

**Amt der Wiener Landesregierung**

MD-2131-1 und 2/90

Wien, 9. Oktober 1990

Entwurf eines Bundesgesetzes,  
mit dem das Krankenanstalten-  
gesetz geändert wird;  
Stellungnahme

ZI	53	ZENTWURF
		GE/90
Datum:	11. OKT. 1990	
Verteilt:	12. Okt. 1990 <i>kan</i>	

An das  
Präsidium des Nationalrates

*A. Janitsch*

Das Amt der Wiener Landesregierung beehrt sich, in der  
Beilage 25 Ausfertigungen seiner Stellungnahme zu dem  
im Betreff genannten Gesetzentwurf zu übermitteln.

Für den Landesamtsdirektor:

Beilagen

*Dr. Ponzer*

Dr. Ponzer  
Obersenatsrat



**AMT DER  
WIENER LANDESREGIERUNG**Dienststelle **MD-Büro des Magistratsdirektors**Adresse **1082 Wien, Rathaus**Telefonnummer **40 00-82125****MD-2131-1 und 2/90****Wien, 9. Oktober 1990****Entwurf eines Bundesgesetzes,  
mit dem das Krankenanstalten-  
gesetz geändert wird;  
Stellungnahme****zu Zl. 61.601/16-VI/C/16/90****An das  
Bundeskanzleramt**

Auf das Schreiben vom 16. August 1990 beehrt sich das Amt der Wiener Landesregierung, zu dem im Betreff genannten Gesetzentwurf die aus der Beilage ersichtliche Stellungnahme bekanntzugeben.

Gleichzeitig werden 25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

**Für den Landesamtsdirektor:**

Beilage

**Dr. Ponzer  
Obersenatsrat**

STELLUNGNAHME

Das Gesetzesvorhaben, mit dem eine Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung der Angebote in Krankenanstalten erreicht werden soll, wird grundsätzlich begrüßt.

Zum vorliegenden Gesetzentwurf ist zunächst allgemein folgendes festzustellen:

1) Das Krankenanstaltengesetz entspricht in vielen Belangen nicht dem Typus eines Grundsatzgesetzes. Der Bundesgesetzgeber hat diese Materie meist derart detailliert geregelt, daß für den Ausführungsgesetzgeber kaum ein Spielraum für eine an den Bedürfnissen der einzelnen Länder orientierte gesetzliche Gestaltung übrig blieb. Der vorliegende Entwurf setzt diese "Tradition" nicht nur fort, sondern geht in verschiedenen Teilbereichen sogar über die bisherige Vorgangsweise hinaus.

In diesem Zusammenhang sei beispielsweise auf die §§ 3 und 3a verwiesen, in denen der Bund über die bisherigen Bestimmungen hinaus die Voraussetzungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten eingehend regelt. In den Erläuterungen zu § 3c wird darauf hingewiesen, daß die Landesgesetzgebung die Ausführungsbestimmungen in einer dem Art. 18 B-VG entsprechenden detaillierten Weise zu erlassen hat. Bei den angeführten §§ 3 und 3a wird dies allerdings nur in einem sehr geringen Ausmaß möglich sein, wenn man nicht die Zielsetzung jeder legislativen Tätigkeit außer Acht lassen will, daß gesetzliche Bestimmungen einen gewissen Abstraktionsgrad haben sollen und sich nicht in kasuistischen Einzelregelungen verlieren sollen. Sosehr das Vorhaben der Qualitätssteigerung und Qualitätssicherung in den Krankenanstalten begrüßt wird, muß dennoch mit Entschiedenheit gefordert werden, daß sich der Bundesgesetzgeber seiner Grenzen bei der Regelung der Grundsätze des Krankenanstaltenrechts wieder bewußt wird, sich auf diese zurückzieht und den Ländern in der Ausführungsgesetzgebung jenen Freiraum einräumt, der den Ländern auf Grund der Bundesverfassung zusteht.

- 2 -

Als positives Beispiel für die Gestaltung eines Bundesgrundsatzgesetzes aus letzter Zeit wird auf das Jugendwohlfahrtsgesetz, BGBl. Nr. 161/1989, verwiesen.

2) In den Erläuterungen wird darauf hingewiesen, daß die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen auf Vorschlägen von Experten beruhen. Unabhängig von der Beiziehung von Experten ist es allerdings vor allem bei einer Grundsatzmaterie erforderlich, auch die Länder, denen ja die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung obliegt, in die Gespräche zur Erstellung des Entwurfes eines Grundsatzgesetzes einzubeziehen. Dies ist im vorliegenden Fall nicht geschehen.

Bei der Neugestaltung des Jugendwohlfahrtsrechts und der damit zusammenhängenden zivilrechtlichen Regelungen wurden beispielsweise die Länder von den zuständigen Bundesministerien bereits in einem sehr frühen Stadium laufend den Beratungen beigezogen und haben wesentlichen Anteil an der Gestaltung dieses Grundsatzgesetzes.

Es wird daher gefordert, diese Vorgangsweise der Beiziehung der Länder zur Erstellung des Grundsatzgesetzes in Zukunft vorzusehen.

3) Die Vollziehung des Krankenanstaltengesetzes ist auf Grund der vorgesehenen aufwendigen Verfahren mit einem großen bürokratischen Aufwand verbunden. Es wären in manchen Bereichen weniger aufwendige Verfahren denkbar, ohne daß damit ein Qualitätsverlust verbunden wäre. Es könnten etwa manche Genehmigungsverfahren (z.B. Bestellung des ärztlichen Leiters) in Anzeigeverfahren umgewandelt werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf setzt den bisherigen Weg des großen administrativen Aufwands in der Vollziehung fort.

Es wird daher angeregt, den Entwurf unter diesem Gesichtspunkt einer Prüfung zu unterziehen.

- 3 -

4) In den Erläuterungen finden sich mehrfach Hinweise auf die Vorfälle im Krankenhaus Lainz. Es ist sicher richtig, daß diese Vorfälle die derzeit laufende Grundsatzdiskussion über das Gesundheitswesen ausgelöst haben, die allerdings weit über den Anlaßfall hinausgeht. Es wäre aber sicher bedenklich, wenn durch die häufigen Erwähnungen der Vorfälle in Lainz in den Erläuterungen die Spitäler der Stadt Wien, deren Standard in medizinischer und pflegerischer Hinsicht in Österreich sicher beispielgebend sind, diskreditiert würden. Es wird deshalb vorgeschlagen, die mehrfachen Hinweise auf die Vorfälle in Lainz aus den Erläuterungen zu streichen.

5) Kostenaspekte hat der Bundesgesetzgeber im vorliegenden Entwurf außer Acht gelassen. Die Feststellung in den Erläuterungen (Seite 4) "daß der Gesetzesentwurf zwar auf Bundesseite zu keiner Kostenbelastung führen wird, daß sich aber Kosten für jene Träger von Krankenanstalten ergeben werden, die erst durch eine Verbesserung ihrer Organisation, insbesondere im Rahmen der personellen Ausstattung, den neuen Anforderungen gerecht werden können" und daß diese Kosten im einzelnen nicht quantifiziert werden können, vermittelt den Eindruck, daß der Bund den finanziellen Auswirkungen des vorliegenden Entwurfes keine Beachtung schenkt. Eine Quantifizierung der Mehrkosten wäre zumindest in groben Zügen möglich. Das Bundeskanzleramt verfügt auf Grund des Zahlenmaterials der Kostenrechnung über umfangreiche Informationen für den Großteil der österreichischen Krankenanstalten. Dies gilt insbesondere für die personelle Ausstattung jeder einzelnen dieser Krankenanstalten.

Die Aussage, daß sich Mehrkosten nur für die Krankenanstalten-träger und nicht für den Bund ergeben werden, ist nur rein formal richtig. Zweifellos wird ein solcher Kostenschub Rückwirkungen auf die den Bund tangierenden Belange haben, da diese Mehrkosten nicht ohne entsprechende Korrekturen auf der Erlösseite zu Lasten der Krankenversicherungsträger getragen werden können.

- 4 -

Zu den einzelnen Bestimmungen wird folgendes angemerkt:

Z 3: § 2 Abs. 2 lit. d:

Es erscheint verfrüht, ein Pflegeheimgesetz zu zitieren, welches noch nicht Bestandteil der Rechtsordnung geworden ist, zumal gegen dessen Entwurf auch kompetenzrechtliche Bedenken bestehen.

Z 7: § 3a Z 5:

Für die Erteilung der Betriebsbewilligung wird gefordert, daß nichtärztliches Personal in ausreichender Zahl vorhanden sein muß. Zwar wird an anderer Stelle (§ 11a Abs. 3) und in den Erläuterungen dazu ausgeführt, wie die "ausreichende Zahl" festzustellen ist, doch ist anzumerken, daß es gegenwärtig noch keine objektiven und allerorts gültigen Meßzahlen für den Personaleinsatz im Krankenanstaltenbereich gibt.

Z 8: § 4:

Die Normierung der Verpflichtung, jede geplante Veränderung der Krankenanstalt anzuzeigen, die die räumliche oder apparative Ausstattung betrifft, würde viele tausende Anzeigen in Wien notwendig machen. Jede Änderung der apparativen Ausstattung der Landesregierung anzuzeigen, ist sowohl für die Krankenhausverwaltung als auch für die Landesregierung bzw. das Amt der Landesregierung ein unvertretbarer Aufwand. Wenn überhaupt, sollten bloß räumliche Änderungen der Krankenanstalt angezeigt werden. Die Anzeige der Veränderung in der apparativen Ausstattung kann unterbleiben, zumal beispielsweise Röntgengeräte einem Bewilligungsverfahren nach dem Strahlenschutzgesetz unterworfen sind.

Z 10: § 6 Abs. 3 Z 2:

Es wird für den Krankenanstaltenträger nicht immer möglich sein, eine völlig unabhängige Supervision bereitzustellen, wenngleich dies sicher als Idealzustand anzustreben wäre. Es wird daher

- 5 -

vorgeschlagen, die Bestimmung "unabhängige Supervision" auf "möglichst unabhängige Supervision" oder "organisatorisch unabhängige Supervision" abzuändern. Es müßte jedenfalls sichergestellt sein, daß der Supervisor nicht in die Hierarchie der Krankenanstalt oder des Trägers unmittelbar eingebunden ist. Abschließend darf bemerkt werden, daß das derzeitige Supervisionsangebot in den Einrichtungen der Stadt Wien durchaus den Anforderungen der Unabhängigkeit vom Träger entspricht.

Z 14: § 8a Abs. 2:

Die Forderung nach Beiziehung einer Hygienefachkraft aus dem Kreis der diplomierten Krankenpflegepersonen nimmt keinen Bezug auf die Größe der Krankenanstalt und die Frage, ob der Krankenhaushygieniker tatsächlich Unterstützung durch eine Hygienefachkraft benötigt. Ebenso ist nicht erkennbar, wie die Qualifikation einer "Hygienefachkraft" beschaffen sein muß. Zur Klarstellung könnte § 8a durch folgenden dritten Absatz ergänzt werden:

'Durch die Landesgesetzgebung sind die Aufgaben bzw. die Ausbildungserfordernisse für den Krankenhaushygieniker und die Hygienefachkraft festzulegen.'

Z 15: §§ 8c und 8d:

In § 8c sollte korrekt der Wortlaut in Abs. 1 Z 1 "... medizinischen Geräte und Bedarfsartikel" anstatt "oder" lauten.

Während bisher die nunmehr bereits eingerichteten Kommissionen zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln in Krankenanstalten als Ethikkommissionen konzipiert waren, würde nunmehr auch eine Beurteilung von klinischen Prüfungen auf ihre fachlich-medizinische Rechtfertigung sowie die Beurteilung der Erfüllung der einschlägigen Rechtsvorschriften vorzunehmen sein. Während die vom Gesetz bisher als Kommissionsmitglieder berufenen Personen aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Berufserfahrung



- 6 -

eine ethische Prüfung nach entsprechender Berichterstattung durch den Prüfungsleiter einer klinischen Arzneimittelprüfung noch vornehmen konnten, so scheint eine fachlich-medizinische Beurteilung die Kommissionsmitglieder zu überfordern. Es wird darauf hingewiesen, daß lediglich der Vertreter des ärztlichen Dienstes zu einer allfälligen fachlich-medizinischen Beurteilung fähig wäre, soweit die klinische Prüfung das von ihm vertretene Sonderfach der Heilkunde beträfe. Andernfalls stünde der Abgabe eines fachlich-medizinischen Gutachtens die Bestimmung des § 13 Abs. 2 des Arztegesetzes entgegen, wonach Fachärzte ihre ärztliche Berufstätigkeit auf ihr Sonderfach zu beschränken haben. Korrekterweise könnte dieses Problem nur durch die Aufnahme einer Ausnahmebestimmung im Arztegesetz analog den Ausnahmebestimmungen für Betriebsärzte und Notärzte gelöst werden. Den anderen Mitgliedern der Kommissionen ist eine fachlich-medizinische Prüfung unmöglich und unzumutbar. Ähnlich fraglich erscheint die rechtliche Beurteilung klinischer Prüfungen. Es erscheint daher notwendig, vom Gesetz her zu gewährleisten, daß in die genannten Kommissionen entsprechend qualifizierte Mitglieder zu berufen sind.

Unabhängig davon bestehen aber auch verfassungsrechtliche Bedenken gegen den erweiterten Aufgabenbereich der Kommissionen. Eine fachlich-medizinische Prüfung und die Prüfung der Erfüllung gesetzlicher Bestimmungen sind bei klinischer Prüfung von Arzneimitteln im Arzneimittelgesetz abschließend geregelt. Es ist daher die Regelung dieser Aufgaben im Krankenanstaltenrecht verfehlt. Gleiches gilt aber auch für die fachlich-medizinische und rechtliche Prüfung von medizinischen Geräten und Bedarfsartikeln. Für diese Belange müßte der Bundesgesetzgeber nach Art. 10 Abs. 2 Z 12 (Gesundheitswesen) bundesgesetzliche Regelungen, ähnlich dem Arzneimittelgesetz, schaffen.

Z 16: § 10 Abs. 1 Z 2:

In lit. b wird vorgeschrieben, sonstige wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen und allfälligen psychotherapeutischen beziehungsweise psychologischen Betreuung in die Krankengeschichte aufzunehmen. Die Leistungen des medizinisch-technischen Dienstes, welche nicht der Krankenpflege zuzurechnen sind (Physiotherapie, Ergotherapie, Durchführung von Diäten) sind nicht berücksichtigt. Auf die Bedeutung dieser Leistungen darf ausdrücklich hingewiesen werden.

Z 17: § 10 Abs. 1 Z 4:

Die kostenlose Übermittlung von Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfleglingen an "andere Krankenanstalten, Pflegeheime und einweisende oder weiterbehandelnde Ärzte" sollte dadurch eingeschränkt werden, daß eine Übermittlung nur an jene genannten Einrichtungen oder Ärzte erfolgen soll, in deren Behandlung oder Betreuung der Betroffene steht (siehe auch § 10 Abs. 4 KAG in der Fassung des Art. I Z 19 des vorliegenden Entwurfes).

Z 21: § 11a Abs. 3:

Die hier normierte Verpflichtung der Träger von Krankenanstalten, auf der Grundlage wissenschaftlich anerkannter Methoden den Personalbedarf zu erheben und die Ergebnisse der Personalplanung zugrunde zu legen, birgt eine Reihe von Problemen in sich. Unabhängig davon, ob solche "wissenschaftlich anerkannte Methoden der Personalbedarfserhebung" derzeit schon vorhanden sind, stellt sich die Frage, ob es tatsächlich jedem Träger überlassen bleiben soll, nach den von ihm gewählten "wissenschaftlich anerkannten Methoden" den Personalbedarf zu erheben. Es werden dann sicher Krankenanstalten mit unterschiedlicher Personalausstattung und Kostenstruktur entstehen, die in ihren Leistungen und Angeboten nicht mehr vergleichbar sind, wodurch auch im Finanzierungsbereich zusätzliche Schwierigkeiten zu erwarten sind. Unter

- 8 -

diesem Gesichtspunkt scheint diese Bestimmung nicht geeignet, eine einheitliche Personalbedarfsplanung und damit einheitliche Personalstandards zu gewährleisten. Grundlagen für die Schaffung von Personalstandards müßten daher auf andere Weise, etwa auch in Gesprächen zwischen Bund und Ländern, unter Einbeziehung entsprechender Experten, geschaffen werden.

Z 22: §§ 11b und 11c:

Es darf darauf hingewiesen werden, daß die Schaffung des psychologischen beziehungsweise psychotherapeutischen Dienstes in den Krankenanstalten einen erheblichen Kostenfaktor bedeutet (Personalkosten, Räumlichkeiten). Die Regelung in § 11b Abs. 1, ausschließlich Psychologen mit der Supervision zu betrauen, sollte entfallen, da beispielsweise entsprechend ausgebildete Sozialarbeiter diese Tätigkeit ebenfalls beherrschen und auch praktizieren.

Abschließend wird mitgeteilt, daß zu dem auf den Seiten 4 und 5 des Begleitschreibens des Bundeskanzleramtes vom 16.8.1990 enthaltenen Vorschlag zur Ergänzung des § 62f KAG kein Einwand besteht."