

## AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG

Abteilung 2V/Verfassungsdienst

Zl. Verf-1490/8/1992

Auskünfte: Dr. GLANTSCHNIG

Tel.Nr.: 0463-536

Dw.: 30204

Bezug:

Betrifft GESETZENTWURF	
1. 139 -GE/19	12
Datum: 7. JAN. 1993	
Stell: 08. Jan. 1993	

Bitte Eingaben ausschließlich  
an die Behörde richten und die  
Geschäftszahl anführen.Betreff: Entwurf eines Gesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert  
wird; Stellungnahme

An das

Präsidium des Nationalrates

1017 WIEN

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

Anlage

Klagenfurt, 31. Dezember 1992  
Für die Kärntner Landesregierung:  
Der Landesamtsdirektor:  
Dr. Sladko eh.

F.d.R.d.A.  


# AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG

Abteilung 2V/Verfassungsdienst

Zl. Verf-1490/8/1992

Auskünfte: **Dr. GLANTSCHNIG**

Tel.Nr.: 0463-536

Dw.: 30204

Bezug:

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

Betreff: Entwurf eines Gesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert  
wird; Stellungnahme

**An das**

**Bundesministerium für  
Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz**

**Radetzkystraße 2  
1031 WIEN**

Zu dem mit do. Schreiben vom 30. Oktober 1992, GZ. 21.601/7-II/A/5/92, übermittelten Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird, nimmt das Amt der Kärntner Landesregierung Stellung wie folgt:

## I.

### Grundsätzliche Bemerkungen

Einer der wesentlichen Inhalte der vorgeschlagenen Novelle zum Krankenanstaltengesetz besteht in der grundsatzgesetzlichen Umsetzung jener Expertenforderungen, die im Zusammenhang mit den Vorfällen im Krankenhaus Lainz erhoben wurden. So sehr jegliche Verbesserung im Interesse des Patientenwohles befürwortet und unterstützt wird, bildet es eine wesentliche Aufgabe verantwortungsbewußter politischer Entscheidungsfindung, die Finanzierbarkeit von vorgeschlagenen Veränderungen zu hinterfragen. In den Erläuternden Bemerkungen zum vorgelegten Gesetzentwurf wird lapidar bemerkt, daß die vorgeschlagenen Verbesserungen auf der Seite der betroffenen Spitalsträger zweifellos zu einem

Mehraufwand führen, der im jeweiligen Einzelfall freilich davon abhängt, welcher konkrete Nachholbedarf besteht. Es wird überdies darauf hingewiesen, daß zahlreiche Maßnahmen (zB. die verbesserte psychologische und psychotherapeutische Versorgung) langfristig auch zu Einsparungen im Gesundheits-Versorgungssystem führen werden.

In Anbetracht der beträchtlichen Steigerung des Gesamtaufwandes im Spitalsbereich in den letzten Jahren denen Leistungssteigerungen der Sozialversicherung lediglich im Ausmaß ihrer Beitragseinnahmensteigerung gegenüberstehen, hat sich eine Erhöhung des Abganges für die Spitalsträger von jährlich mehr als 20 % ergeben, weil der Kostendeckungsgrad der Sozialversicherung trotz der zusätzlichen Leistungen des KRAZAF gegenüber der Ausgangsposition des Jahres 1978 von 60 % auf knapp über 50 % für das Jahr 1993 fallen wird.

Beim derzeit geltenden System der Krankenanstaltenfinanzierung bedingen demnach alle Maßnahmen, die Zusatzkosten verursachen, eine Belastungsverlagerung auf die Länder (und Gemeinden). Die mit der gegenständlichen Novellierung verbundene zusätzliche Kostenbelastung müßte demnach mit der in der geltenden KRAZAF-Vereinbarung in Aussicht genommenen Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung in Verbindung gebracht werden.

#### DURCH DEN ENTWURF VERURSACHTER ZUSATZAUFWAND

Die zu erwartenden Kostenfolgen durch den gegenständlichen Vorschlag lassen sich wie folgt konkretisieren:

##### 1. Durch die Einrichtung und Tätigkeit

- a) einer Kommission für die Qualitätssicherung,
- b) eigenständiger Organisationseinheiten für den psychotherapeutischen und psychologischen Dienst,
- c) der im § 8c KAG normierten Ethikkommission zusätzlich auch zur klinischen Prüfung medizin-technischer Geräte und medizin-technischer Methoden,

d) eines Hygieneteams und einer Hygienekommission, wobei insbesondere die Hygienefachkraft auch in kleinen Krankenanstalten hauptberuflich tätig sein soll,

entsteht den Kärntner Krankenanstalten jedenfalls zusätzlicher Verwaltungsaufwand (Personal- und Sachmittelkosten).

Eine Einschätzung der Höhe des dadurch verursachten zusätzlichen Aufwandes kann derzeit nicht konkretisiert erfolgen, da teils das Grundsatzgesetz die jeweiligen Aufgabenbereiche nicht hinreichend umschreibt (bei Hygieneteam und Hygienekommission), teils die rechtlichen Grundlagen für die Tätigkeit dieser Kommissionen noch nicht bestehen (EWR-Abkommen, Medizin-Geräteverordnung) und teils eine Konkretisierung des Aufgabenbereiches erst durch den Ausführungsgesetzgeber zu erfolgen hätte.

2. Potentielle Mehrkosten werden auch durch die vorgesehene Bestimmung des § 11a Abs. 2 KAG, wonach die Leitung des Pflegedienstes in Abhängigkeit von der Anstaltsgröße hauptberuflich auszuüben ist, verursacht. Da die Novelle keine Kriterien zur Beurteilung der Voraussetzungen vorgibt und eine inhaltliche Ausgestaltung des Begriffes "hauptberuflich" fehlt, kann erst nach erfolgter ausführungsgesetzlicher Konkretisierung beurteilt werden, ob und allenfalls in welchem Ausmaß tatsächlich Mehrkosten im Bereich der Kärntner Landeskrankenanstalten eintreten.
3. Die in Z. 5 (§ 4) erfolgte Ausweitung der sanitätsbehördlichen Bewilligungspflicht auch auf andere als bauliche Veränderungen der Anstalt wird jedenfalls eine bedeutende Ausweitung der Behördentätigkeit und des damit verbundenen Personal- und Sachmittelaufwandes zur Folge haben. Auch die Einräumung der Parteistellung für Sozialversicherungsträger und die gesetzlichen Interessenvertretungen der privaten Krankenanstalten im Bedarfsprüfungsverfahren läßt eine erhebliche Verlängerung der Verfahrensdauer und somit eine Erhöhung der Verfahrenskosten aber auch der durch die verzögerte Realisierung dem jeweiligen Antragsteller entstehenden Opportunitätskosten erwarten. Auch hier ist eine Quantifizierung derzeit nicht möglich.

4. Der Entfall der KRAZAF-Zuschläge für Ausländer bedeutet Mindereinnahmen in den Kärntner Landeskrankenanstalten von ca. S 1,9 bis S 2,1 Mio., die Befreiung von Aufenthaltskostenbeiträgen im Zusammenhang mit der Mutterschaft schlägt sich mit ca. S 1,4 bis S 2,1 Mio. negativ zu Buche.

### **Zu den einzelnen Bestimmungen**

#### **1. Zu Z. 3. (§ 3):**

Die in dieser Bestimmung vorgenommene Neuregelung der Bedarfsprüfung im Hinblick auf das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 7. März 1992, wonach auch das bereits vorhandene Leistungsangebot öffentlicher und privater gemeinnütziger Krankenanstalten mitzubersichtigen ist, wird grundsätzlich begrüßt. An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, daß die Bezeichnung "Anstaltszweck" für die in § 2 Abs. 1 KAG vorgenommene Kategorisierung der Krankenanstalten verfehlt erscheint. Die Aufzählung der Anstaltsarten ist unsystematisch und wegen der teilweise überlappenden Tätigkeitsfelder für eine scharfe begriffliche Abgrenzung nicht geeignet. Die hier genannten Kategorien entsprechen eher dem 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. Diese verfehlt Terminologie führte dazu, daß der Verwaltungsgerichtshof in seiner Judikatur die Ansicht vertrat, in Krankenanstalten eines bestimmten Typs bestehende Behandlungsmöglichkeiten seien bei der Ermittlung des Bedarfes dann nicht zu berücksichtigen, wenn die verfahrensgegenständliche Anstalt einer anderen Rechtsform zuzuordnen ist.

Es wird daher vorgeschlagen, den Begriff des Anstaltszweckes durch den Terminus "Betriebsart" im § 3 Abs. 2 zu ersetzen und im § 3 Abs. 3 Z. 1 bei der Definition der einer Bedarfsprüfung zugrunde zu legenden Kriterien auf die Bezugnahme darauf überhaupt zu verzichten.

Auch die Berücksichtigung niedergelassener Ärzte im Rahmen der Bedarfsprüfung für selbständige Ambulatorien wird begrüßt, da diesen in der Praxis für die extramurale Versorgung von Patienten eine wohl zumindest gleiche Bedeutung zukommt, wie den selbständigen Ambulatorien. Im Hinblick auf das

Wahlärzteprinzip, vor allem aber auch auf die grundlegenden Unterschiede der Rechtsnatur des Öffentlichkeitsrechtes und eines Kassenvertrages sollten alle Ärzte und Dentisten und nicht bloß solche mit Kassenverträgen berücksichtigt werden. Die Landesregierung verleiht das Öffentlichkeitsrecht im freien Ermessen bei Vorliegen der gesetzlich definierten Voraussetzungen und kontrolliert somit das Leistungsangebot öffentlicher Krankenanstalten. Der Abschluß bzw. die Kündigung von Kassenverträgen hingegen ist als privatrechtlicher Akt der Vertragspartner zu werten. Das Leistungsangebot der extramuralen Kassenvertragspartner ist daher von der Landesregierung nicht beeinflussbar; die Versorgungssicherheit ist nicht in jenem Maße gegeben, wie dies im stationären Bereich durch öffentliche Krankenanstalten garantiert wird. Gerade die anlässlich der Kündigung des Gesamtvertrages der Kärntner Ärztekammer mit der Kärntner Gebietskrankenkasse im Jahre 1992 geführten Verhandlungen haben gezeigt, daß sowohl ein vertragsloser Zustand als auch der Abschluß von Kassenverträgen mit allen niedergelassenen Ärzten als ernsthafte Optionen in Betracht gezogen werden müssen.

Angesichts der von den gesetzlichen Sozialversicherungsträgern geübten Praxis, Kassenverträge erst nach Vorliegen der Errichtungsbewilligung für eine Krankenanstalt abzuschließen, läßt sich außerdem zum Zeitpunkt der Bescheiderlassung nicht beurteilen, ob überhaupt bzw. mit welchen Kassen allenfalls ein Vertragsabschluß zustande kommt und welche Vertragsärzte und Dentisten daher im Bedarfsprüfungsverfahren Berücksichtigung zu finden hätten. Weiters könnte die Gelegenheit genutzt werden, die Bestimmungen des geltenden § 3 Abs. 2 lit. d (dies entspricht § 3 Abs. 3 Z. 5 der Novelle) durch eine nähere Umschreibung der Bedenken gegen den Bewerber zu präzisieren, deren Vorliegen die Erteilung einer Errichtungsbewilligung ausschließen.

## 2. Zu Z. 4 (§ 3a):

- a) Gegen die in Z. 4 dieser Bestimmung vorgesehene verpflichtende Einrichtung eines psychologischen bzw. psychotherapeutischen Dienstes nach Maßgabe des Leistungsangebotes für bettenführende Krankenanstalten besteht grundsätzlich kein Einwand. Die grundsatzgesetzliche Verpflichtung zur Einrichtung bestimmter Organisationseinheiten sowie zur öffentlichen Ausschreibung dafür vorgesehener Leitungspositionen ist jedoch als zu weitgehend abzulehnen. Vielmehr sollte dem Rechtsträger ein Freiraum für die Gestaltung einer den jeweiligen Verhältnissen im Einzelfall optimal angepaßten Organisationsstruktur gegeben werden. Die Aufnahme der Leitung des psychologischen Dienstes und

des psychotherapeutischen Dienstes in die kollegiale Führung wird aus folgenden Gründen abgelehnt:

- aa) Nach Auffassung des Landes Kärnten müßte die medizinische Gesamtverantwortung für alle in die Behandlung des Patienten einfließenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in einer Hand, nämlich der ärztlichen bleiben. Psychologen und Psychotherapeuten sollten als Mitglieder des Behandlungsteams die ärztliche Kompetenz erweitern, nicht jedoch ersetzen. Ein schwerwiegender Mangel der vorliegenden Novelle wird darin erblickt, daß zum Umfang bzw. der Abgrenzung der Kompetenzbereiche von Arzt, Psychologe und Psychotherapeut keinerlei Aussage getroffen wird. Die vorgesehene Organisationsform scheint dem Psychologen und Psychotherapeuten eine zu weitgehende eigenständige diagnostische und therapeutische Verantwortung zuzuordnen. Um zu verhindern, daß durch unterschiedliche fachliche Standpunkte unlösbare Kompetenzkonflikte zwischen Arzt, Psychologen und Psychotherapeuten eine wirksame Behandlung des Patienten gefährden, ist vom Grundsatzgesetzgeber eine klare Aussage über die medizinische Letztverantwortung des Arztes zu fordern;
- bb) es sollte eine unnötige Aufblähung der Anstaltsleitung und damit eine Verlangsamung der Entscheidungsprozesse vermieden werden.
- b) Grundsätzlich wird begrüßt, daß bereits im Bewilligungsverfahren Augenmerk auf die Sicherstellung der erforderlichen personellen Ausstattung der Krankenanstalten gelegt wird und diese durch fortschreitende Personalbedarfsermittlung in dynamischer Weise nach Maßgabe des technischen und medizinischen Fortschrittes angepaßt werden soll. Es ist jedoch festzuhalten, daß die in Artikel I Z. 20 angesprochenen "anerkannten Methoden" zur Personalbedarfsermittlung derzeit noch für keine der angeführten Berufsgruppen existieren. Gerade die in den Erläuterungen angeführten ausländischen Lösungen sind wegen der grundsätzlich anders gearteten Verhältnisse auf Österreich nicht ohne weiteres übertragbar. Im Sinne einer österreichweiten Vereinheitlichung des Versorgungsniveaus müßten daher bundesweite Standards in geeigneter Form vorgegeben werden. Länderweise Mikrolösungen hätten unerwünschte Leistungsdisparitäten zur Folge.

c) Jedenfalls muß davon ausgegangen werden, daß die Präzisierung der Begriffe "ausreichende Zahl" in den Z. 5 und 6 Gegenstand der den Ländern vorbehaltenen Ausführungsgesetzgebung ist.

3. Zu Z. 4 (§§ 3b und 3c):

Die Neuregelung in § 3c Abs. 2, wonach nicht nur im Verfahren zur Bewilligung der Errichtung eines Ambulatoriums, sondern darüber hinaus auch jeder anderen Art von Krankenanstalten die zuständige Ärztekammer bzw. Dentistenkammer und außerdem auch die gesetzlichen Interessensvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger Parteistellung haben sollen und das Recht der Beschwerde gemäß Artikel 131 Abs. 2 B-VG ist mangels sachlicher Begründung abzulehnen und hätte nur beträchtliche Verzögerungen zur Folge. Dies steht im übrigen in Widerspruch zur Rechtsauffassung des Verfassungsgerichtshofes, wonach öffentliche Krankenanstalten den Schutz des Bedarfsprüfungsverfahrens erhalten sollen, während private Krankenanstalten den Regeln des freien Wettbewerbes unterworfen sind. In der obzitierten Bestimmung fehlt darüber hinaus auch die Präzisierung, welche Sozialversicherungsträger als betroffen anzusehen sind und nunmehr Parteistellung im Bedarfsprüfungsverfahren erhalten sollten.

Wie bereits ausgeführt, kann im Hinblick auf den üblicherweise nach Erteilung der Errichtungsbewilligung erfolgten Abschluß von Kassenverträgen mit dem Rechtsträger der Krankenanstalten zum Zeitpunkt der Bescheiderlassung im Regelfall noch keinerlei Aussage darüber getroffen werden, ob überhaupt und gegebenenfalls welche Sozialversicherungsträger durch die Neuerrichtung einer Krankenanstalt berührt werden.

Im Zuge der vorliegenden Gesetzesnovelle sollte zudem die Gelegenheit genutzt werden, ein durch keinerlei sachliche Gründe gerechtfertigtes 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 zu errichten, wäre unbedingt zu beseitigen. Die konsenslose Errichtung oder auch nur Erweiterung beispielsweise einer allgemeinen öffentlichen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger hätte sowohl nachteilige wirtschaftliche Auswirkungen auf bestehende öffentliche Krankenanstalten mit gänzlicher oder teilweise identischem Leistungsangebot.



Es wird daher vorgeschlagen, die Regelung der §§ 3b und 3c Abs. 1 ersatzlos zu streichen.

Im übrigen ist nicht einsichtig, welchen Zweck dem die im § 3c Abs. 3 erfolgte Einräumung der Stellung von Beteiligten für bestimmte berufliche Interessensvertretungen dienen soll. Diese Bestimmung könnte ebenfalls entfallen.

4. Zu Z. 5 (§ 4):

Die Absicht, neben geplanten räumlichen Veränderungen nunmehr auch jede geplante Veränderung der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes für anzeigepflichtig zu erklären, scheint als zu weitgehend. Nach der vorliegenden Formulierung wären sogar Neuanschaffungen medizinischer Geräte, die lediglich den Ersatz bereits vorhandener Apparate dienen sollten, zu melden. Es wäre durch eine geeignete Formulierung sicherzustellen, daß lediglich jene Veränderungen, die mit einem wesentlichen Wandel der Behandlungsmöglichkeiten für die Krankenanstalt verbunden sind, als anzeigepflichtig festgelegt werden. Andernfalls wäre eine erhebliche Belastung sowohl der Krankenanstalten als auch der zuständigen Behörden durch unnötigen administrativen Aufwand zu erwarten.

5. Zu Z. 7 (§ 6):

Zu Abs. 3 Z. 2 wird bemerkt, daß die Anstaltsordnung schon rechtssystematisch nicht für die Festschreibung von Personalräumlichkeiten geeignet erscheint. Das Vorhandensein solcher Räumlichkeiten wäre wohl richtigerweise bereits anlässlich einer Erteilung der Errichtungsbewilligung zu prüfen. Im übrigen gehört die vorgeschlagene Regelung in den Bereich des Arbeitnehmerschutzes bzw. Bedienstetenschutzes der nicht den im Gegenstand wahrgenommenen Kompetenztatbestand zuzuordnen ist.

6. Zu Z. 8 (§ 6a):

Wie bereits in den Bemerkungen zu Z. 4 (§ 3a) zum Ausdruck gebracht wurde, wird die Aufnahme der Leitung des psychologischen Dienstes und des psychotherapeutischen Dienstes in die kollegiale Führung abgelehnt. Auf die dort vorgebrachte Begründung darf verwiesen werden.

7. Zu Z. 10 (§ 7 Abs. 4):

Die Möglichkeit, auch Absolventen naturwissenschaftlicher Studienrichtungen mit der Führung von Organisationseinheiten in Krankenanstalten zu betrauen, erscheint in der vorgeschlagenen Form nicht praktikabel. Im Hinblick auf die der Krankenanstalt vorgegebene Aufgabenstellung der Behandlung von Patienten sowie den Umfang der mit den diversen naturwissenschaftlichen Studien vermittelten Fachkompetenzen erscheint in fachlicher Hinsicht lediglich der Laborbereich von Krankenanstalten für die Leitung durch einen qualifizierten Chemiker in Betracht zu kommen. Im Hinblick auf das Bestehen des Sonderfaches für Medizinische Labordiagnostik verbleibt für die Anwendung der vorgeschlagenen Regelung somit kein Raum.

8. Zu Z. 12 (§ 8a):

Im Zusammenhang mit der in dieser Regelung vorgesehenen Einrichtung eines Krankenhaushygienikers bzw. Hygienebeauftragten ist im Sinne der eingangs der Stellungnahme vorgebrachten grundsätzlichen Bemerkungen festzuhalten, daß aus fachlicher Sicht gegen die Regelung kein Einwand erhoben wird, allerdings in Anbetracht der damit verbundenen zusätzlichen Kosten eine bedarfsgerechte Gestaltungsmöglichkeit grundsatzgesetzlich offengelassen werden müßte. Eine hauptberufliche Tätigkeit der Hygienefachkraft dürfte zumindest in kleineren Krankenanstalten im Hinblick auf den quantitativ geringeren Umfang der Aufgabenstellung nicht rechtfertigbar sein. Gerade hier sollte die Möglichkeit eröffnet werden, die Hygienefachkraft zusätzlich auch im Krankenpflegefachdienst einzusetzen.

Die Bildung eines Hygieneteams und darüber hinaus einer Hygienekommission sollte angesichts der damit verbundenen Personalkosten unterbleiben. Es bleibt dem Krankenhaushygieniker unbenommen, in Ausübung seiner Tätigkeit das Einvernehmen mit den betroffenen Fachkräften anderer Berufsgruppen im notwendigen Umfang auch ohne die Bildung eines formalen Hygieneteams herzustellen. Außerdem erscheint der jeweilige Kompetenzbereich eines solchen Teams oder einer solchen Kommission im vorliegenden Entwurf nicht hinreichend präzise abgegrenzt. Unbedingt abzulehnen ist, daß Beschlüsse der Hygienekommission von der kollegialen Führung ohne Möglichkeit zur inhaltlichen Mitgestaltung nur noch umzusetzen wären und somit die Kompetenz der Anstaltsleitung in wesentlichen Bereichen ausgefüllt würde.

9. Zu Z. 13 (§ 8c):

Gegen die Ausweitung der Kompetenz der Ethikkommissionen auf die Anwendung neuer medizinischer Methoden und neuer Medizinprodukte besteht grundsätzlich kein Einwand. Allerdings wäre im Hinblick darauf, daß den Erläuterungen zufolge die klinische Prüfung der Medizinprodukte nach den erst in Zukunft im Europäischen Wirtschaftsraum geltenden einheitlichen Regeln erfolgen soll, durch eine entsprechende Übergangsbestimmung das Inkrafttreten dieser Regelung erst ab dem tatsächlichen Vorliegen grundsätzlicher Richtlinien (zB. einer Medizin-Geräteverordnung) sicherzustellen.

Weiters wäre zu klären, welcher Raum der aus Vertretern unterschiedlichster Berufsgruppen zusammengesetzten Ethikkommission bei der Beurteilung neuer medizinischer Methoden verbleibt. Während es bei der Beurteilung medizinischer Geräte oder Medikamente darum geht, dem in technischer und pharmazeutischer Hinsicht nicht entsprechend ausgebildeten Arzt die Gewähr zu geben, über verlässliche Hilfsmittel zur Behandlung zu verfügen, stellt die Beurteilung medizinischer Methoden ein ureigenstes Aufgabengebiet der medizinischen Wissenschaft dar. Darüber hinaus gibt es derzeit keine der Arzneimittelprüfung vergleichbare, formelle behördliche Zulassung bestimmter medizinischer Methoden, sodaß unklar ist, was im Sinne der Bestimmung unter "neuen medizinischen Methoden" zu verstehen ist (zB. erstmalige Anwendung in Österreich, sogenannte Alternativmedizin?). Auch das strenge Arzneimittelgesetz läßt dem Arzt die Möglichkeit offen, unter bestimmten Voraussetzungen in Österreich nicht zugelassene (neue) Arzneimittel ohne Durchführung einer klinischen Prüfung anzuwenden. In zumindest gleicher Weise müßte dies auch für medizinische Methoden gelten.

Letztlich fehlt in den Erläuterungen jeglicher Hinweis darauf, was unter einer "Person mit ethischer Kompetenz" zu verstehen ist und welche Anforderungen eine solche Person erfüllen bzw. mitbringen muß, um der Ethikkommission angehören zu können.

10. Zu Z. 14 (§ 8d):

Die Verpflichtung aller Rechtsträger, in Krankenanstalten die Voraussetzungen für Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen und durchzuführen, wird grundsätzlich begrüßt. Kritisch anzumerken ist jedoch, daß vergleichende Prüfungen unter Einbeziehung der Krankenanstalten verschiedener Rechtsträger

nur anhand bundesweit einheitlich vorgegebener Qualitätssicherungsmaßstäbe durchgeführt werden können. Den einzelnen Krankenanstaltenrechtsträgern fehlt jede Kompetenz, anderen Rechtsträgern die Art und Weise durchzuführender Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzugeben und damit eine Kompatibilität bzw. Vergleichbarkeit der Maßstäbe zu erzwingen.

11. Zu Z. 19 (§ 11a Abs. 2):

Gegen die Verpflichtung, nach Maßgabe der Anstaltsgröße die Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben, besteht ebenfalls kein Einwand. Ergänzend wird jedoch angeregt, ähnliche Regelungen auch für den ärztlichen Leiter und den Verwaltungsdirektor vorzusehen.

12. Zu Z. 20 (§ 11a Abs. 3):

Auf die Probleme des Fehlens von tatsächlich für österreichische Verhältnisse anwendbare "anerkannte Methoden" wurde bereits im Zusammenhang mit der Stellungnahme zu § 3a Z. 5 verwiesen.

13. Zu Z. 21 (§ 11b):

Es wäre klarzustellen, ob die in dieser Bestimmung vorgesehene gesundheitspsychologische Beratung den Patienten, den Bediensteten oder der Anstaltsleitung zugute kommen soll. Nach den in den Erläuterungen angeführten Beispielen scheint eher die Anstaltsleitung gemeint zu sein. In diesem Fall erscheint die Forderung, die relativ unabhängige Position des Gesundheitspsychologen müsse dadurch sichergestellt werden, daß dieser nicht im Rahmen eines festen Anstellungsverhältnisses, sondern nur konsiliariter tätig wird, sachlich nicht begründet. Auch bei anderen Funktionsträgern mit vergleichbarer Beratungstätigkeit wurde eine übermäßige Abhängigkeit aufgrund eines festen Anstellungsverhältnisses nie behauptet (Technischer Sicherheitsbeauftragter, Anstaltshygieniker, Betriebsarzt). Zumindest fallweise wird die Unabhängigkeit des gesundheitspsychologischen Beraters eher durch ein unbefristetetes Anstellungsverhältnis sichergestellt werden, als durch eine eher lose, projektbezogene und zeitlich befristete Bindung auf Basis eines Werkvertrages.

In den Erläuterungen wird darauf hingewiesen, daß die Verschwiegenheitspflicht gemäß § 14 Psychologengesetz und § 15 Psychotherapiegesetz wesentlich über die für die sonstigen Gesundheitsberufe bzw. Krankenanstalten geltenden

Verschwiegenheitspflichten hinausgeht. Insbesondere ist die Offenbarung eines Geheimnisses auch nicht durch die Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt. Bereits die Tatsache einer klinisch psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung kann somit ein Geheimnis darstellen. Da zum einen im Rahmen der therapeutischen Zusammenarbeit im Krankenhaus jedenfalls den behandelnden Arzt alle für die Behandlung erforderlichen Informationen über die gesundheitspsychologische bzw. psychotherapeutische Tätigkeit zur Verfügung gestellt werden müssen und in Artikel 1 Z. 10 der vorliegenden Novelle ausdrücklich auch die Darstellung der allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Beratungsleistungen in der Krankengeschichte normiert wird, ergibt sich nun die Frage, inwieweit die Weitergabe dieser Informationen durch Ärzte nach den diesbezüglichen Bestimmungen des Ärztesgesetzes möglich bzw. die Weiterleitung von Krankengeschichten gemäß § 10 Abs. 1 Z. 4 KAG überhaupt zulässig wäre. Hier hätte der Grundsatzgesetzgeber klare Regelungen zu treffen.

14. Zu Z. 24 (§ 13 Abs. 1):

Der Entfall des Werbeverbotes für bestimmte medizinische Behandlungsmethoden, Arzneimittel und Heilbehelfe in Krankenanstalten ist grundsätzlich zu begrüßen. Die im Entwurf vorgesehene Neuregelung erscheint jedoch in dieser allgemeinen Form nicht praktikabel. So könnte beispielsweise auch jeder Patient, der mit der ihm angediehenen Behandlung unzufrieden ist und seiner Meinung darüber in emotionaler Weise Ausdruck verleiht, mit einem Verwaltungsstrafverfahren verfolgt werden.

Die vorgeschlagene Regelung war wortgleich bereits Bestandteil der im August 1990 als Entwurf zur Begutachtung vorgelegten Novelle. Die seinerzeitigen Erläuterungen führten als Zielsetzung an, es solle die Vermittlung eines sachlichen Informationsangebotes ermöglicht werden. In den Erläuterungen zum vorliegenden Entwurf wird die Neuregelung in formaler Weise mit der Angleichung an die mittlererweile in diesem Sinne geänderte ärztegesetzliche Regelung sowie dem Wunsch nach Bereinigung des Zusammenwirkens zwischen öffentlichen und privaten Krankenanstalten im Interesse der Chancengleichheit im Wettbewerbsbereich begründet. Die oben aufgezeigte Konsequenz entspricht somit auch nicht den Intentionen der Novelle. Es sollte zumindest im Gesetz klargestellt werden, daß als Normadressat nur Krankenanstaltenrechtsträger bzw. deren Funktionäre und verantwortliche Mitarbeiter in Betracht kommen. Im übrigen erscheinen die auch für Krankenanstalten geltenden

Regelungen des 1. Abschnittes des Bundesgesetzes gegen unlauteren Wettbewerb 1984 (UWG) vollkommen ausreichend, durch welche jede gegen die guten Sitten verstoßende oder zur Irreführung über Produkte, Leistungen oder Unternehmen geeignete Werbung verboten und durch Schadenersatzpflicht, strafgerichtliche Verfolgung, Unterlassungsansprüchen und Urteilsveröffentlichung wirksamer sanktioniert wird als durch eine relativ geringfügige Verwaltungsstrafe. Das vorgeschlagene Werbeverbot im Krankenanstaltenrecht erscheint somit überflüssig zu sein.

15. Zu Z. 30 bis 33 (§§ 28 und 29):

Gegen die damit vorgesehene Anpassung der Regelungen des Krankenanstaltenrechtes an das im Europäischen Wirtschaftsraum zu übernehmende Gemeinschaftsrecht besteht kein Einwand. Es müßte allerdings in den ausführungsgesetzlichen Regelungen der Zeitpunkt des Inkrafttretens akkordiert mit dem Wirksamwerden des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum festgelegt werden können.

16. Zu Z. 38 (§ 60):

Die in dieser Bestimmung eröffneten rascheren Einschreitmöglichkeiten der sanitären Aufsicht werden grundsätzlich begrüßt, es muß allerdings verlangt werden, daß jene sanitären Vorschriften, die aufgrund dieser Bestimmungen zum Anlaß für das Einschreiten genommen werden könnten, näher konkretisiert werden sollten.

## II.

### Forderungen im Zusammenhang mit dem Fortpflanzungsmedizingesetz

Neuerlich muß das im BGBl. Nr. 275/1992 kundgemachte Fortpflanzungsmedizingesetz angesprochen werden, das nach ha. Ansicht eine Reihe von gravierenden Verstößen gegen die im B-VG vorgegebene Kompetenzverteilung aufweist. Die in den §§ 4 Abs. 2, 5, 6, 11, 14, 15, 16, 20, 21, 24 und 25 enthaltenen Regelungen, durch welche die Kompetenzen, Organisation, Rechtstellung und Aufgabenbereiche von Krankenanstalten berührt werden, fallen in die dem Bund lediglich zur Grundsatzgesetzgebung vorbehaltenen Angelegenheiten des Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG.

Es wurden in diesem Gesetz Befugnisse der Krankenanstalt zur Leistung medizinischer Fortpflanzungshilfe, verschiedene Meldepflichten, die Pflicht zur Antragstellung und Erlangung einer behördlichen "Zulassung", die Freiwilligkeit der Mitwirkung und das Verbot der Benachteiligung nicht mitwirkender Mitarbeiter, die Vorgangsweise bei der Entgegennahme, Überlassung, Verwahrung und Vermittlung von Samenspenden, die Führung diverser Aufzeichnungen sowie Verwaltungsstrafbestimmungen entgegen der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung normiert. Diese Regelungsbereiche dürften, soweit sie nicht Ordinationsstätten, sondern Krankenanstalten betreffen, nur Gegenstand eines Grundsatzgesetzes des Bundes, eben des Krankenanstaltenrechtes sein. Eine systematische Abstimmung, aber auch teilweise eine inhaltliche Anpassung an die bestehenden Regelungen des Krankenanstaltengesetzes erfolgte bisher nicht.

Aus der Sicht des Landes Kärnten bedürften insbesondere folgende Regelung einer Abstimmung mit dem Krankenanstaltenrecht:

- a) Zunächst wäre der geltende Krankenanstaltenbegriff des § 1 Abs. 1 KAG abzuändern. Zumindest die im § 1 Abs. 2 Z. 2 angeführte Fortpflanzungshilfe, nämlich die Vereinigung von Eizellen mit Samenzellen außerhalb des Körpers einer Frau entspricht keiner der im § 1 Abs. 1 KAG genannten Zweckbestimmungen.
- b) Die im § 6 des Entwurfes genannte Freiwilligkeit der Mitwirkung und das Benachteiligungsverbot könnten systematisch in den Regelungen über die Anstaltsordnungen neben den gleichartigen Bestimmungen hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruches (§ 6 Abs. 3 KAG) gestellt werden.
- c) Eine Abstimmung der Regelungen über die Verschwiegenheitspflicht für Anstaltsbedienstete (§ 9 KAG), die Führung von Krankengeschichten (§ 10 KAG) und die Auskunftspflicht gemäß § 21 des Fortpflanzungs-Medizingesetzes wäre vom Grundsatzgesetzgeber unbedingt vorzunehmen.

Es wird darauf hingewiesen, daß gemäß § 10 Abs. 1 Z. 4 KAG unter anderem auch den Sozialversicherungsträgern sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten Abschriften von Krankengeschichten zur Verfügung zu stellen sind; was nach dem Fortpflanzungs-Medizingesetz ausgeschlossen wird.

- d) Ebenfalls zu ändern wären die Bestimmungen über die Aufnahme der Pflege-linge in eine Krankenanstalt (§ 22 KAG). Auch die Durchführung medizinischer Fortpflanzung müsste Anstaltsbedürftigkeit rechtlich begründen. Nach der derzeitigen Rechtslage erscheint die Aufnahme in stationäre Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt aus diesem Grunde nicht zulässig.
- e) Auch die Zulässigkeit der ambulanten medizinischen Fortpflanzungshilfe an öffentlichen Krankenanstalten wäre im Hinblick auf die Spruchspraxis des Verwaltungsgerichtshofes, wonach die im § 26 Abs. 1 KAG genannten Voraussetzungen äußerst restriktiv zu interpretieren sind, derzeit wohl zu verneinen. Medizinische Fortpflanzungshilfe könnte demnach sowohl ambulant als auch stationär derzeit nur in nicht öffentlichen Krankenanstalten geleistet werden.
- f) Die Bewilligung zur Errichtung und zum Betrieb von Abteilungen bzw. Instituten zur Durchführung medizinischer Fortpflanzungshilfen müsste der Rechtsträger der Krankenanstalten nach den Vorschriften des Krankenanstaltenrechtes bei der Landesregierung (nicht wie im Entwurf vorgesehen beim Landeshauptmann) beantragen. Dabei wird insbesondere auch dem Maßstab der dem Krankenanstaltenrecht eigentümlichen Bedarfsprüfung anzulegen sein. Es sollte daher im Zuge der vorliegenden KAG-Novelle auch die erforderliche Änderung des Fortpflanzungs-Medizingesetzes vorbereitet werden.

### III.

#### **Zu der im do. Anschreiben aufgeworfenen Frage der krankenanstaltengesetzlichen Verankerung der Berufsgruppe der diplomierten Sozialarbeiterinnen**

Es besteht grundsätzlich kein Einwand dagegen, die Einrichtung eines Dienstes der diplomierten Sozialarbeiter/innen in Krankenanstalten nach Maßgabe des Leistungsangebotes und der Anstaltsgröße verpflichtend vorzuschreiben. Die Vorgabe einer bestimmten Organisationsstruktur durch den Grundsatzgesetzgeber wird wie beim psychologischen und psychotherapeutischen Dienst abgelehnt. Dem Sozialdienst kommt insbesondere durch seine Ausrichtung auch auf das



extramurale, soziale Umfeld des Patienten unter Berücksichtigung der sozialen, psychosozialen, rechtlichen und finanziellen Belange im Rahmen des therapeutischen Teams durchaus eine wichtige eigenständige Behandlung zu. Durch die Tätigkeit der diplomierten Sozialarbeiter/innen wird den Patienten der Übergang von der Anstaltspflege in häusliche Pflege und extramurale Weiterbehandlung erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht. Wesentlich hierfür ist, daß die entsprechenden Voraussetzungen bereits während der Zeit des Anstaltsaufenthaltes erarbeitet werden. Dabei ist die Einbindung des Sozialdienstes in die Krankenanstaltenorganisation und der dadurch entstehende enge Kontakt zum behandelnden Personal von wesentlicher Bedeutung.

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

Klagenfurt, 31. Dezember 1992  
Für die Kärntner Landesregierung:  
Der Landesamtsdirektor:  
Dr. Sladko eh.

F.d.R.d.A.

