolten werden; andererseits sollen die ärztlichen und nichtärztlichen Bediensteten im Rahmen ihres Dienstverhältnisses entsprechend ihrer Qualifikation und Leistung honoriert werden.

Im Bereich des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck (Universitätskliniken) ergibt sich dabei für den Landesgesetzgeber jedoch eine besondere Problematik:

- 6 -

Das allgemeine öffentliche Landeskrankenhaus Innsbruck ist nämlich neben seiner Funktion als öffentliche Krankenanstalt Teil der medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck. Neben dem an sich schon komplexen Normengefüge kommen in diesem Bereich noch die die universitären Strukturen betreffenden Regelungen dazu.

Nach § 46 Abs. 7 UOG führen die Institute medizinischer Fakultäten, die zugleich ärztliche Aufgaben im Rahmen einer öffentlichen Krankenanstalt zu erfüllen haben (§§ 54 und 54a), die Bezeichnung Universitätsklinik oder klinisches Institut. In den §§ 54 ff. UOG sind Sonderbestimmungen für den klinischen Bereich der medizinischen Fakultäten enthalten. Universitätskliniken sind nach § 54 Abs. 1 jene Institute der medizinischen Fakultäten, in denen im Rahmen einer Krankenanstalt auch ärztliche Leistungen unmittelbar am Menschen erbracht werden. Klinische Institute sind jene Institute der medizinischen Fakultäten, in denen im Rahmen einer Krankenanstalt ärztliche Leistungen mittelbar am Menschen erbracht werden. Nach Abs. 4 leg.cit. bestimmt der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung auf Antrag oder nach Anhörung des Fakultätskollegiums und nach Vereinbarung mit dem Träger der Krankenanstalt, welche Kliniken, etc. berechtigt und verpflichtet sind, als klinischer Bereich der medizinischen Fakultät Aufgaben im Rahmen einer öffentlichen Krankenanstalt zu besorgen. Abs. 5 dieser Bestimmung ordnet an, daß die medizinischen Fakultäten ihre Lehr- und Forschungsaufgaben im klinischen Bereich auch im Zusammenwirken mit öffentlichen Krankenanstalten erfüllen. Hiefür ist vom Bundesminister für Wissenschaft und Forschung mit dem Träger der Kranken-

- 7 -

anstalt eine Vereinbarung (Abs. 4) zu treffen. In den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage zur UOG-Novelle, 504 der Beilagen zu den Sten.Prot. des Nationalrates, XVII. GP, wird hiezu ausgeführt: ".... Schon bisher werden die Universitätskliniken von den Gebietskörperschaften nicht in behördlicher Funktion geführt und bezieht sich die Inanspruchnahme der Krankenanstalt durch die medizinische Fakultät auf den Anstaltsbegriff, weshalb der richtige Adressat der Träger und nicht die Aufsichtsbehörde über den Träger ist.... Da weiters der Begriff des "Einvernehmens" dem öffentlich-rechtlichen Bereich zuzuordnen ist und die Heranziehung einer Krankenanstalt für die Erfüllung der Aufgaben einer medizinischen Fakultät diesem nicht zuzurechnen ist, wurde er daher auch richtigerweise durch "Vereinbarung" ersetzt."

Nach § 54a UOG schließlich sind Universitätskliniken und klinische Institute ... zugleich Teile der Krankenanstalt und der Universitätsorganisation. Dementsprechend obliegen ihnen gleichermaßen die in der Vereinbarung gemäß § 54 Abs. 5 zugeordneten Aufgaben im Rahmen der Krankenanstalt sowie im Sinne des § 46 auf den ihnen anvertrauten Gebieten der medizinischen Wissenschaft die Erfüllung aller mit der Vorbereitung und Durchführung der wissenschaftlichen Lehre und Forschung zusammenhängenden Aufgaben;...

Diese Bestimmungen regeln das organisatorische Zusammenwirken von Krankenanstalt und Universität.

Ausgehend vom oben definierten Anstaltsbegriff werden die Sachwerte (Gebäude, Einrichtungen, ...) vom Anstaltsträger bereitgestellt. Unbestrittenermaßen ist

- 8 -

der Aufwand des Trägers einer Krankenanstalt, die gleichzeitig auch Teil der medizinischen Fakultät ist, auf Grund dieser Doppelfunktion ein höherer als bei "gewöhnlichen" Krankenanstalten. Dem trägt auch § 55 KAG Rechnung. Danach ersetzt der Bund

1. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich dem Unterricht an medizinischen Fakultäten .... dienenden öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
2. die Mehrkosten, die sich beim Betrieb der unter Z. 1 genannten Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
3. ...

Andererseits wird im Bereich der Universitätskliniken und klinischen Institute die personelle Komponente der Krankenanstalt im überwiegenden Maße nicht auf Grund eines Rechtsverhältnisses mit dem Anstaltsträger von diesem, sondern vom Bund bereitgestellt. Hier werden nämlich die ärztlichen Aufgaben von Hochschullehrern wahrgenommen. § 155 Abs. 6 BDG 1979 lautet:

"Hochschullehrer, die an der Universität als Ärzte (§ 1 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1984) verwendet werden, haben außerdem an der Erfüllung der Aufgaben mitzuwirken, die den Universitätseinrichtungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Krankenbehandlung obliegen und im § 54 UOG genannt sind."



- 9 -

Während also das organisatorische Zusammenwirken von öffentlicher Krankenanstalt und Universität im Universitätsorganisationsgesetz geregelt ist, normiert das Beamtendienstrechtsgesetz die Mitwirkungspflicht bei der Erfüllung der Aufgaben im Rahmen einer öffentlichen Krankenanstalt als Dienstpflicht. Es wäre hier nun auch Aufgabe des Bundes-Dienstrechts-Gesetzgebers, für eine entsprechende Honorierung dieser Bundesbediensteten zu sorgen.

Die im § 46 KAG normierte Honorarbefugnis von Klinikvorständen - und nunmehr auch von Leitern der klinischen Institute -, wonach diese von Pfleglingen der Sonderklasse unter bestimmten Voraussetzungen ein besonderes Honorar fordern können, ist vom System her verfehlt und auch kompetenzrechtlich höchst bedenklich. Der Patient schließt nämlich den Behandlungsvertrag auch an Krankenanstalten, die gleichzeitig Teil der medizinischen Fakultät sind, nach wie vor mit dem Anstaltsträger. Keinesfalls tritt aber der Patient in ein unmittelbares Rechtsverhältnis zum Arzt (bzw. nach § 46 KAG zum Klinikvorstand), auch wenn dieser ihn persönlich behandelt. Für den Patienten stellt sich die Leistung des Arztes wie auch des Krankenpflegepersonals - zumindest rechtlich - immer als Leistung der Krankenanstalt dar. Entsprechend dem Anstaltsbegriff gehört es nun zum Wesen einer derartigen Leistung, daß sie sich aus einer sachlichen und aus einer personellen Komponente zusammensetzt.

Der richtige Weg wäre hier, daß - genauso wie beim organisatorischen Zusammenwirken zwischen Krankenanstalt und Universität eine Vereinbarung abgeschlossen wird und eine Abgeltung des zusätzlichen Aufwandes für

- 10 -

den Anstaltsträger, der sich aus der Bereitstellung der Sachwerte ergibt, erfolgt - auch über die personelle Seite, die hier dem Anstaltsträger vom Bund zur Verfügung gestellt wird, eine Vereinbarung getroffen wird. So wie derzeit die Honorarbefugnis an die gewünschte - und nach dem Entwurf auch tatsächlich durchgeführte - persönliche Behandlung durch den Klinikvorstand geknüpft ist, könnte künftig durch den Landesgesetzgeber - entsprechend dem obzit. Entwurf einer Novelle zum Tiroler Krankenanstaltengesetz - die Einhebung einer Sondergebühr vorgesehen werden, wenn der Patient der Sonderklasse die persönliche Behandlung durch einen bestimmten Arzt wünscht. Soweit diese persönliche Behandlung etwa durch einen Klinikvorstand erfolgt, müßte entsprechend einer Vereinbarung zwischen dem Anstaltsträger und dem Bund diesem ein bestimmter Anteil als Abgeltung für diese Leistung überlassen werden. Der Bund seinerseits als Dienstgeber hätte für eine entsprechende Weitergabe an die Bundesbediensteten zu sorgen.

Die Tiroler Landesregierung fordert den Bundesgesetzgeber daher auf, § 46 Abs. 1 und Abs. 2 KAG ersatzlos aufzuheben; andernfalls wird eine Anfechtung dieser Bestimmung beim Verfassungsgerichtshof in Erwägung gezogen. Denn auch die im Entwurf vorgesehene Änderung bringt keine substantielle Verbesserung. Die Honorarbefugnis wird zwar insoweit restriktiver geregelt, als nun auch erforderlich ist, daß eine persönliche Behandlung nicht nur vom Patienten gewünscht wird, sondern daß sie auch tatsächlich erfolgt. Dies wäre an sich zu begrüßen. Andererseits demonstriert der zweite Satz des § 46 Abs. 1, wie verfehlt dieser § 46 KAG vom Grundsatz her ist: Nicht nur, daß diese Bestimmung

- 11 -

jeglichen "ausreichend bestimmten Inhalt" (Art. 18 B-VG) vermissen läßt, könnte sie auch dazu führen, daß die Bediensteten einer Krankenanstalt plötzlich in einem Dienstverhältnis zu einem Bundesbediensteten mit allen daraus resultierenden Konsequenzen stehen. Für eine derartige Regelung findet sich kompetenzrechtlich selbst im Zivilrecht (wie in den Erläuternden Bemerkungen angeführt) kein Ansatzpunkt.

3. Zu der im Vorblatt aufgeworfenen Frage zur Verankerung der Berufsgruppe der diplomierten Sozialarbeiter im Krankenanstaltengesetz wird angemerkt:

Im Bereich der Landeskrankenanstalten (allgemeines öffentliches Landeskrankenhaus Innsbruck, psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, öffentliches Landeskrankenhaus Hochzirl, öffentliches Landeskrankenhaus Natters) sind bereits derzeit diplomierte Sozialarbeiter/innen tätig. Deren Tätigkeit für hilfsbedürftige Personen ist auch unbestrittenermaßen erforderlich. Im Bereich der Bezirkskrankenhäuser sind derzeit jedoch kaum diplomierte Sozialarbeiter tätig. Inwieweit dies überhaupt erforderlich ist, müßte erst einer näheren Prüfung unterzogen werden.

4. Einzelne im Gesetzentwurf vorgesehene Maßnahmen (wie die Bestimmungen über die Hygienefachkraft und Hygieneteams, psychologischer und psychotherapeutischer Dienst) werden zu einer - derzeit nicht quantifizierbaren - Kostenbelastung für die Anstaltsträger, aber auch für die Gebietskörperschaften führen. Bei derar-

- 12 -

tigen kostenverursachenden Neuregelungen sollte der Bundesgesetzgeber den mit der Neuerung verbundenen Nutzen sorgfältig mit dem für ein bereits an den Grenzen der Finanzierbarkeit angelangtes Gesundheitssystem verbundenen Aufwand abwägen.

Es besteht auch die Gefahr, daß die Verpflichtung zur Vollziehung all dieser Neuregelungen bei einigen privaten Krankenanstalten in der Rechtsform von selbständigen Ambulatorien eine Zurücknahme der Betriebsbewilligung nach sich ziehen könnte.

## II. Zu den einzelnen Bestimmungen:

### Zu Art. I:

#### Zu Z. 3:

Im § 3 Abs. 3 Z. 3 ist vorgesehen, daß das Gebäude den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen muß. Dies führt zum Problem des Zusammenhanges zwischen baurechtlicher und feuerpolizeilicher Bewilligung und der krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung. Es erscheint nicht zweckmäßig, daß die Krankenanstaltenbehörde parallel oder zusätzlich ein Bauverfahren oder ein feuerpolizeiliches Bewilligungsverfahren durchführt. Wenn daher das Kumulationsprinzip weiterhin zur Anwendung kommt, müßte es ausreichen, wenn die Krankenanstaltenbehörde die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften prüft. Vor der Erteilung der baubehördlichen und feuerpolizeilichen Genehmigung darf eine Krankenanstalt ohnehin nicht errichtet werden. Der Hinweis auf die bau- und

- 13 -

feuerpolizeilichen Vorschriften könnte unter diesem Gesichtspunkt entfallen.

In Z. 4 wird eine Prognose verlangt, die nur schwer zu erstellen ist. Die apparative Ausstattung kann ohne weiters in die Pläne und Antragsunterlagen aufgenommen werden, es können auch Zahlen über die personelle Ausstattung genannt werden. Ob dies dann allerdings in der Praxis tatsächlich umsetzbar ist, muß dahingestellt bleiben. Insbesondere ist es jederzeit möglich, apparative Ausstattungen zu ändern oder zu entfernen oder auch Personal zu entlassen. Dies wird auch in den Erläuternden Bemerkungen offensichtlich erkannt. Demnach ist ein Glaubhaftmachen vor der Behörde ausreichend. Allenfalls wäre zu überlegen, diese Glaubhaftmachung im Gesetzestext zu verankern.

Zu Z. 4:

Hinsichtlich der Verweisung auf bau- und feuerpolizeiliche Vorschriften gilt das zu § 3 Angeführte. Das zwingende Vorhandensein einer Leitung des psychologischen Dienstes und des psychotherapeutischen Dienstes sowie jeweils eines Stellvertreters könnte die Krankenanstalten nicht nur finanziell sondern auch faktisch überfordern, da entsprechendes Personal gar nicht vorhanden ist. Z. 4 müßte diesbezüglich weiter gefaßt werden bzw. könnte der Hinweis auf den psychologischen und den psychotherapeutischen Dienst entfallen, sodaß Z. 6 die Ausstattung mit psychologischem und psychotherapeutischem Personal sicherstellt. Es gibt sicherlich Krankenanstalten, an denen lediglich ein Psychologe oder ein Psychotherapeut erforderlich ist, sodaß eine Leitung des psychologischen bzw. psychotherapeutischen Dienstes nicht notwendig scheint.

- 14 -

Im § 3c Abs. 1 sollte es "... zum Betrieb" anstatt "Inbetriebnahme" lauten.

Weiters regelt diese Bestimmung die Parteistellung im Zusammenhang mit der Errichtung und dem Betrieb von selbstständigen Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers. Abs. 2 hingegen bezieht sich allgemein auf die Parteistellung im Errichtungsbewilligungsverfahren, jedoch eingeschränkt auf die Frage des Bedarfes. Abgesehen davon, daß diese Bestimmung systematisch zum § 3 gehört, ist die Einräumung einer Parteistellung an die Ärztekammer, die österreichische Dentistenkammer und die Kammer der gewerblichen Wirtschaft verfehlt. Diese gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen haben nicht für die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung auf der finanziellen Basis öffentlicher Mittel zu sorgen. Allein diese Zielsetzung rechtfertigt aber nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes die Einführung einer Bedarfsprüfung.

Die Einräumung einer Beteiligtenstellung für bestimmte Interessengruppen wie die freiwilligen beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen und der Psychotherapeuten scheint entbehrlich.

Im § 3d sollte es ebenfalls "Bewilligung zum Betrieb" lauten.

Zu Z. 5:

Die präzisere Fassung des § 4 Abs. 1 könnte in der Praxis zu Problemen führen. So würde jeder Austausch eines Gerätes, etwa eines Bestrahlungsgerätes, durch ein neueres

- 15 -

eine anzeigepflichtige Veränderung der Krankenanstalt darstellen. Auch die Neuanschaffung von endoskopischen Geräten müßte diesbezüglich wohl anzeigepflichtig sein. Bei Großkrankenanstalten wie der Universitätsklinik Innsbruck dürfte dies aber zu weit gehen. Die Präzisierung könnte daher zu einem Verwaltungsaufwand führen, der in keinem Verhältnis zum Nutzen steht. Eine Anzeigepflicht sollte nur soweit bestehen, als es sich um die Erweiterung des im Bescheid genannten Leistungsumfanges handelt. Nicht mitumfaßt sollen aber Erweiterungen des Leistungsangebotes durch den Fortschritt der Medizin sein. So dürften neue Operationsmethoden nicht eine Erweiterung des Leistungsangebotes darstellen, sondern lediglich die Fortentwicklung der angebotenen Leistung Chirurgie.

Der Ausdruck "Erwerbung" im § 4 Abs. 3 sollte durch einen passenderen Ausdruck ersetzt werden.

Zu Z. 7:

§ 6 Abs. 2 Z. 2 dürfte die Regelung von Tageskliniken im Auge haben. Die Klarstellung im Krankenanstaltengesetz über die Möglichkeit, Tageskliniken einzurichten, wird begrüßt. Allerdings wird angeregt, den Begriff Tagesklinik auch ausdrücklich im Gesetz zu erwähnen.

Zu Z. 8:

Die Aufnahme des psychologischen und des psychotherapeutischen Dienstes in die kollegiale Führung wird zu einer Aufblähung dieses Organes führen. Außerdem scheint auch der letzte Satz dieser Bestimmung unklar bzw. widersprüch-

- 16 -

lich, zumal zum einen eine kollegiale Führung vorgesehen wird, zum anderen aber angeordnet wird, daß die den einzelnen Führungskräften jeweils zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden dürfen. Diese Kritik trifft schon auf den derzeit geltenden § 6a KAG zu.

Zu Z. 11:

In diesem Satz werden zwei völlig unterschiedliche Probleme behandelt. Einerseits soll für medizinische Anliegen der Pfleglinge ein Arzt zur Verfügung stehen. Auch den Erläuterungen kann nicht genau entnommen werden, was damit gemeint ist. Sollte dies bedeuten, daß ein praktischer Arzt in der Krankenanstalt zur Verfügung steht, um allgemeine medizinische Fragen beantworten zu können, so dürfte dies übertrieben sein. Das gleiche gilt etwa für den Fall, daß der Pflegling das medizinische Anliegen hat, von seinen Zähnen den Zahnstein zu entfernen. Auch hierfür müßte dann ein Arzt zu Verfügung stehen. Sowohl der Zweck dieser Regelung als auch die Textierung müßten noch einmal überdacht werden. Jedenfalls sollte klar dargestellt werden, welchen Fall man hier vor Augen hat. Es kann ja nicht übersehen werden, daß eine Krankenanstalt eben den Patienten auf Grund seines Krankheitsbildes behandelt. Dies sollte im wesentlichen auch so bleiben.

Weiterer Regelungsinhalt dieser Bestimmung ist die Fortbildung der Ärzte. Es ist überhaupt entbehrlich, eine solche Regelung in das Krankenanstaltengesetz aufzunehmen. Wenn für die Ärzte eine Fortbildungspflicht besteht, so besteht kein Zweifel, daß die Krankenanstalt bzw. der Dienstgeber die entsprechende Vorsorge zu treffen hat. Was dies aber mit dem ärztlichen Dienst in der Krankenanstalt



- 17 -

und dessen grundsätzlicher Einrichtung zu tun hat, kann nicht nachvollzogen werden. Die diesbezügliche Regelung erscheint daher zu weitgehend.

Zu Z. 12:

Die Bestimmungen über eine hauptberuflich tätige Hygienefachkraft, das Hygieneteam und die Hygienekommission scheinen überzogen. Insbesondere wird es wohl von der Größe einer Krankenanstalt abhängen, ob mindestens eine qualifizierte und hauptberuflich tätige Person als Hygienefachkraft erforderlich ist (§ 8a Abs. 2). Diese Bestimmungen sollten insgesamt so gefaßt werden, daß auf die jeweiligen Bedürfnisse der Krankenanstalt abgestellt werden kann.

Zu Z. 13:

Abgesehen von den grundsätzlichen Ausführungen, wonach die Bestimmungen über die Ethikkommission überhaupt nicht ins KAG gehören, wird zum § 8c bemerkt:

Die in den Erläuternden Bemerkungen geäußerte Auffassung, daß eine Ethikkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden kann, kommt im Gesetz nicht zum Ausdruck.

Die Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes über die Ethikkommission enthalten keine Bestimmungen darüber, daß die Ethikkommissionen aus Frauen und Männern zu bestehen haben. Primär sollte die Qualifikation für die Bestellung maßgeblich sein; darüber hinaus dürfte es ausreichen, zu

- 18 -

bestimmen, daß auf eine ausgeglichene Zusammensetzung hinsichtlich des Geschlechtes Bedacht zu nehmen ist.

Der Klammerausdruck im Abs. 2 Z. 5 (Landessanitätsdirektion) sollte gestrichen werden, da die Entscheidung, wer das Amt der Landesregierung vertritt, diesem überlassen bleiben sollte. Außerdem besteht die Ethikkommission zwingend nur aus einem Arzt. Dies scheint im Hinblick auf die erforderliche Fachkompetenz zu wenig.

Zu Z. 14:

Im Abs. 2 wird offensichtlich davon ausgegangen, daß eine kollegiale Führung zwingend vorgesehen ist. Dies widerspricht jedoch § 6a ("kann").

Zu den Z. 15 bis 18:

Die Vollziehung dieser Bestimmungen wird einen Verwaltungsmehraufwand verursachen.

Zu Z. 21:

Die Notwendigkeit der Einrichtung eines psychologischen und psychotherapeutischen Dienstes in bettenführenden Krankenanstalten ist zu bejahen. Es erhebt sich jedoch die Frage, ob hier die Anstaltsträger nicht finanziell überfordert werden. Auf die vorangeführten Probleme bei der Einrichtung eines psychologischen und psychotherapeutischen Dienstes wird hingewiesen. Es wird in der Mehrzahl der Krankenanstalten nicht erforderlich sein, einen Leiter

- 19 -

des psychologischen bzw. psychotherapeutischen Dienstes zu bestellen. Die in den §§ 11b und 11c vorgesehene Zersplitterung scheint zudem verfehlt. Für notwendig erachtet wird die Einrichtung eines "psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Dienstes". Eine Trennung zwischen klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen ist wissenschaftlich überholt.

Die Bestimmung über die jederzeitige Erreichbarkeit untertags läßt die Frage offen, ob der Psychologe bzw. Psychotherapeut ständig anwesend sein müssen oder ob sie abrufbereit sein müssen; hier wird der zweiten Auslegung der Vorrang gegeben.

Auch bei der grundsätzlich positiv zu bewertenden verpflichtenden Supervision erhebt sich die Frage, ob hierfür genügend qualifiziertes Personal vorhanden ist.

Im Zusammenhang mit diesen Bestimmungen wird nochmals darauf hingewiesen, daß es vermieden werden sollte, praktisch nicht vollziehbare Bestimmungen in das Krankenanstaltengesetz aufzunehmen. Eine Nichtvollziehbarkeit ergäbe sich bei Beibehaltung der Zersplitterung der Dienste, dem fehlenden Angebot entsprechend qualifizierter Personen sowie der mangelnden finanziellen Leistungsfähigkeit der Anstaltsträger.

Zu Z. 26:

Diese Bestimmung ist zu begrüßen, wenngleich bei der zur Begutachtung ausgesandten Novelle zum Tiroler Krankenanstaltengesetz davon ausgegangen wurde, daß der Landesge-

- 20 -

setzgeber derartige Regelungen schon bisher erlassen konnte.

Zu Art. II:

Zu Z. 46:

Vgl. dazu die Ausführungen unter Punkt 2. im allgemeinen Teil.

Zu § 20:

Abs. 3 und allenfalls auch Abs. 4 dürften nicht im Einklang mit dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum stehen.

25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme werden unter einem der Parlamentsdirektion zugeleitet.

Für die Landesregierung:

Landesamtsdirektor

Abschriftlich

An alle Ämter der Landesregierungen

gesondert an die Verbindungsstelle der Bundesländer  
beim Amt der Niederösterr. Landesregierung, Wien

an das Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst, Wien

an das Präsidium des Nationalrates, Wien, 25 Ausf.

an alle National- und Bundesräte in Tirol

an das Büro des Föderalismusministers

zur gefälligen Kenntnisnahme.

Für die Landesregierung:

Dr. G s t r e i n

Landesamtsdirektor

F.d.R.d.A.:

