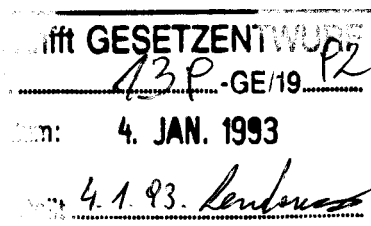


# ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Mitglied der World Medical Association

An das  
Präsidium des NationalratesParlament  
1010 WienWIEN, I.,  
Weihburggasse 10 - 12  
Postfach 213  
1011 WIEN

Unser Zeichen: Mag. D/Ka/4893/92

Ihr Schreiben vom:

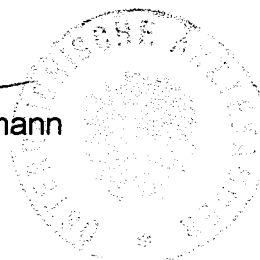
Ihr Zeichen:

Wien, am 18.12. 1992

**Betrifft: Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes,  
mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird**

In der Beilage erlaubt sich die Österreichische Ärztekammer, 25 Ausfertigungen ihrer Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird, zu übersenden.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Prim. Dr. M. Neumann  
Präsident**Beilage**

# ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

*Mitglied der World Medical Association*

An das  
Bundesministerium für Gesundheit,  
Sport und Konsumentenschutz

Radetzkystraße 2  
1031 Wien

WIEN, I.,  
Weihburggasse 10 - 12  
Postfach 213  
1011 WIEN

Unser Zeichen: Mag. D/Ka/4893/92

Ihr Schreiben vom: 30.10.92

Ihr Zeichen: GZ.21.601/  
7-II/A/5/92

Wien, am 18.12.92


Betrifft: **Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes,  
mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird**

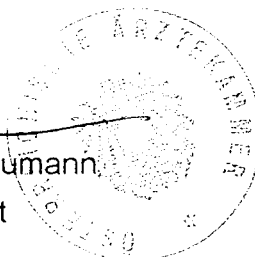
Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer erlaubt sich, in der Anlage fristgerecht ihre Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird, mit dem höflichen Ersuchen um Kenntnisnahme zu überreichen.

Wunschgemäß wurden 25 Ausfertigungen der Stellungnahme dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Mit vorzüglicher Hochachtung

  
Prim. Dr. M. Neumann  
Präsident



## **STELLUNGNAHME DER ÖSTERREICHISCHEN ÄRZTEKAMMER ZUM ENTWURF EINES BUNDESGESETZES MIT DEM DAS KRANKENANSTALTENGESETZ GEÄNDERT WIRD**

Die Österreichische Ärztekammer begrüßt einerseits die Regelung einiger wichtiger Bestimmungen des Entwurfes und muß andererseits gegen einige Bestimmungen Bedenken zum Ausdruck bringen bzw. Einwendungen erheben.

Grundsätzlich wird Einwand gegen eine derart kurze Begutachtungsfrist für einen Gesetzesentwurf von so weit reichender Bedeutung erhoben.

### ***Zu den einzelnen Bestimmungen:***

#### **Zu § 2a Abs.1, lit. a und b:**

Die ärztliche Betreuung durch Konsiliarfachärzte auf jenen medizinischen Sonderfächern, die nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt in Betracht kommen, hat gesichert zu sein.

Grundsätzlich ist diese Regelung zu unterstützen, sofern sie nicht den gesamten Schlußteil der Bestimmung ersetzen soll, sondern auf den letzten Halbsatz bezogen ist.

Klarzustellen ist ferner, daß die fachärztliche Betreuung nur durch Konsiliarfachärzte der betreffenden Sonderfächer erfolgen kann.

Die Formulierung der Bestimmung müßte zudem grammatikalisch korrekt lauten: "In den nach dem Anstaltszweck und ....."

Der Begriff Betreuung sollte um den Klammerausdruck "(Diagnose und Therapie)" spezifiziert werden.

Unbedingt erforderlich ist auch die Verpflichtung der Krankenanstalt zur Ausbildung der Turnusärzte bzw. Assistenzärzte festzulegen.

**Zu § 3 Abs. 2:**

Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt sollen den Anstaltszweck ( § 2 Abs. 1 ) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot genau bezeichnen.

Eine möglichst exakte Bezeichnung erscheint überaus zweckdienlich und wird ausdrücklich begrüßt.

**Zu § 3 Abs. 3:**

Die Neuformulierung der Bestimmung war notwendig geworden durch das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs vom 7. März 1992, GZ G 198, 200/90, mit dem u.a. § 3 Abs. 2 lit. a und die Wortfolge "die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten, bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums ( § 2 Abs. 1 Z 7 ), sofern nicht Abs. 6 anzuwenden ist, auch die zuständige Ärztekammer und" im § 3 Abs. 3 zweiter Satz als verfassungswidrig aufgehoben worden war.

Nach der Ansicht des Verfassungsgerichtshofes sind gesetzliche Regelungen, die die Erwerbsausübungsfreiheit beschränken dann zulässig, wenn sie das öffentliche Interesse gebietet und sie zur Zielerreichung verhältnismäßig sind und sachlich gerechtfertigt werden können.

In diesem Sinne ist das Mittel der Bedarfsprüfung bzw. des Konkurrenzschutzes nicht als unverhältnismäßig zu qualifizieren, um eine flächendeckende, bestmögliche medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung zu gewährleisten.

Somit kommt der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen, unabhängig vom jeweiligen Rechtsträger, vorrangige Bedeutung zu. Den privaten, nach erwerbswirtschaftlichen Kriterien geführten Krankenanstalten kommt bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nur subsidiäre Funktion zu.

Der Auftrag einer flächendeckenden und erschwinglichen medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung wird für den stationären Bereich primär durch private gemeinnützige oder öffentliche Krankenanstalten erfüllt; für den ambulanten Bereich kommen dafür auch niedergelassene Kassenvertragsärzte und kasseneigene Einrichtungen in Betracht.

Daher ist es sowohl sachlich gerechtfertigt, als auch systematisch richtig, neben den Krankenanstalten jene Einrichtungen, die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in erster Linie beitragen, in der Neuformulierung der Bestimmung zu berücksichtigen.

Die Bestimmung des § 3 Abs. 3 Z 1 trägt den oben ausgeführten Überlegungen in konsequenter Weise Rechnung und wird daher von der Österreichischen Ärztekammer befürwortet.

Gemäß § 3 Abs. 3 Z 4 hat durch die Antragsunterlagen, dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot entsprechend, der Behörde glaubhaft gemacht zu werden, daß die geplante apparative und personelle Ausstattung den Erfordernissen Rechnung trägt.

Die Angaben zur personellen Ausstattung haben unbedingt auch die (fach)ärztliche Ausstattung zu beinhalten.

#### **Zu § 3 Abs. 4:**

Im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium ist die zuständige Ärztekammer zu hören, sofern nicht § 3 b Abs. 1 und § 3 c Abs 1. und 2 anzuwenden sind.

Teil dieser Verfahren ist die Herstellung des Einvernehmens zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer. Aus dem Zitat im § 3 Abs. 4 ( § 3 b Abs. 1 ) könnte nun geschlossen werden, daß die zuständige Ärztekammer von der Behörde dann nicht mehr zu hören ist, wenn das Einvernehmen bereits hergestellt ist bzw. kein Einvernehmen zustande kommt. Es muß aber auf einem Anhörungsrecht unbedingt in dem Fall beharrt werden, wenn kein Einvernehmen mit dem Krankenversicherungsträger erzielt wird. Im übrigen wird angeregt, die unerklärliche Bevorzugung der Krankenversicherungsträger im § 3 b Abs. 1 zu überdenken. Es ist nicht einsichtig, warum beim Krankenversicherungsträger nur Ambulatorien einer Errichtungsbewilligung bedürfen und andere, stationäre Einrichtungen nicht. Die Führung von Krankenanstalten ist nicht als unmittelbare und primäre Aufgabe der Krankenversicherungsträger zu bezeichnen.

### **Zu § 3 a:**

Die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bedarf konkreter Voraussetzungen.

Dazu wird festgehalten, daß bei der nicht unbeträchtlichen Erweiterung in Z 4 gegenüber der bisherigen Bestimmung die Position des Verwaltungsleiters fehlt. Und andererseits ist auffällig, daß gemäß den Z 5 und 6 nichtärztliches Personal bzw. psychologisches und psychotherapeutisches Personal in ausreichender Zahl nachzuweisen ist, nicht aber Ärzte.

Es ist daher eine Bestimmung vorzusehen, daß auch Ärzte, getrennt nach Fachärzten, praktischen Ärzten und Turnusärzten, in ausreichender Zahl vorhanden sein müssen.

Als ausreichend kann eine ärztliche Besetzung nur dann bezeichnet werden, wenn eine fachärztliche Versorgung durch einen anwesenden Facharzt des betreffenden Sonderfaches über täglich 24 Stunden gewährleistet ist.

Neben dem psychologischen und psychotherapeutischen Personal ist in Z 6 unbedingt auch der Facharzt für Psychiatrie anzuführen.

Angeregt wird ferner, die verpflichtende Betreuung durch einen Konsiliarfacharzt für Psychiatrie für all jene Krankenanstalten, die über keine Abteilung für Psychiatrie verfügen.

### **Zu § 4:**

Durch die Präzisierung dieser Bestimmung soll es der Landesregierung künftig ermöglicht werden, geplante Veränderungen der Krankenanstalt begleitend kontrollieren zu können und im Falle wesentlicher Veränderungen einer Betriebsbewilligung zu unterwerfen.

Damit wurde einer Anregung der Österreichischen Ärztekammer entsprochen. Allerdings geben wir zu bedenken, daß gerade eine allgemeine Formulierung wie "apparative Ausstattung" oder "Leistungsangebot" zu Interpretationsproblemen führen kann. Eine konkretere Formulierung wird daher angeregt.

In Abs. 2 fehlt die Definition von "medizinisch-technischen Großgeräten".

Abs. 3 sieht eine sinngemäße Anwendung des § 3 b bei der Erwerbung oder Erweiterung von selbständigen Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers vor.

Hier ist eine Ergänzung dahingehend vorzunehmen, daß § 3 b und § 3 c für den Erwerb oder die Erweiterung von selbständigen Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers anzuwenden sind.

Als nicht ausreichend wird der Verweis in den erläuternden Bemerkungen erachtet, zu welchem die Landesgesetzgebung eine Definition der wesentlichen Änderung abzugeben hat.

### **Zu § 6:**

Die erweiterte Regelungskompetenz im Wege der Anstaltsordnung wird im Lichte der Erkenntnisse im Zusammenhang mit dem Krankenhaus Lainz von der Österreichischen Ärztekammer grundsätzlich begrüßt.

Eine rechtliche Verankerung von Dienstbesprechungen zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal erscheint aber nicht realitätsbezogen. Das erforderliche Ausmaß kann nur im Einzelfall und situationsbezogen bestimmt werden. Eine generelle Verpflichtung erscheint daher nicht notwendig und wird abgelehnt.

Die Absicherung von Patientenrechten kann teilweise als eine Festschreibung bestehender Rechte gesehen werden, als auch als eine zeitgemäße Erweiterung in humanitären Belangen.

Die Einbindung der Patientenrechte wird aus grundsätzlichen Erwägungen hinsichtlich einer verbesserten Information und Transparenz gegenüber dem Patienten, seitens der Österreichischen Ärztekammer begrüßt.

Die Benennung einer Vertrauensperson durch den Patienten, wobei die Vertrauensperson unabhängig vom familienrechtlichen Status des Angehörigen zu verstehen ist, trägt den realen Verhältnissen Rechnung und wird seitens der Österreichischen Ärztekammer begrüßt.

Die Möglichkeit auf Einsicht in die Krankengeschichte, als Recht des Patienten aus dem Behandlungsvertrag, soll durch den Betrieb der Krankenanstalt hinsichtlich der tatsächlichen Ausübung sichergestellt werden.

Eine Abänderung dieser Bestimmung erscheint angebracht und hat zu lauten, "... sichergestellt, daß Pfleger ihre Rechte auf umfassende Information über alle wesentlichen Befunde, Ergebnisse, welche in der Krankengeschichte aufliegen, erhalten können, die sowohl im Sinne einer verständlichen Aufklärung, als auch im Sinne der Übergabe schriftlicher Befunde.

Dies erscheint insofern notwendig, als der Patient nicht einfach in die Krankengeschichte Einblick nehmen darf, da dies unter Umständen zu schwerwiegenden Mißverständnissen führen könnte. Es ist bekannt, daß auch Eintragungen in der Krankengeschichte enthalten sind, welche rein persönliche Beobachtungen und Subjektivitäten des Arztes zum Ausdruck bringen, jedoch nicht als objektive Befunde zu gelten haben. Aus diesem Umstand kann abgeleitet werden, daß es für den Patienten in Einzelfällen mehr Anlaß zur Beunruhigung gibt und es zur Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses kommen kann. Andernfalls müßte in Zukunft auf die Eintragung von persönlichen Ansichten und Beobachtungen, die für den Arzt und die kontinuierliche Verfolgung des Krankenhausablaufes dienlich sind, gänzlich verzichtet werden, obwohl derartige Anmerkungen insbesondere im Bereich des psychiatrischen Patientengutes zu einem besseren Verständnis über den Zugang und die Schwierigkeiten des Patienten dient.

Keine Verletzung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht soll die Weitergabe von Informationen an die vom Patienten benannte Vertrauensperson darstellen.

Aus Gründen der Rechtssicherheit muß jedoch eine konkludente Angabe einer Vertrauensperson abgelehnt werden, vielmehr ist eine exakte, schriftliche Bezeichnung durch den Patienten erforderlich.

Eine logische Konsequenz stellt die Erweiterung der Kontaktmöglichkeiten des Patienten mit der Vertrauensperson dar, insbesondere in Konnex mit dem Recht auf ein würdevolles Sterben.

Das Recht auf Wahrung der Intimsphäre des Patienten, sowie der kindergerechten Ausstattung, werden von der Österreichischen Ärztekammer als unumgängliche Erfordernisse für eine moderne Krankenanstalt gesehen.



### Zu § 6a:

Inwieweit die Einrichtung eines psychologischen und eines psychotherapeutischen Dienstes als Argument für die Notwendigkeit der Einbindung in die kollegiale Führung herangezogen werden kann, muß seitens der Österreichischen Ärztekammer in Zweifel gezogen werden. Insbesondere unter dem Gesichtspunkt, daß die den Leitern jeweils zukommenden Aufgaben hiedurch nicht beeinträchtigt werden dürfen.

Die Einbindung des psychologischen Dienstes und des psychotherapeutischen Dienstes in die kollegiale Führung der Krankenanstalt wird von der Österreichischen Ärztekammer mit aller Vehemenz abgelehnt.

Eine derartige Erweiterung würde die ohnedies schon schwer handhabbare kollegiale Führung zu einer nicht mehr funktionierenden kollektiven Führung entwickeln.

Es darf nicht unbeachtet bleiben, daß die tatsächliche Verantwortung für den Patienten und seine Behandlung beim Arzt gelegen ist. Eine Einbeziehung in das oberste Führungsgremium einer Krankenanstalt kann nur entsprechend der Relevanz für die Patientenversorgung möglich sein.

Eine quantitative Ausweitung der kollegialen Führung bedingt unweigerlich eine Beeinträchtigung in der Entscheidungsfindung und Entscheidungsfähigkeit.

Primär hat die ärztliche und pflegerische Behandlung im Krankenhaus im Vordergrund zu stehen, so daß nur diesen Bereichen die Leitungsfunktion zukommen soll.

Angeregt wird, daß die landesgesetzlichen Vorschriften über die kollegiale Führung auch eine regelmäßige Kontrolle bezüglich der bewilligungskonformen Führung zu enthalten haben. Diese Kontrollen sollten halbjährlich durch die Sanitätsverwaltung durchgeführt werden und die Behebung aufgezeigter Mängel dem Krankenanstaltenträger verpflichtend vorgeschrieben werden.

Die Bestimmungen betreffend kollegiale Führung stehen in engem Zusammenhang mit § 11 b und c. Es wird daher auch auf die Ausführungen zu § 11 b und c verwiesen.

**Zu § 7 Abs. 4:**

Es soll die Möglichkeit der Betrauung von Absolventen naturwissenschaftlicher Studienrichtungen mit der Führung von Abteilungen, Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen geschaffen werden.

Das kann nicht akzeptiert werden, da die Berufung auf das Ärztegesetz unzutreffend ist. Während gemäß der Bestimmung im Ärztegesetz im Falle der Betrauung von Absolventen naturwissenschaftlicher Studienrichtungen die Ausbildung der Ärzte ausdrücklich einem Arzt vorbehalten ist, ist in dieser Bestimmung keine Anwesenheit eines Arztes vorgesehen. Es ist nicht vorstellbar, daß durch Absolventen naturwissenschaftlicher Studienrichtungen ärztliche Aufgaben erfüllt werden können.

**Zu § 8 Abs. 1:**

Diese Bestimmung entspricht einer langjährigen Forderung der Österreichischen Ärztekammer nach Einführung eines "Stationsarztes".

Zielsetzung dieser Regelung muß die Entlastung der Fachärzte und die regelmäßige Betreuung der Patienten einer Station sein. Speziell an Abteilungen mit Operationstätigkeit ist die Station während der Operationszeiten eher unterbesetzt. Zur postoperativen Betreuung der Patienten bzw. zur Überwachung des Heilungsverlaufes sind daher Stationsärzte einzusetzen.

Keinesfalls darf aber der Grundsatz durchbrochen werden, daß an jeder Abteilung einer Krankenanstalt jederzeit eine fachärztliche Versorgung gewährleistet sein muß.

Durch die vage Formulierung, daß für medizinische Anliegen der Pfleglinge ein Arzt zur Verfügung stehen muß, könnte eventuell abgeleitet werden, daß die stationsärztliche Aufgabe auch durch einen Turnusarzt wahrgenommen werden könnte bzw. nicht die Anwesenheit erforderlich sei, sondern nur ein Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft.

Eine entsprechende exakte Formulierung erscheint daher unbedingt notwendig.

Die Aufnahme der ärztlichen Fortbildung in diese Bestimmung muß als Bekenntnis zur dienstrechtlichen Absicherung gewertet werden. Daß allen Ärzten in Krankenanstalten die Möglichkeit zur regelmäßigen Fortbildung eingeräumt werden muß, entspricht den Intentionen der Österreichischen Ärztekammer. Nicht akzeptiert werden kann jedoch der Begriff "Fortbildungsverpflichtung". Systematisch wäre das Recht zur Fortbildung überdies besser im Bereich der Qualitätssicherung angesiedelt.

### Zu § 8a:

Grundsätzlich wird die Erweiterung dieser Bestimmung unter Einbeziehung eines Facharztes für Hygiene als Krankenhaushygieniker abgestellt auf das Leistungsangebot der Krankenanstalt, von der Österreichischen Ärztekammer begrüßt.

Die an bettenführenden Krankenanstalten weiters einzurichtende Hygienekommission stellt dagegen eine überbürokratisierte Organisationsform dar, deren Effizienz kaum über der des Teams eines Krankenhaushygienikers und einer Hygienefachkraft gelegen sein wird.

### Zu § 8 c:

Die jetzt ausdrücklich als Ethikkommission bezeichnete Kommission zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln in Krankenanstalten garantiert den notwendigen Schutz von Versuchspersonen. Darüber hinaus ist die Ethikkommission berufen, die Anwendung neuer medizinischer Methoden für einen konkreten Patienten oder eine Patientengruppe zu beurteilen.

Wobei die fachliche Kompetenz durch die Zusammensetzung der Kommission garantiert sein soll.

Die Installierung der Ethikkommission wird grundsätzlich begrüßt, doch wird angeregt, die Zusammensetzung um einen Facharzt für Pharmakologie zu erweitern und die Zahl der Kommissionsmitglieder zu limitieren. Den Mitgliedern ist Weisungsfreiheit und in medizinischen Belangen den Vertretern der Gesundheitsberufe ein qualifiziertes Quorum einzuräumen. Klarer zu definieren wäre auch die Kompetenz und durch wen die Bestellung der Mitglieder der Ethikkommission zu erfolgen hat. Wenig realistisch erscheint auch die regelmäßige Teilnahme eines Vertreters der Landessanitätsdirektion an den Sitzungen der Ethikkommissionen. In der Zusammensetzung der Ethikkommission ist auch eine Person mit ethischer Kompetenz angeführt, dies veranlaßt zur Vermutung, daß den anderen Kommissionsmitgliedern die ethische Kompetenz abgesprochen wird.

Wünschenswert wäre, daß in die Ethikkommission auch ein Vertreter der Ärztekammer entsandt werden kann, da die Ärztekammern gemäß Ärztegesetz zur Wahrung des ärztlichen Berufssehens und der ärztlichen Berufspflichten berufen sind.

### **Zu § 8 d:**

Die Etablierung von Kommissionen für Qualitätssicherung unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person mit der Aufgabe, Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, muß im Vergleich zu den oben angeführten Kommissionen differenziert betrachtet werden.

Eine eindeutige Trennung von interner Qualitätskontrolle von nachprüfender kontrollierender Aufsicht, die durch eine berufsgruppenübergreifende Kommission wahrzunehmen ist, kann nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer nicht akzeptiert werden.

Eine Komponente der Qualitätssicherung, wenn nicht sogar die Voraussetzung für alle Maßnahmen, ist die Einhaltung der Mindestzahl bei ärztlichem und nichtärztlichem Personal. Die heuristische Ermittlung von Qualitätsstandards hingegen kann nicht als sinnvoll erachtet werden.

Sicherzustellen ist, daß durch qualitätssichernde Maßnahmen in keiner Weise die ärztliche Verantwortung beeinträchtigt wird.

### **Zu § 10:**

Die Ausweitung der Krankengeschichte über den Rahmen der Dokumentation medizinischer Handlungsabläufe hinaus, auf nichtärztliche Bereiche, kann nicht in der bisherigen Konzeption der Krankengeschichte geführt werden. Es wird daher eine Trennung in einen ärztlichen und einen nichtärztlichen Bereich unbedingt erforderlich sein.

Zum "Patiententestament" kann nicht akzeptiert werden, daß der Arzt mit der Verantwortung belastet wird darüber entscheiden zu müssen, ob der Patient noch diskretions- bzw. dispositionsfähig ist.

Insgesamt wird die Anerkennung des Patiententestaments für überaus problematisch erachtet. Es wird darauf verwiesen, daß in der Bundesrepublik Deutschland gewichtige Bedenken gegen die Rechtswirksamkeit derartiger Patiententestamente vorgebracht werden, die auch für uns Gültigkeit haben. Es scheint daher bedenklich, formale Bestimmungen zu einem materiell nicht abgeklärten Rechtsinstitut zu treffen.

Gemäß Abs. 1 Z 4 soll auch Krankenanstalten, und zwar ohne Einschränkung, kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pflegelingen übermittelt werden. Wie bei den Sozialversicherungsträgern sollten Einschränkungen der Verpflichtung vorgesehen werden, daß ein Anforderungsrecht nur der Krankenanstalt zukommt, in die der Patient aufgenommen ist.

Eine Übermittlung von der Krankengeschichte an Dritte müßte an die Zustimmung des Patienten gebunden werden.

Gemäß Abs. 3 Z 1 obliegt die Führung der Krankengeschichte dem für die Behandlung verantwortlichen Arzt. Dies darf nicht als höchstpersönliche Verpflichtung interpretiert werden, er muß dazu auch andere Ärzte bzw. Turnusärzte heranziehen können.

### **Zu § 11 a Abs. 3:**

§ 11 a steht unter der Überschrift "Pflegedienst". Es ist klarzustellen, daß die Verpflichtung der Krankenanstalten auf Grundlage anerkannter Methoden, nämlich regelmäßig den zu ermittelnden Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, Abteilungen und Organisationseinheiten, nicht nur auf den Pflegedienst beschränkt sein darf, sondern unbedingt auch auf Ärzte bezogen sein muß.

Eine entsprechende Klarstellung ist vorzunehmen.

### **Zu § 11 b und 11 c:**

Grundsätzlich wird die Intention des Gesetzesentwurfes vermehrt psychologische und psychotherapeutische Ressourcen im Krankenhaus anzubieten begrüßt. Auch wird die Intention Supervision für das in Krankenanstalten beschäftigte Personal zu etablieren grundsätzlich unterstützt.

Die Form, in der dies geschehen soll, wird jedoch abgelehnt und als nicht funktionell und die Patienteninteressen schädigend bewertet. Es ist abzulehnen, daß ein eigenständiger psychologischer Dienst bzw. psychotherapeutischer Dienst vorgesehen wird. Es können wohl Zweifel darüber bestehen, daß die Berücksichtigung psychosozialer und psychischer Phänomene integraler Bestandteil medizinischen Handelns ist. Dies im besonderen Ausmaß für die medizinischen Fächer Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendneuropsychiatrie.

Gehen wir von der Definition von Strotzka 1984 aus - "Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten" (aufgrund einer standardisierten Ausbildung) zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, vorwiegend psychosozialer Verursachung (mit psychologischen Mitteln) oder vielleicht besser durch Kommunikation (vorwiegend verbal, aber auch averbal) mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie eines normalen oder abnormalen Verhaltens" - so ist Psychotherapie gleichfalls integraler Bestandteil medizinischen Handelns, wobei die Bedeutung dieses therapeutischen Ansatzes in verschiedenen medizinischen Disziplinen unterschiedlich gewichtig ist.

Ziel ist ein ganzheitlicher Verstehens- und Erklärungsansatz von körperlichen aber auch seelischen Krankheits- und Leidenszuständen. Unter diesen Gesichtspunkten sind Berufsgruppen wie Psychologen, Psychotherapeuten zu integrieren; ihre diagnostischen und therapeutischen Beiträge sind in ein umfassendes Gesamtbetreuungskonzept als Bausteine miteinzubeziehen.

Nach den vorgeschlagenen Bestimmungen und Bemerkungen ist unklar, wann der psychologische Dienst bzw. der psychotherapeutische Dienst tätig wird: ob auf Zuweisung der Ärzte oder selbständig, wann immer der Psychotherapeut bzw. Psychologe es für nötig hält oder wenn der Patient es wünscht oder zwangsweise. Hier fehlt eine exakte Definition, die unumgänglich nachzureichen wäre.

Es wird daher folgendes System vorgeschlagen: der psychologische Dienst wird nur aufgrund ärztlicher Zuweisung oder Anordnung tätig. Der psychotherapeutische Dienst wird prinzipiell nur nach psychiatrischer Diagnostik tätig, da nur ein Facharzt für Psychiatrie die erforderliche Ausbildung besitzt, die entsprechende Therapieform zu empfehlen und den Patienten psychiatrisch abzuklären. In diesem Sinne wäre es allerdings notwendig, verpflichtend einen psychiatrischen Konsiliardienst einzurichten.

Es sei auch darauf hingewiesen, daß aus medizinischer Sicht keine länger dauernden Psychotherapien im Krankenhaus bei körperlichen Erkrankungen durchgeführt werden können, da einerseits oft das Krankheitsbild einer gleichzeitigen Therapie abträglich ist, andererseits die Aufenthalte für länger dauernde Therapien zu kurz sind, und eine längere Verweildauer aus verschiedensten Gründen nicht möglich ist.

Die Österreichische Ärztekammer verwehrt sich entschieden dagegen, daß sowohl in § 11 c Abs. 2 als auch in § 11 e Abs. 2 nicht auf die psychotherapeutische Qualifikation, sondern auch die Ausbildung im Rahmen des Psychotherapiegesetzes abgestellt wird. Es kann nicht angehen, daß Ärzte mit psychotherapeutischer Ausbildung, die sich, aus welchen Gründen auch immer, nicht in die Liste der Psychotherapeuten eintragen lassen, von diesen Tätigkeiten ausgeschlossen bleiben, obwohl sie fachlich dazu bestens geeignet wären. Es kann wohl nicht so sein, daß nach Fehlschlagen des Versuches, durch entsprechende Interpretation den Bereich Psychotherapie bei den Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapiegesetzes zu monopolisieren, nunmehr die Monopolisierung durch sachlich nicht gerechtfertigte Berufseinschränkung in anderen Gesetzen, im Wege des Krankenanstaltengesetzes für den Bereich der Spitäler, versucht wird zu erreichen.

Um die wünschenswerte Integration von Psychologie und Psychotherapie in Kliniken und Krankenhäusern ohne Reibungsverluste, Kompetenzgerangel und übermäßige Kostensteigerungen zu ermöglichen, schlägt die Österreichische Ärztekammer vor, die Bestimmungen der § 11 b und § 11 c unter dem Titel "Medizin psychologischer und psychotherapeutischer Dienst" zusammenzufassen.

### Zu § 11 e:

Die Einführung der Supervision für das Personal ist grundsätzlich sinnvoll. Die Schaffung einer Möglichkeit einer psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung ist zwar grundsätzlich positiv zu sehen, jedoch sollten diese Dienste nicht überbewertet werden. Außerdem sollte unbedingt eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychologen bzw. Therapeuten festgelegt werden, wobei auch hier die letzte Entscheidungskompetenz im Falle divergenter Therapieansätze beim Arzt liegen muß.

Was den Bereich Supervision anlangt, so wird festgehalten, daß es eine Fülle von Ärzten mit zusätzlicher Berufsbezeichnung "Psychotherapeut/Psychotherapeutin" gibt, sowie Ärzte, die eine anders ausgewiesene psychotherapeutische Kompetenz aufweisen. Diese Gruppe sollte gleichfalls für die Supervision herangezogen werden. Die Organisation von Supervisionen im Krankenhaus soll bei den medizinischen Direktionen in Zusammenarbeit mit den einschlägigen Fachabteilungen verbleiben.

Eine Organisationsform, wie vorgeschlagen, würde nicht den Beginn, sondern das Ende der Interdisziplinarität bedeuten.

In diesem Sinne wäre auch § 11 e Abs. 2 zu überarbeiten um klarzustellen, daß für die Supervision geeignete ärztliche Psychotherapeuten oder klinische Psychologen, die über eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung sowie eine entsprechende supervisorische Weiterbildung verfügen und nach Möglichkeit nicht in einem Betrieb eingebunden sind, zur Verfügung stehen müssen.

Ganz allgemein sollte der Zusatz aufgenommen werden, das prinzipiell die Einrichtung von Stationen für stationäre Psychotherapie an psychiatrischen Abteilungen vorzunehmen sind, sowie Stationen für psychosomatische Erkrankungen an allgemeinen Krankenanstalten, da diese besser geeignet wären, die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, als durch vage Bestimmungen über den psychologischen und den psychotherapeutischen Dienst.



Durch die vorgeschlagene Bestimmung ist eine Kostensteigerung für den Spitalerhalter unerlässlich und es liegt im übrigen die Vermutung nahe, daß damit auch beschäftigungslose Psychologen untergebracht werden sollen. Letztlich hätte die Einführung des psychologischen bzw. psychotherapeutischen Dienstes die äußerst negative Möglichkeit in sich, daß die Patientenbehandlung in eine psychische und in eine somatische Komponente zweigeteilt wird. Dies widerspricht jeder einschlägigen fachlichen Erkenntnis der letzten Jahrzehnte.

### **Zu § 13 Abs. 1:**

Die Liberalisierung der Werbebestimmung entspricht im wesentlichen der Modifizierung der adäquaten Bestimmung des Ärztegesetzes. Es besteht kein Einwand gegen die Neuformulierung.

Gleich der im Ärztegesetz verankerten Ermächtigung sollte auch dem Landesgesetzgeber entweder in den Landesgesetzen selbst oder im Wege von Verordnungen der Landesregierung die Ermächtigung eingeräumt werden, nähere Ausführungen zu den Werbebestimmungen zu erlassen.

### **Zu § 16 Abs. 2:**

Auf Wunsch sollen Pfleglinge der Sonderklasse durch einen bestimmten Facharzt der Krankenanstalt persönlich behandelt werden können.

Dem wird grundsätzlich zugestimmt, doch sollte im Grundsatzgesetz verankert werden, daß dem behandelnden Arzt eine Sondergebühr zukommen soll.

**Zu § 46 Abs. 1:**

Vorstände von Universitätskliniken und Leiter von klinischen Abteilungen können mit Pflegenden der Sonderklasse ein besonderes Honorar vereinbaren, wenn diese Personen auf eigenen Wunsch durch den Klinikvorstand oder Leiter der klinischen Abteilung persönlich behandelt werden. Nunmehr soll eine Regelung getroffen werden, daß bei Inanspruchnahme von Universitäts- oder Anstaltspersonal im Zusammenhang mit einer derartigen Behandlung diesem ein angemessener Anteil an diesem Honorar zukommen soll. Eine Beteiligung am besonderen Honorar kann nur ärztlichem Personal zukommen.

**Zu § 60 Abs. 2:**

Auch ohne schriftlichen Auftrag sollen nunmehr Organe der örtlichen Bezirksverwaltungsbehörde jederzeit und unangemeldet zu allen Räumlichkeiten, Apparaten und sonstigen Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt Zutritt haben.

Inwieweit die strengen Maßnahmen der sanitären Aufsicht durch die Erkenntnisse aus den Vorfällen im Krankenhaus Lainz gerechtfertigt sind, muß in Zweifel gezogen werden.

Mag. D/Dr. C/Ka

16.12.1992