

13/SN-324/ME

AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG

Zl. **Verf-898/3/90**

Auskünfte: **Dr. Glantschnig**

Betreff: Entwurf einer Novelle zum Kranken-
anstalten-Grundsatzgesetz:
Stellungnahme

Telefon: 0 46 3 - 536

Durchwahl **30204**

Bitte Eingaben ausschließlich
an die Behörde richten und die
Geschäftszahl angeben.

Bezug:

Zl.	57	GE/90
Datum:	24. OKT. 1990	
Verteilt:	24.10.90 Kapje	

An das

Präsidium des Nationalrates

Dr. Glantschnig

1017 WIEN

Beiliegend werden 25 Ausfertigungen der Stellungnahme des Amtes der Kärntner Landesregierung zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird, übermittelt.

Anlage

Klagenfurt, 9. Oktober 1990

Für die Kärntner Landesregierung:

Der Landesamtsdirektor:

Dr. Unkart eh.

F.d.R.d.A.

Unkart

AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG**Zl. Verf-898/3/90****Betreff:** Entwurf einer Novelle zum Kranken-
anstanalten-Grundsatzgesetz:
Stellungnahme**Bezug:****An das****Auskünfte: Dr. Glantschnig**

Telefon: 0 46 3 – 536

Durchwahl **30204**Bitte Eingaben ausschließlich
an die Behörde richten und die
Geschäftszahl angeben.**Bundeskanzleramt****Radetzkyst. 2****1031 WIEN**

Zu dem mit do. Schreiben vom 16. August 1990, Zl. 61.601/16-VI/C/16/90, übermittelten Entwurf einer Novelle zum Krankenanstaltengesetz wird seitens des Amtes der Kärntner Landesregierung nachfolgende Stellungnahme abgegeben:

Zu Z. 4 (§ 2a Abs. 1 lit. a):

Im Zusammenhang mit dieser Regelung muß darauf hingewiesen werden, daß diese Bestimmung in der Praxis nicht in allen medizinischen Sonderfächern vollziehbar erscheint, da teilweise zuwenig Fachärzte als Vertreter der Konsiliarärzte zur Verfügung stehen (Mangelfächer!).

Zu Z. 6 (§ 3):

Der in Abs. 2 verwendete Begriff "Anstaltszweck" ist vom Begriff "Leistungsangebot" nur schwer trennbar. Es erschiene besser, anstelle des Begriffes "Anstaltszweck" den Begriff "Betriebsform" zu verwenden.

Die in Abs. 3 Z. 1 vorgenommene Klarstellung, daß im Rahmen der Bedarfsprüfung das in Aussicht genommene Leistungsangebot sowie allfällige Schwerpunkte zu beachten sind, wird grundsätzlich begrüßt. Auch an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß der Begriff "Anstaltszweck" für die in § 2 Abs. 1 KAG vorgenommene Kategorisierung der Anstalten verfehlt

- 2 -

erscheint. Die Aufzählung der Anstaltsarten ist unsystematisch und wegen der teilweise überlappenden Tätigkeitsfelder für eine scharfe begriffliche Abgrenzung nicht geeignet. Die in diesem Zusammenhang genannten Kategorien entsprechen eher den im Gewerberecht geprägten Begriff der Betriebsarten mit teils gleichen, teils unterschiedlichen Rechten und Pflichten. Der Begriff "Anstaltszweck" kann nach seinem semantischen Gehalt inhaltlich nur unter Bezugnahme auf das beabsichtigte Leistungsangebot ausgefüllt werden, was in jüngster Zeit dazu führte, daß der Verwaltungsgerichtshof in seiner Judikatur die Ansicht vertrat, in Krankenanstalten eines bestimmten Typus bestehende Behandlungsmöglichkeiten seien bei der Ermittlung des Bedarfes dann nicht zu berücksichtigen, wenn die verfahrensgegenständliche Anstalt einer anderen Rechtsform zuzuordnen sei.

Es darf daher auch in diesem Zusammenhang der Vorschlag unterbreitet werden, den Begriff "Anstaltszweck" durch den Ausdruck "Betriebsform" oder "Betriebsart" zu ersetzen.

Grundsätzlich wird begrüßt, daß bereits im Bewilligungsverfahren Augenmerk auf die Sicherstellung einer erforderlichen apparativen und personellen Ausstattung der Krankenanstalt gelegt werden soll. Im Sinne einer österreichweiten Vereinheitlichung des Versorgungsniveaus müßten jedoch bundesweite Standards in geeigneter Form vorgegeben werden. Länderweise Mikrolösungen hätten unerwünschte Leistungsdisparitäten zur Folge.

Die vorgeschlagene Regelung zielt in statischer Weise auf die Sicherstellung des apparativen und personellen Ausstattungsstandards zum Zeitpunkt der sanitätsbehördlichen Bewilligung ab. In Anbetracht des raschen Fortschrittes der Medizin und Medizintechnik wäre jedoch eine dynamische Regelung erforderlich, die eine Weiterentwicklung des Ausstattungsniveaus nach Maßgabe des technischen und medizinischen Fortschrittes sichert. Diesen Intentionen erscheint die Regelung des Abs. 3 nicht gerecht zu werden.

Auch im Zusammenhang mit Abs. 3 Z. 4 muß die Vollziehbarkeit in Frage gestellt werden, weil in der Praxis die Beurteilung unmöglich erscheint.

- 3 -

ob die erforderliche apparative und personelle Ausstattung dauerhaft sichergestellt sein wird. Die erkennende Behörde müßte ohne vorgegebene Kriterien die Kreditwürdigkeit des Antragstellers prüfen. Außerdem ist davon auszugehen, daß der zum Zeitpunkt der Antragstellung gegebene apparative Standard sich im Laufe der Zeit eher weiterentwickeln und verbessern wird.

Zu Z. 7 (§ 3a bis 3c):

Die Bestimmung in § 3a Z. 5 wonach in ausreichender Zahl entsprechendes nichtärztliches Personal in Aussicht genommen ist, erscheint in Anbetracht der Bestimmungen des Art. 18 B-VG zu wenig klar determiniert.

Im Zusammenhang mit der Bestimmung des § 3b darf angeregt werden, die gegenständliche Gesetzesänderung dazu zu nutzen, ein durch keinerlei sachliche Gründe rechtfertigbares und daher gegen den Gleichheitsgrundsatz verstoßendes Privileg der Sozialversicherungsträger zu beseitigen. Die Möglichkeit der Krankenversicherungsträger, ohne sanitätsbehördliche Bewilligung und somit auch ohne Berücksichtigung des Bedarfes eine Krankenanstalt (ausgenommen Ambulatorium) im Einvernehmen mit der Österreichischen Ärztekammer bzw. Dentistenkammer und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger zu errichten, sollte in diesem Zusammenhang beseitigt werden. Die konsenslose Errichtung beispielsweise einer allgemeinen öffentlichen Krankenanstalt, durch einen Sozialversicherungsträger hätte bei gegebener Ausschöpfung des gesetzlich limitierten Bettenkontingents im jeweiligen Bundesland zur Folge, daß bereits erteilte Errichtungs- und Betriebsbewilligungen anderer bestehender Krankenanstalten durch Verringerung der Bettenanzahl abzuändern oder gar aufzuheben wären.

Es darf daher vorgeschlagen werden, die Regelung des § 3b Krankenanstaltengesetz überhaupt ersatzlos zu streichen.

Zu Z. 8 (§ 4):

Auch die in dieser Bestimmung in Abs. 3 festgelegte Privilegierung der Sozialversicherungsträger, wonach diese für den Erwerb oder die Erweite-

- 4 -

nung von Ambulatorien keine sanitätsbehördliche Bewilligung benötigen, ist abzulehnen.

Zu Z. 10 (§ 6):

Der in Abs. 3 Z. 2 geprägte Begriff der Supervision erscheint inhaltlich zu wenig bestimmt und bedürfte einer Konkretisierung. Auf Wunsch der Pfleglinge sollte diesen nicht "eine psychologische oder seelsorgerische Betreuung" sondern "sowohl eine psychologische als auch seelsorgerische Betreuung" ermöglicht werden. Eine derartige Kumulierung entspricht eher den Intentionen der Gesetzesvorlage, das Leistungsangebot an den Patienten zu erhöhen.

Im Abs. 3 Z. 1 wäre zu überlegen, ob man statt "nicht ärztlichem Personal" von "Krankenpflegepersonal" sprechen sollte.

Zu Abs. 3 Z. 3 wird bemerkt, daß die Anstaltsordnung für die Festschreibung eines Raumprogrammes eher wenig geeignet erscheint. Das Vorhandensein solcher Räumlichkeiten wäre wohl richtigerweise bereits anlässlich der Errichtungsbewilligung zu prüfen. Im übrigen gehört die vorgeschlagene Regelung in den Bereich des Arbeitnehmerschutzes, für den die Zuständigkeit in Gesetzgebung und Vollziehung dem Bund vorbehalten ist.

Zu Z. 11 (§ 7 Abs. 1 zweiter Satz):

Hier erscheint eine Präzisierung des Begriffes "hauptberuflich" erforderlich. Auch Kriterien für die Beurteilung, ab welcher Anstaltsgröße eine hauptberufliche Leitung des ärztlichen Dienstes erforderlich ist, fehlen. Vorgeschlagen wird die Klarstellung, daß dies bei Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls zutrifft.

Zu Z. 13 (§ 8 Abs. 1):

Bereits jetzt hat der Patient auf Grund der aus dem Behandlungsvertrag entspringenden Informationspflicht ein Recht auf vollständige und umfassende Information über alle im Zusammenhang mit seinem Leiden und seiner Behandlung stehenden medizinischen und pflegerischen Fragen durch den behandelnden Arzt. Der behandelnde Arzt ist hierfür auch am besten geeignet, da er die besonderen medizinischen Gegebenheiten im Einzelfall genau kennt und regelmäßig zwischen ihm und dem Patienten

- 5 -

ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht. Keinesfalls kann akzeptiert werden, daß in der Anstaltsorganisation die Erteilung von medizinischen Auskünften durch andere als den behandelnden Arzt (zufolge den Erläuterungen sogar durch einen Turnusarzt) grundsätzlich vorgesehen wird. Dies würde eine Gefährdung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Arzt sowie eine erhebliche Verschlechterung der Patientenversorgung bedueten, was wohl im Widerspruch zu den Intentionen der gegenständlichen Novelle steht.

Zu Z. 15 (§ 8c und § 8d):

Die in § 8c vorgesehene kommissionelle Beurteilung klinischer Prüfungen von medizinischen Geräten oder Bedarfsartikeln wird grundsätzlich begrüßt, es besteht jedoch ein positiv-rechtlicher Regelungsbedarf hinsichtlich der Festlegung von Prüfungskriterien, anhand derer die Kommission zu urteilen hätte. Zu denken wäre hier an eine Regelung nach dem Vorbild der deutschen Medizingeräteverordnung.

Bemerkt wird in diesem Zusammenhand, daß die Prüfungskompetenz der Kommission im Sinne der Darlegungen in den Erläuterungen eher zu weitgehend erscheint. Eine Beurteilung der Eignung chirurgischer Instrumente oder Nadeln greift jedenfalls in den Verantwortungsbereich des behandelnden Arztes ein. Derzeit fehlen jedenfalls materiell-rechtliche Grundlagen für die Tätigkeit dieser Kommission.

Die Einführung der in den §§ 6 Abs. 3 Z. 4 und 8d angeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. Qualitätskontrolle werden grundsätzlich begrüßt. Es fehlt allerdings eine nähere Determinierung der Maßstäbe, nach denen die Qualitätskontrolle vorzunehmen ist und auch die Zielrichtung für eine Qualitätssicherung fehlt. Im Hinblick auf die Zusammensetzung der in Abs. 2 genannten Kommission ist zu vermuten, daß ärztliche und pflegerische Leistungen im Vordergrund stehen sollen.

Die Durchführung einer die Behandlung begleitenden medizinischen Kontrolle der ärztlichen Leistung erscheint im Hinblick darauf, daß die Verantwortung für die Anwendung bestimmter medizinischer Methoden und Verfahren stets beim behandelnden Arzt liegt, problematisch. Für Fälle

- 6 -

von im Zuge begleitender Kontrolle auftretender fachlicher Meinungsunterschiede zwischen Kommission und behandelndem Arzt wäre ein Konfliktlösungsmodell wohl nicht zu finden.

Sollte eine Ex-Post-Kontrolle bereits durchgeführter Behandlungen im Sinne einer Revision und Leistungsbeurteilung gemeint sein, so erscheint die Einbeziehung des für die jeweilige medizinische Abteilung verantwortlichen Abteilungsvorstandes in die Kommission nicht gerechtfertigt. Dieser käme dann in die Lage, seine eigene Tätigkeit prüfen zu müssen.

Festzuhalten ist weiters, daß durch die gegenständliche Regelung der Bundesgesetzgeber in die innere Organisation des Landes als Träger der Landeskrankenanstalt aber auch in die der sonstigen Träger der Krankenanstalten eingreift. Es fehlt auch ein Gestaltungsspielraum für die Besetzung der Kommission. Durch die Vorschrift des § 8d Abs. 1, wonach die Träger von Krankenanstalten für die Durchführung von Qualitätskontrollen organisatorisch vorzusorgen haben und die im Abs. 2 getroffene Regelung, wonach die gegenständliche Kommission Voraussetzung für Maßnahmen der Qualitätskontrolle ist, wird die Errichtung der Kommission allen Krankenanstalten zwingend vorgeschrieben.

Im Zusammenhang damit wird vorgeschlagen, zum einen den Gegenstand der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle zu präzisieren und zum anderen dem Landesgesetzgeber bzw. dem Rechtsträger bei der Besetzung der Kommission entsprechende Freiräume zu eröffnen. Der Leiter der Kommission müßte jedenfalls vom Rechtsträger unabhängig sein. Eine Auswertung der Ergebnisse der Qualitätskontrolle unter Einbeziehung der jeweiligen Ärztekammer sowie des Landessanitätsrates in der vorgesehenen Form ist ebenfalls abzulehnen. Voraussetzung hierfür wäre zunächst die Vorgabe bundesweit einheitlicher Kontrollmaßstäbe, um eine vergleichende Beurteilung überhaupt zu ermöglichen. Die Ärztekammer ist im übrigen fachlich zur Beurteilung pflegerischer oder verwaltungsorganisatorischer Leistungen nicht kompetent.

In formalrechtlicher Hinsicht bleibt noch auszuführen, daß im Hinblick auf die in § 8d getroffene gesetzliche Regelung der Qualitätssicherung

- 7 -

und -kontrolle eine nochmalige Ausführung in der Anstaltsordnung, wie im § 6 Abs. 3 Z. 4 vorgesehen, überflüssig erscheint. Die Gestaltung von Zuständigkeitsbereichen der Ärztekammer gehört dem Regelungsbereich des Ärztegesetzes an. Eine grundsatzgesetzliche Regelung erscheint daher verfehlt.

Zu Z. 20 (§ 11a Abs. 2):

Auch diese Bestimmung erscheint unklar und in ihrer Vollziehbarkeit problematisch. Insbesondere ist nicht angegeben, nach welchen wissenschaftlich anerkannten Methoden der Personalbedarf beurteilt werden soll. Für den Bedarfsvergleich müßten österreichweit einheitliche Richtlinien festgelegt werden. Vor allem der Begriff "hauptberuflich" sowie die Kriterien für die Beurteilung der relevanten Anstaltsgröße müßten näher konkretisiert werden.

Zu Z. 21 (§ 11a Abs. 3):

Die Verpflichtung der Träger von Krankenanstalten, auf der Grundlage wissenschaftlich anerkannter Methoden regelmäßig den Personalbedarf zu erheben, berücksichtigt nicht den Umstand, daß solche wissenschaftlich anerkannten Methoden nicht existieren. Auch hier müßten bundesweit einheitlich Vorgaben für die Methode der Personalbedarfsermittlung auf empirischer Grundlage unter Berücksichtigung der zu erwartenden Entwicklungen erfolgen.

Zu Z. 22 (§§ 11b und 11c):

Die vorgeschlagene Regelung, wonach für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ein Gesundheitspsychologe oder klinischer Psychologe für die psychologische Betreuung und die Supervision zu bestellen ist, steht offenbar in einem Widerspruch zur Regelung des § 6 Abs. 3 Z. 2, derzufolge die Supervision vom Träger der Anstalt unabhängig zu sein hat. Der Psychologe als Landesbediensteter wäre jedenfalls weisungsgebunden.

- 8 -

Zu klären wäre weiters, ob der in § 11b Abs. 1 vorgesehene Psychologe für die psychologische Betreuung der Patienten oder der Anstaltsbediensteten vorgesehen ist. Zusätzlich wäre die Kompetenzabgrenzung zwischen Psychotherapeuten und den allenfalls an der Anstalt beschäftigten Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie zu klären.

Zu Z. 25 (§ 13 Abs. 1):

Grundsätzlich ist der Entfall des Werbeverbotes für bestimmte medizinische Behandlungsmethoden, Arzneimittel und Heilbehelfe in Krankenanstalten zu begrüßen. Die im Entwurf vorgesehene Neuregelung erscheint jedoch in dieser allgemeinen Form nicht praktikabel. So könnte beispielsweise jeder Patient, der mit der ihm angediehenen Behandlung unzufrieden ist und seiner Meinung hierüber in emotionaler Weise Ausdruck verleiht, mit einem Verwaltungsstrafverfahren verfolgt werden. Dies entspricht auch nicht den Intentionen der Novelle, die erklärtermaßen im Bereich des Gesundheitswesens die Vermittlung eines sachlichen Informationsangebotes ermöglichen will.

Es wird daher vorgeschlagen, eine Regelung in Anlehnung an die Regelungen des ersten Abschnittes des Bundesgesetzes gegen unlauteren Wettbewerb 1984 (UWG) zu suchen.

Zu Z. 29 (§ 60):

Die angestrebte Änderung der bezogenen Gesetzesstelle wird befürwortet. Unter einem sollte aber auch die Gelegenheit genützt werden, die gemäß § 60 Abs. 1 von den Bezirksverwaltungsbehörden zu überwachenden sanitären Vorschriften zu konkretisieren. Im Hinblick auf den Regelungsgehalt des ersten Teiles des KAG und den semantischen Gehalt des Begriffes "sanitär" erscheint eine solche Konkretisierung erforderlich.

Im übrigen bestehen gegen die im vorliegenden Entwurf enthaltenen gesetzlichen Bestimmungen keine Einwände. Zusammenfassend wird die Intention der Novelle grundsätzlich begrüßt, die darauf hinzielt, die Qualität der

- 9 -

Behandlung in den Krankenanstalten auf entsprechendem Niveau zu sichern. Im Hinblick auf die obigen Ausführungen wären jedoch zur Sicherung einer österreichweit einheitlichen Leistungsstruktur unter Hintanhaltung extremer Unterschiede im Versorgungsniveau sowie der angestrebten Vergleichbarkeit der Leistungserfassung und Kontrollergebnisse als Vorleistung von Bundesseite österreichweit einheitliche Standards vorzugeben.

25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme werden unter einem dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Klagenfurt, 9. Oktober 1990

Für die Kärntner Landesregierung:

Der Landesamtsdirektor:

Dr. Unkart eh.

F.d.R.d.A.



