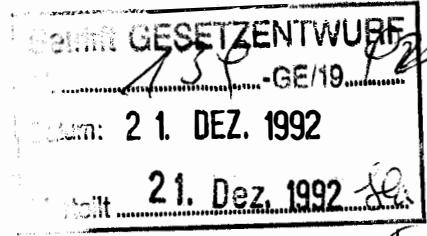


BUNDESMINISTERIUM FÜR WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

B	M
W	F

GZ 5442/27-7/92

Präsidium des
Nationalrates
Parlament
1017 Wien



BMGSK;
Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem
das Krankenanstaltengesetz geändert wird;
Stellungnahme des BMWF

MINORITENPLATZ 5
A-1014 WIENTELEFON
(0 222) 53120-0

DVR 0000 175

Dr. Janosky

In der Anlage wird in 25 Ausfertigungen die Stellungnahme des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird übermittelt.

ANLAGE

Wien, 16. Dezember 1992

Für den Bundesminister:

Dr. FRÜHAUF

F.d.R.d.A.:

Helle

BUNDESMINISTERIUM FÜR WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

B
W
M
F

GZ 5442/27-7/92

Bundesministerium für
Gesundheit, Sport und
Konsumentenschutz
Radetzkystraße 2
1031 Wien

MINORITENPLATZ 5
A-1014 WIENTELEFON
(0222) 53120-0
DVR 0000175

**Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem
das Krankenanstaltengesetz geändert wird;
Stellungnahme**

Das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung beeindruckt sich zu dem mit do. GZ 21.601/7-II/A/5/92 ausgesendeten Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird, wie folgt Stellung zu nehmen:

Im Hinblick auf eine Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes sieht sich das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung grundsätzlich und einleitend veranlaßt, zunächst einmal darauf hinzuweisen, daß vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung dem do. Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz Vorschläge für Sonderbestimmungen für Medizinische Fakultäten sowie auch für eine Neufassung des § 46 KAG in den letzten beiden Jahren übermittelt wurden. Während die Vorschläge des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung zu § 46 KAG dankenswerterweise vollinhaltlich übernommen wurden, fanden bedauerlicherweise die mit eingehender sachlicher Begründung dargelegten Vorschläge für Sonderbestimmungen für Medizinische Fakultäten keine Berücksichtigung. Diesbezüglich wird bei den einzelnen Punkten des Gesetzentwurfs sowie auch noch abschließend Bezug genommen werden.

- 2 -

Zu den im einzelnen vorgeschlagenen Bestimmungen ist festzustellen:

Zu Z. 1 (§ 2a Abs. 1 lit.a):

Hinsichtlich der "weiteren medizinischen Sonderfächer" sollte die Kinderheilkunde gleichrangig mit der Chirurgie, der Gynäkologie und Geburtshilfe und der Inneren Medizin behandelt werden. Österreich ist in der Kinderheilkunde fachärztlich immer noch unversorgt, dies gilt sowohl für die frei niedergelassenen Fachärzte als auch für die Kinderabteilungen von Krankanstalten. Gerade bei Kindern ist ein Transfer in Schwerpunkt-krankenhäuser wegen des erschwerten Kontaktes zu den Eltern, denen auf der psychischen Seite ein wesentlicher Beitrag zur Gesundung der Kinder zukommt, problematisch.

Zu den Ziffern 3 (§ 3), 4 (§§ 3a-3d) und 5 (§ 4):

Es sollte in geeigneter Form eine Einbindung des Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung in die gemäß §§ 3 bis 3d vorgesehenen Verfahren gesetzlich geregelt werden, wenn die Krankenanstalt gleichzeitig als Universitätseinrichtung dient bzw. dienen soll.

Zu Z. 5 (§ 4):

§ 4 Abs. 1 des Entwurfes sieht vor, daß "jede geplante Veränderung der Krankenanstalt, die die räumliche oder apparative Ausstattung oder das Leistungsangebot betrifft (Anmerkung: d.h. u.a. auch jede apparative Ausstattung bzw. jedes neue Gerät etc.), der Landesregierung anzugeben ist". Da auch aus den Erläuterungen keine präzise Festlegung zu erkennen ist, was darunter zu verstehen ist, kann aus dem Wortlaut nur eine umfassende, jede einzelne (welche auch immer!) "apparative Aus-

- 3 -

stattung" (d.h. auch einzelnes Gerät) verstanden werden bzw. wäre dieses anzugeben. Abgesehen von der Richtigkeit und Notwendigkeit einer derartigen Anzeigepflicht, würde dies einen überaus aufwendigen Verwaltungsaufwand sowohl bei der Krankenanstalt wie auch bei der Landesregierung (dem Amt der Landesregierung) hervorrufen. Eine diesbezügliche Überprüfung und Klarstellung wäre wünschenswert.

Zu Z. 7 (§ 6):

Für Krankenanstalten, die gleichzeitig als klinischer Bereich einer Medizinischen Fakultät dienen, sind unbedingt Sonderbestimmungen notwendig. Es sollte einerseits eine Akkordierung der Anstaltsordnung mit den Organisationsvorschriften der Universität und andererseits eine Bedachtnahme auf den Betrieb der Medizinischen Fakultät erfolgen. Zu Abs. 3 Z. 1 wird -angesichts solcher Detailregelungen - angeregt, auch regelmäßige Besprechungen nicht nur zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Personal, sondern auch zwischen den leitenden Ärzten und den anderen Ärzten der betreffenden Organisationseinheit sowie zwischen den leitenden Ärzten der Abteilungen bzw. klinischen Abteilungen vorzuschreiben.

Zu Z. 8 (§ 6a):

Angesichts der immer größeren Bedeutung technischer Einrichtungen in Krankenanstalten wäre es wohl sinnvoll, bei einer so starken Ausweitung der kollegialen Führung auch den Leiter der technischen Dienste einzubinden. Weiters sollte auch durch Gesetz dafür gesorgt werden, daß bei Krankenanstalten, die gleichzeitig universitären Zwecken dienen, auch die Medizinische Fakultät in der kollegialen Führung vertreten ist. Denkbar wäre auch, daß z.B. zumindestens der ärztliche Direktor über Vorschlag oder im Einvernehmen mit der Medizinischen Fakultät

- 4 -

bestellt wird, oder auch, daß mit dem Rechtsträger der Universität bei der Bestellung der kollegialen Führung eine Verständigung zu erfolgen hat.

Zu Z. 10 (§ 7 Abs. 4):

Bei Krankenabteilungen und der Prosektur ist eine Leitung durch einen Nicht-Arzt weiterhin immer auszuschließen. Die Bestimmung wäre also etwas differenzierter zu fassen. Außerdem sollten auch in dieser Gesetzesstelle Sonderbestimmungen für die Krankenanstalten vorgesehen werden, die gleichzeitig Universitätsaufgaben erfüllen. § 7 richtet sich nämlich an den Rechtsträger der Krankenanstalt, die Ausnahmeregelung des § 7 Abs. 6 ist zu eng, weil sie nur auf den ärztlichen Direktor und den Leiter der Prosektur bezogen ist.

Zu Z. 11 (§ 8 Abs. 1):

Zum schon bisher geltenden Text (also dem nunmehr ersten Satz des § 8 Abs. 1) ist anzumerken, daß die Worte "daß ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist" offenbar zunehmend mißverstanden werden. Immer wieder ist zu hören, daß in einer Abteilung kein Facharzt, sondern nur ein in Ausbildung stehender Arzt anwesend ist. Außerdem soll es (auch an Universitätskliniken) vorkommen, die sofortige Erreichbarkeit dahingehend zu verstehen, daß der betreffende Facharzt telefonisch von außerhalb der Krankenanstalt (Wohnung, Ordination) herbeigerufen werden kann. Die entsprechende Wortfolge im ersten Satz des Abs. 1 sollte daher künftig lauten "daß qualifizierte ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort zur Verfügung steht".

Zur Ergänzung des § 8 Abs. 1 ist festzustellen, daß es sich bei den hier abzudeckenden medizinischen Anliegen der Patienten wohl um "allgemeine medizinische Anliegen" und nicht um die

- 5 -

fachärztliche Betreuung handelt. Diese hier beschriebene Funktion soll nach den ho. Informationen nicht von einem Facharzt des betreffenden Sonderfaches, sondern eher von einem Praktischen Arzt erfüllt werden.

Schließlich muß erkannt werden, daß durch den § 8 Abs. 1 anzu-fügenden Satz unterschiedliche Sachverhalte geregelt werden. Einmal das Anliegen des "zur-Verfügung-stehens" eines Arztes (für "allgemeine medizinische Anliegen") für Pfleglinge. Zum anderen, daß "die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte (Anmerkung: gemeint können wohl nur "ALLE Ärzte" sein) ihrer Fortbildungspflicht (regelmäßig - Anmerkung: was immer darunter verstanden werden soll und wohl auch noch zu definieren wäre) nachkommen können sollen. Beide nicht in Zusammenhang stehenden Sachverhalte sollten wohl auch besser getrennt geregelt werden (und nicht in einem Satz unter einem); letzteres wohl zweckmäßiger in einer eigenen Bestimmung, so wie der neue § 11 d oder allenfalls gemeinsam mit dieser Bestimmung.

Zu Z. 12 (§ 8a):

Auch in diesem Punkt sollte die Medizinische Fakultät eingebunden werden, wenn die Krankenanstalt gleichzeitig als Universitätseinrichtung dient.

Zu Z. 13 (§ 8c):

In der Ethik-Kommission, wie sie durch den Gesetzentwurf vorgeschlagen wird, sind medizinische Kompetenz und Ärzte deutlich unterrepräsentiert. Bei klinischen Prüfungen von Arzneimitteln müßte der Kommission gemäß dem Gesetzentwurf bei Erfüllung der gesetzlichen Mindestfordernisse nur ein Arzt angehören. Bei klinischen Prüfungen neuer medizinischer Methoden und neuer Medizinprodukte würde nur ein Facharzt hinzutreten.

- 6 -

Nach ho. Auffassung ist diese Regelung im Hinblick auf die Notwendigkeit medizinischer Sachkompetenz absolut unbefriedigend. Gegenüber der geltenden Rechtslage würde sich das Verhältnis Ärzte zu Nichtärzte überdies ganz eindeutig zum Nachteil der Ärzte verschlechtern.

Weiters ist anzumerken, daß die Durchführung von klinischen Prüfungen in den angeführten Bereichen (Arzneimittel, medizinische Methoden, Medizinprodukte) mit dem Forschungsauftrag der Universitätskliniken und sonstigen Universitätseinrichtungen des klinischen Bereiches geradezu prioritär und untrennbar verbunden und einer Medizinischen Fakultät bzw. ihren Einrichtungen als Aufgabestellung übertragen ist.

Sonderbestimmungen für Universitätskliniken und klinische Institute sind daher hiefür unerlässlich; die klinische Prüfung von Arzneimitteln steht in untrennbarem Zusammenhang mit der klinischen Forschung. Es muß daher an Krankenanstalten, die gleichzeitig als klinischer Bereich einer Klinischen Fakultät dienen, nicht nur die Fakultät in dieser Ethik-Kommission vertreten sein, sondern es muß ihr sogar die Zusammensetzung oder die Führung dieser Kommission übertragen werden. Falls man sich diesem Vorschlag nicht anschließen könnte, müßte jedenfalls die Medizinische Fakultät bzw. Universität entsprechend stark, d.h. mit ausreichender Sachkompetenz repräsentiert sein. Im übrigen sollte dieser Ethik-Kommission immer ein einschlägiger Facharzt beizuziehen sein und nicht nur bei neuen medizinischen Methoden und neuen Medizinprodukten.

Zu Z. 14 (§ 8d):

Der Kommission gemäß Abs. 3 sollten in jenen Krankenanstalten, die zugleich der universitären Forschung und Lehre gewidmet sind, auch Vertreter der Medizinischen Fakultät anzugehören,

- 7 -

die vom Fakultätskollegium nominiert werden; zumindestens in Bezug auf die Medizinische Qualität kommt den Fakultäten eine entscheidende Kompetenz zu.

Auch scheint hier eine stärkere Berücksichtigung der Ärzte wünschenswert zu sein, da trotz der hohen Bedeutung der Krankenpflege, der psychologischen und psychotherapeutischen sowie der sonstigen Dienste und des Standards der medizin-technischen Ausstattung die Qualität einer Krankenanstalt sehr wesentlich durch das medizinische und ärztliche Leistungsniveau bestimmt wird. Eine fachkundige Beurteilung der Qualität ärztlicher Leistungen erfordert ein Gremium, in dem Ärzte ausreichend, jedenfalls aber zahlenmäßig stärker vertreten sind als dies im Gesetzentwurf vorgesehen ist.

Zu Z. 20 (§ 11a Abs. 3):

Die Erfahrung nicht nur mit dem Wiener AKH hat gezeigt, daß eine Personalplanung bzw. Personalbedarfsplanung vom Rechtsträger der Krankenanstalt allein nicht durchgeführt werden kann, wenn die Krankenanstalt gleichzeitig als klinischer Bereich einer Medizinischen Fakultät dient. Die Fakultät und das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung müssen daher von Gesetzes wegen in diese Planungsarbeiten eingebunden werden. Da die im Bundesdienst stehenden Ärzte jedenfalls auch im erheblichen Maße in der Krankenversorgung eingesetzt sein müssen, sind die Interessen des Bundes auch bereits durch die rein auf die Krankenversorgung bezogene Personalplanung bzw. Personalbedarfsplanung unmittelbar betroffen.

Zu Z. 21 (§ 11b bis 11e):

Die verpflichtete Einrichtung eines psychologischen Dienstes und eines psychotherapeutischen Dienstes an Krankenanstalten,

- 8 -

wie es in den SS 11b und 11c vorgesehen ist, wird im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten nachhaltig begrüßt. Die Verankerung der klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Patienten ist insbesondere im Hinblick auf die mit Krankenhausaufenthalten bestehenden psychischen Belastungen dringend erforderlich. Gleichzeitig trägt sie der häufig vorhandenen psychosomatischen Komponente vieler Erkrankungen Rechnung. Diese gesetzliche Maßnahme deckt sich auch mit der Empfehlung, die jüngst im Psychologen- und im Psychotherapiebeirat beim Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz gefaßt wurde.

Hinsichtlich der erforderlichen personellen Umsetzung dieser Verpflichtung der Krankenanstalten wird darauf verwiesen, daß die Besetzung des psychologischen Dienstes und des psychotherapeutischen Dienstes nicht notwendig mit Planstellen erfolgen muß, sondern auch in Form von Konsiliarpsychologen und -psychotherapeuten erfolgen kann. Außerdem verfügen häufig Ärzte an Krankenanstalten auch über eine psychotherapeutische Ausbildung.

Im Zusammenhang mit § 11 d ("Fortbildung des nichtärztlichen Personals") wird auch auf die Notwendigkeit der Fortbildung der in der Krankenanstalt tätigen Ärzte (z. 11 § 8 Abs. 1) hingewiesen, die zweckmäßiger Weise in diesem Zusammenhang zu regeln wären. In diesem Sinne gilt auch § 11 e "Supervision" für "die (d.h. alle) in der Krankenanstalt beschäftigte Personen".

Zu Z. 26 (§ 16 Abs. 2):

Damit bleibt es der Landesgesetzgebung überlassen, ob sie eine solche Regelung mit der in den Erläuterungen beschriebenen Abgeltungsmöglichkeit einführt oder nicht. Man wird sehen, ob die Landesgesetzgebungen und in weiterer Folge die Rechtsträger der

- 9 -

Krankenanstalten entsprechende Ausführungsregelungen zustande bringen, weil eine derartige Regelung anderer Interessen, insbesondere der Primärärzte, zuwiderlaufen könnte. Bezüglich der finanziellen Seite wird man wohl hinsichtlich der im Bundesdienst stehenden Ärzte von der Fiktion eines zusätzlichen Dienstverhältnisses zum Rechtsträger der Krankenanstalt ausgehen müssen.

Sofern der Landesgesetzgeber von § 16 Abs. 2 Gebrauch macht und den Pfleglingen der Sonderklasse die freie Arztwahl einräumt, würde der Kreis jener Ärzte, die Privatpatienten an einer Krankenanstalt behandeln dürfen, erheblich erweitert werden. Da die Zahl der Patienten der Sonderklasse an den öffentlichen Krankenanstalten nicht unbegrenzt ist, könnte eine derartige Regelung problematisch werden.

Zu Z. 28 (§ 21 Abs. 1):

Gegen diese Bestimmung besteht kein Einwand, die Abstimmung mit dem Universitätsbereich ergibt sich grundsätzlich weiterhin durch Abs. 2, soferne klargestellt ist, welche Funktionen vom Bund gemäß Universitätsrecht zu besetzen sind (siehe § 7).

Zu Art. II Z. 36 (§ 46):

Die nun vorgesehene Fassung entspricht dem letzten Vorschlag des Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung vom Sommer 1992.

Zu Art. II Z. 38 (§ 60):

Für Universitätskliniken und Klinische Institute müßte auch eine Benachrichtigung der betreffenden Medizinischen Fakultät normiert werden.

- . -

- 10 -

Schließlich werden in der ANLAGE die dem Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung zugegangenen Stellungnahmen der Medizinischen Fakultäten Wien, Graz und Innsbruck angeschlossen und dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz übermittelt.

Abschließend weist das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung darauf hin, daß aus ho. Sicht jedenfalls die für medizinische Fakultäten notwendigen Sonderbestimmungen, wie sie seinerzeit vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung auch vorgeschlagen wurden, bedauerlicherweise noch keine Berücksichtigung für eine Neufassung des KAG gefunden haben. In diesem Zusammenhang darf nochmals auf die seinerzeitigen Vorschläge des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung für Sonderbestimmungen für Medizinische Fakultäten verwiesen und um entsprechende Berücksichtigung ersucht werden. Im Hinblick auf eine Regierungsvorlage erscheint eine solche ohne Sonderbestimmungen für Medizinische Fakultäten im Krankenanstaltengesetz derzeit nicht konsensfähig zu sein.

ANLAGE

Wien, 16. Dezember 1992

Für den Bundesminister:

Dr. FRÜHAUF

F.d.R.d.A.:



D E K A N A T
DER
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT WIEN
Dr. Karl Lueger Ring 1-3
A-1010 Wien
Zl. 72-1989/90

Wien, am 4. Nov. 1992
 Sachb.: Fr. Semelliker
 Tel.: 40103/2068

Herrn
 Sektionschef Dr. W. FRÜHAUF
 Bundesministerium für
 Wissenschaft und Forschung

in Wien

Betr.: Bundesministerium für Gesundheit, Sport
 und Konsumentenschutz;
 Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem
 das Krankenanstaltengesetz geändert wird
 zur do. GZ 5442/23-7/92 v. 11.11.1992

Sehr geehrter Herr Sektionschef!

Erlauben Sie, daß ich Ihnen in der Anlage eine Kopie unserer
 Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das
 Krankenanstaltengesetz geändert wird zur weiteren Veranlassung
 zur Verfügung stelle.

Mit vorzüglicher Hochachtung
 Der Dekan

Beilage

BUNDESMINISTERIUM FÜR WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG	
Eing.:	4 DEZ. 1992
Zahl:	

D E K A N A T
DER
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT WIEN
Dr.Karl Lueger Ring 1-3
A-1010 WIEN
Zl. 72-1989/90

Wien, am 04. Dez. 1992
De.Gr./Sm
Tel.:40103/2270

An das
Bundesministerium
für Wissenschaft und Forschung
in Wien

Betrifft: Bundesministerium für Gesundheit, Sport
und Konsumentenschutz,
Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem
das Krankenanstaltengesetz geändert wird

zur.do. GZ 66.001/102-I/A/2/92
bzw. GZ 5442/23-7/92

Eingangs muß von Seiten der begutachtenden Stelle darauf hingewiesen werden, daß auch in der vorliegenden Novelle die notwendigen Adaptierungen zwischen UOG und KAG über Sonderbestimmungen für die Medizinischen Fakultäten nicht berücksichtigt wurden. Dies erscheint umso verständlicher, da im Zuge der Übersiedelung und Errichtung der Kliniken im neuen Allgemeinen Krankenhaus/Universitätskliniken betriebsorganisatorische Probleme immer wieder aufgrund von Unvereinbarkeiten zwischen UOG und KAG und der nicht vorhandenen Derogationsmöglichkeit eines der beiden Bundesgesetze eintreten.

Global gesehen erscheint die vorgelete Novelle über weite Strecken unausgegoren bzw. scheint die einzige Absicht des Gesetzgebers in einer massiven Stärkung des psychologischen bzw. psychotherapeutischen Dienstes zu sein.

Betreffend § 3 a "Voraussetzungen für Betriebsbewilligungen"

Es scheint der Wille des Gesetzgebers zu sein die psychologische und psychotherapeutische Betreuung durch eine Ausgliederung in besondere Dienste aus der ärztlichen Verantwortung zu nehmen. Dies erscheint uns äußerst bedenklich, da die bisherige Praxis, daß die in Krankenanstalten beschäftigten Psychologen und Psychotherapeuten dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt unterstellt waren eine befriedigende Lösung darstellte.

Die psychologische und psychotherapeutische Betreuung muß weiterhin unter ärztlicher Verantwortlichkeit bleiben.

Betreffend § 6 a "Kollegiale Führung", § 8 "Hygienekommission, Ethikkommission, Qualitätssicherungskommission"

Abgesehen von der unbestrittenen Notwendigkeit von Etablierung der angesprochenen Kommissionen erscheint es notwendig darauf hinzuweisen, daß die Vermehrung von Kommissionen, sowie die geplante Vergrößerung der kollegialen Führung zu einer Verlängerung von Entscheidungsabläufen führen wird, die möglicherweise nicht im Interesse des Gesetzgebers liegt.

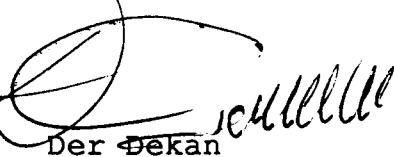
Die Einbeziehung des psychologischen bzw. psychotherapeutischen Dienstes in die kollegiale Führung ist, ohne die Wichtigkeit dieses Bereiches schmäler zu wollen, für die begutachtende Stelle nicht nachvollziehbar, da die Führung eines Krankenhauses zweifellos Qualifikationen erfordert, die im Managementbereich anzusiedeln sind.

Betreffend § 46 "Honorar für Klinikvorstände und Leiter Klinischer Abteilungen"

Die in diesem Fall vorgenommene Adaptierung an das UOG betreffend der Möglichkeit der Liquidation für Abteilungsleiter ist zu begrüßen, die vorgesehene Beteiligung von Anstaltspersonal am Honorar erscheint aus dienstrechlichen Gründen problematisch.

Etliche Bestimmungen des Entwurfes im Bereich der Kodifizierung der Patientenrechte, der vorgeschriebenen regelmäßigen Personalaufwands- und Einsatzplanung und der notwendigen Adaptierung in Bezug auf EWR bzw. EG scheinen unproblematisch zu sein, es stellt sich jedoch die Frage, ob für diese Angelichungen eine große Novelle notwendig war und ob im Rahmen solch einer Novelle nicht wichtige Punkte zusätzlich einfließen hätten müssen.

Univ.Prof.Dr.H.Gruber

Der Dekan 



**MEDIZINISCHE FAKULTÄT
KARL-FRANZENS-UNIVERSITÄT GRAZ**

An das
Bundesministerium für
Wissenschaft und Forschung

Minoritenplatz 5
1014 Wien

DER DEKAN

7.12.1992

A-8010 Graz, am _____
Universitätsplatz 3
Telefon (0316) 380/4100, 4101, 4102
Telefax (0316) 381328

Zahl: 78 ex 1992/93

Es wird gebeten, im Antwortschreiben
unsere Geschäftszahl anzuführen.

Betrifft: Bundesministerium für ~~Gesundheit~~, Sport,
und Konsumentenschutz,
Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das
Krankenanstaltengesetz geändert wird
zu do. GZ.: 66.001/102-I/A/2/92

In der Anlage erlaube ich mir Ihnen eine nachträglich eingelangte
Stellungnahme übermitteln.

Kenner

11. DEZ. 1992

(Univ.-Prof.Dr.Th. Kenner)

BUNDESMINISTERIUM FÜR WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG	
Etag.: 10. OGZ 1332	
Zahl.:	
Bgl.: <i>A</i>	

Mag. Fritsch

Universitätsklinik für Chirurgie
Vorstand: o. Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. J. Kraft-Kinz
Landeskrankenhaus Graz

Kraus
Dekanat der medizin. Fakultät Graz
Einget. am 7. OZ. 1992
Zahl mit Blg.



Steiermärkische Krankenanstalten Ges. m. b. H.

**An den
DEKAN der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
Herrn
Univ. Prof. Dr. Thomas KENNER
KARL-FRANZENS-UNIV.GRAZ**

Departments:

Allgemein- und Herzchirurgie:
o. Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. J. Kraft-Kinz
Stellvertreter des Vorstandes:
a. o. Univ.-Prof. Dr. L. Kronberger
Thorax- und Hyperbare Chirurgie:
a. o. Univ.-Prof. Dr. G. Friehs
Urologie:
o. Univ.-Prof. Dr. G. Hubmer
Gefäßchirurgie:
a. o. Univ.-Prof. Dr. G. Koch
a. o. Univ.-Prof. Dr. G. Koch

Unfallchirurgie:
o. Univ.-Prof. Dr. R. Szyszkowitz
Plastische Chirurgie:
a. o. Univ.-Prof. Dr. W. Deutschmann
Transfusionsmedizin und Immunhaematologie:
Univ.-Doz. Dr. G. Lanzer
Orthopädie:
Univ.-Doz. Dr. O. Stampfle
Experimentelle Chirurgie:
a. o. Univ.-Prof. Dr. L. Kronberger

Graz, 30.11.1992 /Kron /O

STELLUNGNAHME zum Bundesgesetz mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird.

§ 7 Abs. 4: Aus dem Gesetztestext geht nicht hervor, welche Abteilungen und Organisationseinheiten von Absolventen naturwissenschaftlicher Fächer geleitet werden können und ob diese Einheiten bzw. Abteilungen auch bettenführend sind.

§ 8 c, 2/3 : Dieser Paragraph schränkt die Einführung von neuen Operationsmethoden absolut ein, da die Rückfrage an die Ethikkommission notwendig ist. Diese trifft besonders für die in der Zukunft zu erwartenden Ausweitung der minimalen invasiven Operationstechnik zu. Wurden neue Operationsmethoden in dieser Hinsicht im Tierversuch(In- und Ausland) entwickelt, dann kann diese neue Methode erst nach Zustimmung der Ethikkommission ausgeführt werden. Da dies bisher nicht üblich war, kommt es sicherlich zu einer nicht absehbaren zeitlichen Verzögerung.

§ 10 / 1, Ziffer 1 und 2: Die Aufzeichnungen in den Krankengeschichten über Therapie und Medizin-Gabe ist zu begrüßen, doch die Frage besteht wo und wie eine Aufnahmablehnung eines Patienten dokumentiert werden soll (evenutelle im Computer ?) .

§11 b - e: Dem psychotherapeutischen Dienst wird ein sehr breiter Raum und daher Einfluß zugestanden ; letzterer ist aber nicht abzusehen, da eine klinische psychologische Diagnostik als Ergänzung der ärztlichen vorgesehen ist. Außerdem ist zu befürchten, daß der psychologische Dienst

-2-

mit allen seinen Sparten solchen Einfluß auf das Pflegepersonal und sogar auf die Ärzte haben wird.

§ 16 / Abs. 2 : Hier wird die persönliche Behandlung durch einen vom Patienten gewünschten Arzt auf der Sonderklasse bewilligt, der auch das Honorar stellen kann. Dies führt sicherlich zur Art eines Belegspitals in der eigenen Abteilung, insbesondere dann, wenn die Abteilung nur eine Klassestation hat.



O.Univ.Prof.Dr. Dr. h.c. J. KRAFT-KINZ

66001/102

35 1454782

Univ.-Klinik für
Dermatologie und Venereologie
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
Vorstand: Prof. Dr. P. Fritsch

Tel. (0512) 504-2971
Fax: (0512) 504-2970
30.11.1992

WPK

An das
Bundesministerium für
Wissenschaft und Forschung
Herrn Sektionschef Dr. Wolf FRÜHAUF
z.Hd. Herrn Mag. Richard FRITSCH
Schenkenstraße 4
A-1014 Wien

Fax: 0222-53120-6220 oder
5755

BUNDESMINISTERIUM FÜR WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG	
Eing.:	1. DEZ. 1992
Zahl.:	66001/106-12182
Bg.:	

81. DEZ. 1992

Betreff: Entwurf eines Bundesgesetzes mit dem das Krankenanstalten-
gesetz geändert wird.
Ersuchen um Stellungnahme GZ 542/23

Sehr geehrter Herr Sektionschef!
Sehr geehrter Herr Magister!

Der zur Stellungnahme übermittelte Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird, ist am 19.11.1992 im Dekanat der Medizinischen Fakultät eingelangt. Bei der Kürze der vorgegebenen Begutachtungsfrist war es daher nicht möglich, die Fakultät zu befassen. Es wurden aber zu den inhaltlichen Punkten der vorgesehenen Novellierung die jeweiligen Fachvertreter oder Expertengruppen befragt; die daraus resultierenden und im folgenden vorgebrachten Bedenken und Änderungsvorschläge sind folgende:

I. Die fehlende Definition der Stellung von Universitätskliniken im KAG bzw. die fehlende Klärung der Einflußbereiche und Entscheidungshierarchien von Bund und Ländern in den Universitätskliniken. Zu diesem Punkt schließen wir uns der Stellungnahme des Vorsitzenden der Mittelbaukurie, Herrn Dr. K. Grünwald, an:

"Mit großer Sorge um die Zukunft der Medizinischen Fakultäten wird festgestellt, daß im Entwurf zur Novelle überhaupt nicht oder nur in äußerst unzureichender Weise auf die besondere Stellung der Universitätskliniken eingegangen wird. Diese sind jedoch durch das KAG betroffen, weil sie Aufgaben des Gesundheitswesens zu erfüllen haben und wie speziell in Innsbruck - auch die Funktion eines Landeskrankenhauses haben. Es erscheint daher befremdend, daß hier ein Entwurf vorgelegt wird, der dieser Doppelfunktion in keiner Weise Rechnung trägt und die berechtigten Interessen des BMWF und der Medizinischen Fakultäten

unberücksichtigt läßt. Es wird in keiner Weise darauf eingegangen, wie die verpflichtenden Belange von Forschung und Lehre an Universitätskliniken in ausreichendem Maß gewahrt werden können.

In zahlreichen Gesprächen, aber auch in Beschlüssen der Fakultät wurde auf diese Problematik wiederholt hingewiesen und dabei festgestellt, daß nur eine klare, wie aber auch faire Kompetenzabgrenzung zwischen Bundes- und Landesinteressen eine gedeihliche und reibungsfreie Weiterentwicklung der Medizinischen Fakultäten gewährleisten kann.

Um so mehr verwundert es, wie es geschehen konnte, daß bei der Erarbeitung des Entwurfes zur KAG-Novelle jedwede Chance von vernünftigen Neuordnungen gerade für jene Krankenhäuser verspielt wurde, die durch ihre Forschungstätigkeit und durch die Heranbildung des ärztlichen Nachwuchses, den entscheidenden Beitrag zur Medizin in Österreich leisten. Die tragende Rolle gerade dieser Krankenhäuser müßte auch dem Gesundheitsressort bewußt sein, auch wenn dessen primäre Aufgabe nicht die Entwicklung der Universitäten sondern die Sicherstellung einer qualifizierten Krankenversorgung ist. Jedenfalls ist festzustellen, daß im vorgelegten Entwurf das Wort "Dentistenkammer" häufiger zu lesen ist als der Begriff "Universität".

Aus dieser Sicht ist es für die Medizinische Fakultät Innsbruck besonders inakzeptabel, daß im Paragr. 6 Abs. 2, Ziffer 3, die Landesgesetzgebung Vorschriften über die Anstaltsordnung zu erlassen hat, die die Dienstobligkeiten der in den Krankenanstalten beschäftigten Personen zu regeln haben, ohne die Interessen des BMWF zu berücksichtigen und ohne auf die Belange des Hochschullehrer-Dienstrechtes einzugehen.

Auch im Paragr. 6a betreffend die Vorschriften über die kollegiale Führung wird auf unzumutbare Weise übersehen, daß an Universitätskliniken auch Bundesbedienstete tätig sind und diese einen wesentlichen Faktor des Leistungsangebotes wie auch der Leistungsstruktur darstellen.

Der Paragr. 6a Abs. 3 wird prinzipiell begrüßt. Es ist jedoch vor Ende des ersten Satzes einzufügen:, wobei an Universitätskliniken, die gleichzeitig Aufgaben eines LKH wahrnehmen, auf die Belange von Forschung und Lehre in ausreichendem Maße Rücksicht zu nehmen ist.

Art. III Abs. 2: In Anbetracht der auffallenden Mißachtung spezifischer Bundesinteressen, zu denen zweifellos die Universitäten gehören, scheint es zumindest fragwürdig, daß die Wahrnehmung dieser Bundesinteressen in ihrer Gesamtheit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz anzutrauen sind. Die Fakultät schlägt daher folgende Ergänzungen vor:
Hinsichtlich des Klinischen Bereiches Medizinischer Fakultäten, die gleichzeitig Aufgaben eines LKH zu erfüllen haben, sind die spezifischen Interessen des BMWF im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung dabei ausreichend zu berücksichtigen."

II. Die Neuordnung der Ethikkommission: Hierzu geben wir, in Anlehnung an ein Papier des Vorsitzenden der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Innsbruck, Herrn Prof. Dr. F. Gerstenbrand, folgende Stellungnahme ab:

"Sowohl die AMG-Novelle 1992 als auch die vorliegende KAG-Novelle 1992 verlangen die Errichtung von Ethikkommissionen.

Die Zusammensetzung dieser Kommissionen entspricht aber in beiden Fällen keineswegs den Intentionen der Deklaration von Helsinki und den EG-Richtlinien für "Klinische Arzneimittelprüfungen in der EG" (Grundsätze für Standards der Guten Klinischen Praxis (GCP) bei der Durchführung von

Studien mit Arzneimitteln am Menschen in der EG). Demgegenüber bestehen an den österreichischen Medizinischen Fakultäten schon seit einiger Zeit Ethikkommissionen, die gemäß UOG Paragr. 15 eingerichtet sind, und die in ihrer Zusammensetzung und Arbeitsweise den Forderungen der Deklaration von Helsinki voll entsprechen. Die Fakultäts-Ethikkommissionen haben nicht nur Arzneimittelprüfungen zu beurteilen, sondern auch Projekte, die sich mit neuen medizinischen Methoden (Behandlung und Diagnostik) und neuen Medizinprodukten beschäftigen.

Zum vorliegenden Novellierungsvorhaben ist anzuführen:

1) Es ist die Gefahr gegeben, daß eine Vielzahl von Ethikkommissionen eingerichtet wird, und die Kommissionen sich in ihrer Tätigkeit gegenseitig behindern und überschneiden.

2) Es ist zu befürchten, daß eine Zunahme der Zahl der Ethikkommissionen zu einer Abnahme des Standards führt, besonders wenn bedacht wird, daß die Zusammensetzung der Ethikkommissionen nach AMG und KAG bedenklich ist, daß 1, maximal jedoch 2 Ärzte, in einer Kommission von 7-8 Mitgliedern vorhanden sind. Dies entspricht nicht dem Standard der Fakultätskommissionen Graz, Innsbruck und Wien. Die nach KAG und AMG vorgeschlagenen Ethikkommissionen sind auch nicht in der Lage, die Anforderungen gemäß der Deklaration von Helsinki zu bewältigen. Bezuglich Einzelheiten hat die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Innsbruck schon entsprechend Stellungnahmen zum AMG und KAG abgegeben, die sie auch weiterhin vertritt (siehe Beilagen).

3) Die ungeschmälerte Erhaltung der Kompetenz der an den drei Medizinischen Fakultäten nach UOG eingerichteten Ethikkommissionen, die entsprechend den Anforderungen der Deklaration von Helsinki und GCP zusammengesetzt sind, muß sichergestellt werden. Diese Kommissionen haben sich in der Bewältigung der ihnen gestellten Aufgaben voll bewährt, ihre ungeschmälerte Arbeitsmöglichkeit ist auf alle Fälle zum Schutz der Versuchsperson zu erhalten.

4) Eine bessere Koordinierung der Tätigkeitsbereiche der neu zu schaffenden Ethikkommissionen mit den bereits bestehenden Ethikkommissionen ist anzustreben. Zu diesem Zwecke ist anzuregen, daß eine Besprechung der beteiligten Stellen am BM für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz zur Frage der Koordination durchgeführt wird. Es sollte dabei auch besprochen werden, wie die Zahl der neu einzurichtenden Ethikkommissionen in ein ausgewogenes Verhältnis zu dem zu erwartenden Arbeitsumfang zu bringen wäre. In Deutschland sind zur Zeit etwa 51 Ethikkommissionen bei etwa 80 Millionen Einwohnern eingerichtet.

5) Bezuglich der Arbeitsweise der Ethikkommissionen bei der Beurteilung neuer medizinischer Methoden und neuer Medizinprodukte ist zu empfehlen, daß diese analog den im Arzneimittelgesetz festgelegten Prüfverfahren bei klinischen Prüfungen von Arzneimitteln geregelt wird.

6) Die im Absatz 4 vorgesehene Weitergabe der Protokolle der Ethikkommission an den ärztlichen Leiter der Krankenanstalt ist aus Gründen der zu wahren Vertraulichkeit abzulehnen. Die Tätigkeit der Ethikkommission als Beratungsgremium setzt absolute Vertraulichkeit voraus. Zudem erlaubt der Sponsor die Vorlage der Projektunterlagen an die Ethikkommission nur unter ausdrücklicher Garantie der vertraulichen Behandlung durch die Mitglieder der Ethikkommission, da für den Sponsor bedeutende wirtschaftliche und wissenschaftliche Interessen auf dem Spiel stehen.

Es wird daher vorgeschlagen, daß der Prüfungsleiter bei der Meldung einer beabsichtigten klinischen Prüfung dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt die Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethikkommission und gegebenenfalls den diesbezüglichen Protokollausschnitt zur Kenntnis bringt."

III. Zur Frage des Psychologischen und psychotherapeutischen Dienstes sowie zur Supervision nimmt der Vorstand der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Univ.-Prof. Dr. W. Wesiack, wie folgt Stellung:

"Man gewinnt den Eindruck, daß die gleiche berufspolitische Gruppierung, der wir das "Österreichische Psychotherapiegesetz" zu verdanken haben, das mit Sicherheit innerhalb der EG so nicht aufrechterhalten werden kann, auch diese Abschnitte des Gesetzesentwurfes federführend beeinflußt hat. Auch hier sind wiederum die arzt- und universitätsfeindlichen Tendenzen dieser Gruppierung unschwer erkennbar. Als Beispiel führe ich die Zusammensetzung der Ethikkommission an, vor deren 8-köpfiger Zusammensetzung nur ein einziger Arzt sein muß, und daher leicht überstimmt werden kann.

Die Tendenz des Gesetzesentwurfes, Psychologen und Psychotherapeuten in den klinischen Alltag zu integrieren, möchte ich voll und ganz unterstützen - aber nicht in der vorschlagenen Form.

Strikt abzulehnen ist eine Trennung von "psychologischen" und "psychotherapeutischen" Diensten aus mehreren Gründen:

1) Die beiden Bereiche lassen sich sachlich nicht trennen, sie bilden eine Einheit. Folgt man dem Vorschlag des Gesetzesentwurfes, dann muß es zwangsläufig zu Kompetenzstreitigkeiten und Effizienzminderungen kommen. Die vom Gesetz intendierte und von uns voll bejahte und unterstützte Integration psychologischer und psychotherapeutischer Gesichtspunkte in den Klinikalltag würden dadurch nicht gefördert sondern erschwert werden.

2) Seit über 10 Jahren gibt es an den österreichischen Medizinischen Fakultäten das Lehr- und Prüfungsfach "Medizinische Psychologie und Psychotherapie" sowie entsprechende Institute bzw. Kliniken. Hier arbeiten Ärzte und Psychologen harmonisch zusammen und werden in klinischer Psychologie und Psychotherapie weitergebildet. Der Gesetzesentwurf ignoriert (aus durchsichtigen Gründen) diese Tatsache.

3) Die Paragraphen 11b (Psychologische Dienste) und 11c (Psychotherapeutische Dienste) sind offenbar nicht von praktizierenden ärztlichen Psychotherapeuten und klinischen Psychologen verfaßt und inspiriert, sondern von berufspolitischen Gruppen-Vertretern, die möglichst vielen z.Zt. arbeitslosen "Psychotherapeuten" Betätigungsfelder in den Kliniken und Krankenhäusern öffnen möchten.

Um die wünschenswerte Integration von Psychologie und Psychotherapie in die Kliniken und Krankenhäuser ohne Reibungsverluste, Kompetenzgerangel und übermäßige Kostensteigerung zu ermöglichen, schlage ich vor, die Paragraphen 11b und 11c wie folgt zusammenzufassen:

Paragraph 11b Medizinpsychologischer und psychotherapeutischer Dienst:

1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes die medizinpsychologische Betreuung und psychotherapeutische Behandlung der in

Anstaltspflege aufgenommenen Personen durch Einrichtungen eines medizinpsychologischen und psychotherapeutischen Dienstes sicherzustellen. Dieser hat nach Maßgabe der Aufgaben und Größe der Krankenanstalt entsprechende Organisationseinheiten für medizinpsychologische Dienste und psychotherapeutische Behandlung zu umfassen; entsprechende Räumlichkeiten sind bereitzustellen.

2) Im Rahmen jeder Organisationseinheit gemäß Abs. (1) müssen geeignete Ärzte und Psychologen, die den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend als klinische Psychologen bzw. als Psychotherapeuten entsprechend weitergebildet sind, in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Diese sind der Landesregierung bekanntzugeben.

3) Nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes sowie der Größe der Krankenanstalt muß der medizinpsychologische und psychotherapeutische Dienst über genügend Planstellen verfügen, um seinen diagnostischen, therapeutischen, konsiliar-psychologischen, gesundheitspsychologischen Aufgaben, zu denen auch die Supervision gehört, gerecht zu werden. Die entsprechenden Personen sind der Landesregierung bekanntzugeben.

4) Für die Leitung des medizinpsychologischen und psychotherapeutischen Dienstes sowie der einzelnen Organisationseinheiten ist ein psychotherapeutisch ausgebildeter Arzt oder ein klinischer Psychologe zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung bekanntzugeben. Für den Fall der Verhinderung ist jeweils eine in gleicher Weise qualifizierte Person vorzusehen und der Landesregierung bekanntzugeben.

5) Der medizinpsychologische und psychotherapeutische Dienst muß so organisiert sein, daß unter Tages Jederzeit ein Angehöriger dieses Dienstes erreichbar ist.

6) Medizinpsychologische und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung darf, wie alle anderen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nur mit Zustimmung Dieser Punkt kann entfallen, weil für medizinpsychologische Diagnostik und Behandlung keine anderen Maßstäbe gültig sein dürfen, wie für alle anderen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Paragraph 11e:

1) Die Träger der Krankenanstalten sind verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß den in der Krankenanstalt beschäftigten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird.

2) Für die Supervision müssen geeignete ärztliche Psychotherapeuten oder klinische Psychologen, die über eine mindestens 5-jährige Berufserfahrung sowie eine entsprechende supervisorische Weiterbildung verfügen und nach Möglichkeit nicht in den Betrieb eingebunden sind, zur Verfügung stehen."

Ergänzend zu dieser Stellungnahme möchte ich, auf Wunsch von Herrn Dr. Grünwald, dessen Kommentar zu der Stellungnahme Prof. Wesiacks anfügen:

"...da ich nach reiflicher Überlegung den Entwurf von Prof. Wesiack nicht unterzeichnen kann. Ich begründe dies wie folgt:

Ich glaube, daß Fakultäten nicht so offensichtlich Standesinteressen in den Vordergrund stellen sollten, die von der Ärztekammer ohnehin ausreichend vertreten werden. Dies vor allem dann nicht, wenn der Ton so gehalten ist, bestehende Gesetze, die auf parlamentarischen Entscheidungen beruhen, verächtlich zu machen und zudem Berufsgruppen zu diffamieren und ihnen unlautere Vorgangsweisen zu unterstellen, die letztlich ihre Ausbildung großteils auch an Universitäten erhalten haben. Ähnlich scharfe Resolutionen gegen Mediziner sind mir von anderen Fakultäten nicht bekannt und tragen auch nicht zum gewünschten kollegialen Umgang bei. Es muß doch möglich sein, die Interessen von Ärzten zu vertreten ohne daß dies in eine Beschimpfung Anderer ausartet. Ich bitte Sie höflichst, meine Distanzierung zu dieser "Beilage" festzuhalten."

IV. Kollegiale Führung:

Im Paragr. 6a wird festgehalten, daß die kollegiale Führung der Krankenanstalten durch die Leitung des ärztlichen Dienstes, der Verwaltung, der Pflegedienstes, des psychologischen und psychotherapeutischen Dienstes erfolgen soll. Die Einbindung der beiden letzten Dienste in die Leitung der Krankenanstalten erscheint als überproportionale Aufwertung und sollte unterbleiben.

V. Kostenvergütung anlässlich wissenschaftlicher Arbeiten im Auftrag Dritter (Paragr. 46, 3):

Wir gehen davon aus, daß von öffentlichen Fonds (FFWF oder andere) geförderte Forschungsprojekte nicht in die hier gemeinten wissenschaftlichen Arbeiten zählen, für die vom Rechtsträger der Krankenanstalt Vergütungen beansprucht werden können. Darüber hinaus sollten jedoch alle auch von privater Seite finanzierten Projekte von einer solchen Vergütung ausgenommen sein, wenn die Forschung nicht auf die Erzielung irgendwelcher Gewinne abgerichtet ist. Beispielsweise sollte einem durch eine private Firma bezahlten wissenschaftlichen Angestellten, der im Rahmen der Klinik wissenschaftliche Projekte ohne kommerziellen Nutzen betreibt, die Benutzung der Einrichtungen der Klinik ohne Vergütung erlaubt sein.

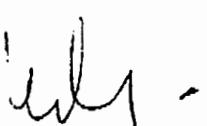
VI. Kostenlose Abschriften von Krankengeschichten etc. (Paragr. 10, Abs. 1):

Es sollte den Krankenanstalten freistehen, für Abschriften von Krankengeschichten etc. die eigenen Kosten in Rechnung zu stellen.

VII. Die Ausweitung des Paragraph 46 KAG auf die Leiter klinischer Abteilungen wird begrüßt. Da im Paragraph 46 KAG eine der wenigen noch bestehenden Bevorzugungen von Leiter-Funktionen an Universitätskliniken gegenüber Primärärzten sowie im Verhältnis zu den Gegebenheiten im Ausland gesehen wird, erscheint die Beibehaltung dieses unmittelbar anwendbaren Bundesrechtes für die Attraktivität ärztlicher Führungspositionen an Universitätskliniken und damit für das weitere Gedeihen der Medizinischen Fakultäten als sehr wesentlich.

VIII. Eine Stellungnahme zur Frage der Hygienebeauftragten kann aus Gründen der Verhinderung des Fachvertreters in dieser kurzen Begutachtungsfrist nicht gegeben werden.

Für den Dekan der Medizinischen Fakultät Innsbruck



Univ.-Prof. Dr. Peter Fritsch
(Prädekan)