

3 Regelungskreise: OrganisationsR, BerufsR, DienstR

Faktische Bedeutung des Spitalswesens:

Volkswirtschaftliche Bedeutung: 11-12% des BIP, Arbeitsplätze (selbstst. und unselbstst)
Spital als extremer Wirtschaftsfaktor wegen AN-Vielzahl (Steuerberater, Bäcker, etc hängen alle mit drin) – Regionalpolitik

Politische Bedeutung des Spitalswesens: Gesundheit als Wert, Beschäftigte sind Wähler, ökonomische Aspekte

Anderer Zugang zu Gesundheit heutzutage als früher, jetzt längeres Leben – heutzutage soll das Leben perfekt sein, da nichts nachher, früher Vorleben und dann Hoffnung auf Paradis. Gesundheit ist nun der höchste Wert.

Historische Prägungen

Recht hat Antwortcharakter, entsteht nur sobald Probleme existieren.

Prägende Institutionen:

- Xenodichum – Hospital „xenos“ = fremd. Hospital – hostes = Gast, als Hotel. Kranke Menschen wurden zu Hause betreut. Bei den Kreuzzügen war man weit weg. Hospital als das, in dem man sich um die kümmert, die in der Fremde sind. (in Byzanz auf Basis der christl. Tradition – barmherziger Samariter – Mensch unabhängig von Stammeszugehörigkeit) [„elend“ – vom Wort Ausländer]
- Bürgerspital – Streuner
- Universitätsspital – auf wissenschaftlicher Basis mit Körper beschäftigen, Kaiser Josef 18.Jh AKH-Bau, ausgegangen von aufklärerischen Thesen;
- Poliklinik – Spitäler in der Stadt, 1.Poliklinik in Berlin – Franz Joseph will dass in 2h Bürger Spital erreichen können
- Krankenanstalt – Oberbegriff für verschiedenste Formen, Haus in Lainz (Altenpflegeheim~) Krankheit – wo Medizin erbracht werden kann // Sieche – Weiterverlauf der Dinge

Prägende Menschen:

- Samariter (Ausländerthema), Ritter (Malteser – strenge Hierarchien)
- Brüder, Schwestern (Krankenpflege – Krankenpflege ist geistlich, früher Zölibatsklausel // dagegen im anglo-amerikanischen Bereich schon 18.Jh Krankenpflege akademisiert)
- Ärzte

Theodor Billroth: Berühmter Chirurg, Magenoperationen, erste Laien-krankenpflege (also nicht Geistliche) - Rudolfinerhaus

Entwicklungen

Verhältnisse:

- Spital//Medizin: lange war das Spital Ort der Pflege und die Medizin nur beim Arzt, der Arzt wurde zum Spital gerufen
- Spital//Arzt (s.o.)
- Arzt//Schwester: Schwester ruft Arzt wenn sie nicht weiter weiß

Medizin:

- Entwicklung des Wissens, Medizin viel zu groß um nur beim Arzt zu sein
- Entwicklung der Berufe: Spezialisierungsgrad höher, Turnus, Facharzt, ... (Konflikte)
- Entwicklung der Arbeitsteilung: unter zeitlichem Druck

Rechtliche Basics

- Kompetenzlage
Länder geben Kompetenz an Bund ab, was dort nicht geregelt ist, ist Sache der Länder
-Krankenanstaltenrecht – Bund = Ausführung, Land = Vollziehung
-Berufsrecht - Bundessache
-Dienstrecht – Bund für seine Bediensteten, Land für ihre Bediensteten, sonst PrivatR. In öst Spitälern BundesvertragsbedienstetenG & BundesbeamtenG, Ordensspitäler – AngG, in Gemeindespitälern GemeindebeamtenO und GemeindevertragsbedienstetenG
- Gesetzeslage
-Zersplitterung wegen der vielen verschiedenen G (VertragsbedienstetenR in Stmk beispielsweise anders als in Ktn)
Art 15a Vereinbarung der Bundesverfassung für die Finanzierung des Gesundheitswesens, Berufs- und PatientenR: Jene Verträge zwischen Bund und Ländern, die diese Verteilungen regeln – Gesundheitsplanung, Finanzierung – ist im Abschnitt „von den völkerrechtlichen Verträgen“ geregelt („Gliederstaatsverträge“)- in Hinblick auf das Gesundheitswesen ist die Grenze zwischen den Bundesländern so wie zwischen Ländern
- Vertragsgestaltung – Privatautonomie im Spital außer Kraft gesetzt

Entwicklung des Medizinrechts

Separate Analyse (früher)

- Arztrecht, Arzthaftungsrecht
- Zivilrecht, Strafrecht
- Akteure

Integrierte Analyse: (neues Verständnis, mehrere Rechtsgebiete zusammensetzen)

- Neue Frage (Arbeitsteilung, Kooperation)
- Akteure

Kompetenzlage Krankenanstaltsrecht

- Gesetzgebung:
-Bundesgrundsatzgesetzgebung
-Landes-Ausführungsgesetzgebung
- Kompetenztatbestand:
-Heil und Pflegeanstalten
KaKuG – Kranken und Kuranstaltengesetz
Abgrenzung: Kuranstalten, Justizanstalten
(Geburt, Hospiz?)

„Versteinierungstheorie“ 1920 Begriff der Kranken- und Kuranstalten wird herangezogen

Neue Anstalten: Labore, Diagnostiken, ambulante medizinische Formen ... passen nicht in den KompetenzTB von 1920 hinein.

Allen Anstalten gleich, dass sie auf Beeinflussung eines Leidenszustandes durch medizinische Maßnahmen abstellen. Nicht darauf ist einer Verbesserung sondern der Festigung einer Gesundheit gerichtet ist, geht unter den Begriff Kuranstalt

Inhaltlich umfasst der Kompetenztatbestand das Finanzierungsrecht (nicht gedeckt: Dienstrecht, etc)
Justizanstalten sind komplett Bundessache

Bund regelt in Grundsätzen die Organisation, in den Details muss aber den Ländern

Handlungsspielraum überlassen werden

- Vollziehung
-Angesichts der Kompetenzlage hins der Grundlage Bundessache
-Sanitätsaufsicht

Anstaltsbegriff

Historische Entwicklung

- Anstaltsbegriff: historisch Bezeichnung für einen bestimmten Typ von jur. pers. (früher unterschieden moralische Personen (nun jur. pers.) und nat. pers. 3 Typen: Anstalten, Fonds, Stiftungen

→ Wesen der Stiftung: auf Ländereien, Besitzungen etc. bestehend

→ Fonds: basiert auf Geld

Krankenhäuser treten als Person in Erscheinung

Nur eine Anstalt unterliegt der Bundeskompetenz, sonst (niedergelassener Arzt) unterliegt dem BundesR, ÄrzteG

Anstalt:

x) VfGH 20er Jahre: Einrichtung mit Betten und Geräte (iGz. Arzt + Arztkofferchen)

x) Sachsubstrat immer mehr in Hintergrund, auch Trägersubstrat nicht ausreichend weil ja oft viele gemeinsam arbeiten

x) Anknüpfung an medizinisches Potential des Individuum, das lege artis handelt = Arztordination. Alles was größer ist, sodass es ein Arzt nicht mehr als Individuum lege artis, verantwortlich handhabbar ist, ist Krankenanstalt (Ambulatorium). Daher Verbot eines Arztes bei einem anderen zu arbeiten. Heutzutage im Gesetz aber: Gruppenpraxisregelung! Eine Organisation, die eindeutig größer ist, ist auch auf der Basis des ärztlichen Berufsrechts geregelt, daher entschwindet der Anstaltsbegriff (ist zwar verfassungswidrig, gilt aber trotzdem, weil auch vf-widriges gilt solange es nicht aufgehoben ist)

- Aktuelle Abgrenzungsprobleme:

Größere Struktur muss Anstalt sein, Gruppenpraxis ist Fremdkörper, Lizenz nach ÄrzteG und nicht nach KrankenanstaltsG.

Anstaltstypen

- **Unterscheidung zwischen öffentlich und privat**

Besitzt der Rechtsträger das Öffentlichkeitsrecht? Dieses kann sowohl an Anstalten (für Anstalten) verliehen werden, die der öffentlichen Hand gehören (öffentlich finanzierten Einrichtungen) aber auch solchen, die Privaten gehören und privat finanziert sind.

AUVA: Spitäler haben ÖffentlichkeitsR nicht und sind somit Privatspitäler, Spitäler der Diakonie haben ÖffentlichkeitsR auch wenn sie privat geführt sind.

Sonderkategorisierung, nicht wie sonst nach Gebietskörperschaft/Finanzierung etc. wie in den allgemeinen Begrifflichkeiten.

Öffentlichkeitsrecht erhält man beim Bestehen der Bedarfsprüfung und der Verpflichtung alle Anstaltsbedürftigen ohne Unterscheidung aufzunehmen und Sonderklasse nicht mehr als 25% ausmacht und man gemeinnützig handelt.

Dadurch erhält man Teilnahme am öffentlichen Abgabensystem.

Durch 15a Vereinbarung wurde der Krankenkassenanteil (basierend auf 1994 Datenansätzen) fixiert. Regelt welchen Finanzanteil der Bund hergeben muss.

Gemeinnützigkeit =/= kein Gewinn, bedeutet nur, der Betrieb gehört und dient der Allgemeinheit und nicht „mir“. Die Gewinnverwendung ist das Entscheidende, es muss einem gemeinnützigem Zweck zugeführt werden.

Aufnahmepflicht = solange Betten frei sind muss aufgenommen werden; deswegen sind die AUVA Spitäler nicht öffentlich, da die zweckgewidmet sind für Arbeitsunfälle und dafür Betten freibleiben.

Sanatorium: Typischerweise Privatkrankenanstalt mit höherem Ausstattungscharakter und bestimmtem Zweck (Rudolfinerheim,...)

Stationär // ambulant: Selbstständiges Ambulatorium hat keine Betten sondern nur selbstständige Sachsubstrate

Ambulanz: Unselbstständiger Teil einer bettenführenden Krankenanstalt für die ambulanten Teile einer an sich stationären Behandlung (Nachbetreuung und Vorbereitung oder auch für Notfälle; aber nicht für nicht notwendige, nicht auf stationäre Behandlung führende Behandlung)

!! Ambulatorium: selbstst Krankenanstalt

Ambulanz: unselbst Teil einer Krankenanstalt, folgt anderem Finanzierungsrecht !!

Versorgungsstufen, Sonderkrankenanstalten

In jedem Spital darf nur Medizin lege artis ausgeführt werden, aber auf welcher Stufe ist egal.

Unterscheidung rein organisationsrechtlich; nichts was nicht medizinischer Wissenschaft entspricht.

- **Standardkrankenanstalt** – muss zwei Pflichtabteilungen haben: Interne und Chirurgie
- **Schwerpunktkrankenanstalt** – größerer Pflichtbereich und größerer Kürbereich (Abteilung wo man wählen kann)
- **Zentralkrankenanstalt** – es muss nicht Abteilungen sondern Einrichtungen auf dem Letztstand der medizinischen Wissenschaft geben. Einrichtung kann alles sein, wo es ein Sachsubstrat gibt am Letztstand der Medizin. („in der Abteilung darf nur Medizin gemacht werden“ – auf welchem Level ist nirgends geregelt)

- Sonderkrankenanstalten
- Heereskrankenanstalten
- Justizkrankenanstalten

Q: Kennt das österreichische KaKug eine abgestufte medizinische Versorgung?

A: Nein, gesetzlich ist nichts vorliegend, es gibt nur organisationsrechtliche Unterscheidungen.

Versorgungsauftrag

Läuft im Rahmen der Kapazität und nie darüber hinaus – Aufnahmepflicht im Rahmen der Kapazität
Kapazität und Nachfrage decken sich nicht in der Strukturierung

Versorgungsauftrag an die Länder (Regelungsfreiheit)

- Inhalt
- Adressat

Versorgungsauftrag an den Träger (nie über Kapazität hinaus)

- Inhalt
- Gerücht zu zerstreuen

Umsetzung

- Erfolgt in der Krankenanstaltenplanung
- Sanktionen – wenn nicht mal Mindeststandard erfüllt ist? Bundeswidrig und Verfassungswidrig – wenn Aufhebung keine Mindestbestimmung/Grenzwert hat und keine Anstalten (nur Kassationsbefugnis), keine Sanktion

Im Bundesgesetz geregelt:

Für bestimmte Gebiete muss es bestimmte KH zur Versorgung geben laut KAKUG Länder regeln das unterschiedlich

Bund verpflichtet Länder zur Spitalskapazität zu entrichten – nach unten aber nicht nach oben begrenzt; Länder geben Versorgungsaufträge an die Landesregierung weiter (L kann selbst KH haben oder in Auftrag geben)

Im Rahmen der Betriebswilligung übernehmen die Träger den Versorgungsauftrag den Ländern ab
Aus Mangel der Versorgung darf keine Pflicht abgeleitet werden, dass man aufnehmen muss.

Bewilligungen

Einrichtungsbewilligung

- Voraussetzungen: Errichtungsplan vorzeigen, welche Gesundheitsthemen, Hausgröße,...
- Bedarfsprüfung: gibt es Meldung? Informationsgleichgewicht, indizierte Nachfrage

Benützungsbewilligung

- Voraussetzungen: Gleichheitssatz, wenn rechtswidrig Abriss
- Inhalt – insb Anstaltszweck, Gliederung, Bettenzahl: Gang, Zimmer etc genau beschrieben; es muss geschaut werden ob Konsens gleich gebaut wurde, wurde alles gebaut aber was anderes bewilligt -> Amtsmissbrauch und Abbruch nötig (Bezirkshauptmann)

Allgemeines

Rechtscharakter

- Mindestorganisationsrecht
- Schutzgesetz

Regelungsinhalte

- Binnenorganisation
- Patientenrechte
- Finanzierung

Sanktion bei Normverstößen (Entzug der Betriebsbewilligung)

KAR: Mindestorganisationsrecht (darf nach oben hinauf abweichen), Organisationspflichten des Trägers, Zivilrechtliche Schutzpflichten

Anstaltsgliederung

BundeskrankenanstaltsR regelt Binnenstrukturierung in den Krankenanstalten in den Grundzügen, Schlagwort der kollegialen Führung (da aber dann jeder auf die anderen schiebt: Rotationssystem)

Horizontale Gliederung (muss alles sein)

- Ärztlicher Dienstag
- Pflegedienst
- Verwaltungsdienst

Vertikale Gliederung

- Kollegiale Führung (können die Länder erlassen, muss aber nicht sein)
- Abteilung (muss sein: Chirurgie, Interne, Kürprogramm)
- Station (muss nicht, ist nur üblich – es muss nicht mal in Männer- und Frauenabteilung getrennt sein)
- Ambulanz (muss sein)

Anstalt versus Träger

Aufnahme erfolgt in eine Abteilung. Die Anstalt ist nicht mehr ident mit dem Träger zu sehen sondern eine unselbstständige Ausstülpung des Rechtsträgers. (CHECK!!)

Klassen (früher 4, jetzt 2)

Die Klassen dürfen sich nur durch die bessere Ausstattung und die bessere Lage der Zimmer unterscheiden sowie die Verpflegung

- Allgemeine Gebührenklasse
- Sonderklasse

Unterschiede

- Ausstattung, Lage
- Medizin, Wartezeit? In der Praxis schon
- Freie Arztwahl? JA. Obwohl eigentlich gesetzwidrig – müsste als Verwendungszusage und nicht als Leistungsverpflichtung (wie im Wortlaut) gedeutet werden.. Neuregelung nötig

Führungsstruktur

Kollegiale Führung

- §6a KAKUG
- Beispiele landesgesetzlicher Regelungen

Strukturprobleme

- Verantwortungsstruktur
- Versus Entscheidungsstruktur

Modell

- Gewerberechtliche Geschäftsführer
- Positionierung des Trägers

Das wirtschaftliche Verfügungsrecht des Trägers muss unberührt werden, 3 Leiter, es darf gesetzlich was kollegiales gemacht werden (-> widersprüchlich!)

Wien: Die 3 Leiter müssen regelmäßig erörtern und gemeinsam entscheiden und jeder in seinem Bereich die Sachen umsetzen (gemeinsam entscheiden =/= einstimmig entscheiden!)

Bgld CHECK

OÖ: Anderes Konzept: Der Träger hat in der Anstaltsordnung Bestimmungen über Struktur zu erlassen und kann auch kollegiale Führung vorsehen

NÖ: Land sagt wer führt

Sbg: früher: Träger kann festlegen und kann kollegiales schaffen, muss aber nicht (zB nur ein Direktor allein hat entscheidungsbefugnis)

Vbg: Es kann der Träger in der Anstaltsordnung auch Kollegialorgane zur Beratung vorsehen „führen“ = Entscheidungen treffen;

„Leiter“ = Staat darf Entscheidungsstruktur eines Unternehmens nicht beeinflussen (weil vF Freiraum des Unternehmers (aus EigentumsF „Modell des gewerbeberechtigten Geschäftsführers)
Beschaffung von Leintüchern/Geschirr etc kann Sache von Verwaltung, Pflege oder Ärzte sein, daher ok wenn nur einer entscheidet, solange das Ergebnis für alle verantwortlich ist. Der Verantwortliche ist dann auch für die Konsequenzen heranzuziehen.

„allgemein anerkannte Medizin“ – lex artis, Regeln der Kunst, es darf noch vertretbares und nicht „allgemein anerkannter guter Durchschnitt“ sein. ÄrzterG „Regeln der Wissenschaft + Erfahrung“
Wissenschaft ist Streben nach größt-möglicher Rationalität, ausgehend von Realität;
Kunst ist Ereignung & ist nicht Rechenschaftspflichtig.
In Ö viel in Sachgüter investiert aber wenig in Personal.

Beschreiben Sie die Struktur der kollegialen Führung unter Hinblick des Strukturproblems der Verantwortung!

Das Gesetz legt Verantwortungsstrukturen fest, Entscheidungsstrukturen können selbst festgelegt werden. Es kann einer entscheiden, aber dann müssen diese Entscheidung für die anderen verantwortlich sind. (Modell Kofü? CHECK!) Verantwortung≠/ Entscheidungsbefugnis, solange sich der Entscheidende an den Rat hält, Vertretbarkeit, es ist die kollegiale Führung eigentlich ein Trias von Verantwortungsträgern und die Möglichkeit jeder entscheidet seines ist nicht gut, weil es alles verknüpft ist und sich sonst gegenseitig blockiert; Aufnahmeentscheidung ist traditionell an den Arzt delegiert, aber eig nur eine ärztlich Codeterminierte Entscheidung und in Wahrheit vom Träger
(Mazal: Die Prüfungsleistung ist eigentlich die Frage zu verstehen)

Anstaltsaufnahme

Aufnahmepflicht

- Erste ärztliche Hilfe (muss jedem gegeben werden wenn nötig)
- Anstaltsbedürftigkeit (jeder der nicht mehr bedürftig ist *sollte* ausgewiesen werden)
- Einweisung – Sozialversicherungsrecht (von SozialVSI eingewiesene Pers. sind aufzunehmen – ist dadurch definitiv anstaltsbedürftig)

Aufnahmevertrag

- Rechtsnatur (Grundsatzgesetz, lex fugitiva; Behandlungsvertrag)
- Fragen des Vertragsabschlusses (ausdrücklich oder konkludent; kein Vertrag wird in der Unterbringung geschlossen – str: Mazal: doch, im Verbringungsakt)
- Behandlungsvertrag und Behnaldungskonsens sind zu trennen (man muss nicht in Anspruch nehmen aber mitunter zahlen)

Abgrenzungen

- Aufnahme versus Unterbringung
- Aufnahme versus Behandlungskonsens

Turnusarzt - (Einlassungsfahrlässigkeit)

Oberarzt – auch haftbar

Primar

Direktor

Krankenschwester

Träger

Prinzip der Ingerenz

Medizinische Organisationsziele

Facharztpräsenz (muss immer da sein, Frage wer die Vorhaltekosten zahlt, weil ja nur die OP bezahlt wird, wer bezahlt die ungebrauchten Medikamente – Krankenkasse nicht zuständig, Land kein Geld.

- Allgemein
- Standardkrankenanstalt (in der 3stufigen Gliederung: Standard-Schwerpunkt-Zentral)

Behandlung

- Qualitätsniveau
- Allgemein anerkannte Medizin wird geschuldet: nie contra legem artis

Ausbildung und Forschung am Patienten nicht erlaubt, nur an Uni-Kliniken gibt es die Verpflichtung des Patienten als Objekt der Lehre zu dienen (steht im Hochschulgesetz). Ärzte bilden Pflegepersonen aus und fort.

Patientenrechte

Krankenanstaltenrechtliche Regelung

- Rechtscharakter: Kataloge in de KAKUG etc: Achtung des Lebensrhythmus, Recht auf Privatsphäre; Ergebnis von Populismus ..
- Regelungsinhalte

Sonstige Regelungen

- Patientencharten
- Behandlungsvertrag

Umsetzungsprobleme

Systemfragen

Finanzierungsmodelle

- Einhand-Finanzierung (Einer zahlt alles)
- Mischfinanzierung (auf verschiedene aufgeteilt – bei uns)

Ärztliche Expertise drinnen, aber es kann nicht einer blockieren, Länder und SozialVSI sind Finanzierer

Vertikale Teilung

- Gebietskörperschaften
- SozialVSI
- Patienten/PrivatVSI

Horizontale Teilung

- Errichtungsaufwand
- Betriebsaufwand

-> pro Kopf Finanzierung

In der Bilanz ist auf die Wiedererrichtung von Gebäuden bilanziert werden; Universitäten müssen bilanzieren, Spitäler auch, Spital oder Uni kann nicht in Konkurs gehen.

Umsetzung in Österreich:

2 Systeme: Pflegegebührensytsem und LKF Sytsem

Pflegegebührensytsem: ist im G aber verdrängt solange Bund&Länder übers andere einig

Auf eine Tagespauschale abgestellt, wie viele Leute mit dem Kapital finanziert wurden und die Kosten vom Vorjahr durch die Tage dividiert und mit Aufschlag zum Verrechnen fürs nächste Jahr verwendet (laufenden Kosten summiert durch Pflegestage und dann unter Aufrechnung fürs nächste Jahr).

Entspricht der Kameralistik, aber es fehlt Errichtungshaftung.

- Einzelleistungsvergütung
- Gebührenhöhe durch Trägerkalkulation, behördliche Festsetzung

Aber das System verleitet dazu, dass man langen Aufenthalt im Spital anstrebt, weil dann Verpflegstage verrechnet werden können und somit teure Pflegestage wie Operationen durch andere billigere kompensiert werden.

Überlegung dass pro Einzelleistung verlangt wird, aber das verwaltungstechnisch zu aufwändig und verleitet dazu diese Einzelleistungen erhöht oft zu machen

Pflegegebührenersatz: Rabatt innerhalb des Systems, der Rest auf die Pflegegebühr war Defizit bei Träger, variabler Finanzierungsanteil der Länder

LKF System bedingt die Nichtgeltung des Pflegegebührensytsems

Leistungsbezogene Krankenanstaltfinanzierung: Eine Fallpauschale wird gemacht – für'n Blinddarm und nicht für jede Spritze. Soll zu Effizienzsteigerung und Verkürzung der Aufenthaltsdauer führen. Jetzt kurze Aufenthaltsdauer

USA hat DRG System (Diagnosis related groups) aber: „upgrading“ in höhere Gruppen um mehr zu verrechnen, Drehtürmedizin, höhere Qualitätskontrollen nötig. Jedes Finanzierungssystem hat Anreizwirkung und verursacht dadurch Vor- und Nachteile. Es braucht individuell verantwortliche Menschen, die dem Anreiz des Geldes widerstehen können. (dazu Juristen!) Systeme müssen oft gedreht werden um zu verhindern, dass Leute strategisieren

Krankenkassen heute zahlen pauschalen Betrag, wird für jedes Land in einen Landesfond überwiesen, ist im ASVG geregelt; die Beitragslast endet ja bei der Höchstbeitragsgrundlage, daher ist nur ein Teil des Einkommens für die Solidarität im Beitragsfall – deswegen auf Steuerleistung abgestellt, daher auch von Reichen ein Beitrag – Nachteil, es wird einmal mit Zahlung alles abgegolten, was Krankenkasse zahlt, daher wird viel herumgeschickt – Verweisungs-marathon, rasch ins Spital.

Punkte für sich ausgewiesen und ausgerechnet, am Ende durchdividiert
Angesichts des Auslastungsdrucks und des Informationsvorsprungs ist die WillensF sehr eingeschränkt

Für die Privaten Krankenanstalten

Pri-Kraf-System

Heilen

- Heilen als Begriff
- Heilen im Wertsystem
- Heilen und Wissen (auch gefürchtet)

Heilender

- Wissende – Geheimwissen, Allgemeinwissen
- Soziale Positionierung – Priester, Ingenieure, Laien, Hexen (Gefahr durch Wissen)
- Heiler als Dienstleister (heute)

Heilen als Monopol – Heilpraktiker, Abgrenzungsprobleme:

>>> Arzt hat Heilmonopol, jede Heilbehandlung nur von einem Arzt.

> Physiotherapeut darf nicht heilen ohne Basis ärztlicher Verordnung, gewerbliche Masseur darf nicht heilen sondern nur so massieren, Heilmasseur braucht ärztliche Verordnung. Früher (Nazizeit) gab es auch Heilpraktiker, alte germanische vs alte lateinische Medizin, später wieder zugelassen weil sonst ja gegen Gewerbsfreiheit.

> Psychotherapeut darf neben Arzt autonom Patienten mit seinen Methoden ohne ärztliche VO behandeln. Öffentliche Gelder fließen aber nur hinein, wenn der Arzt mitgemischt hat.

> Hebammen dürfen auch autonom an Menschen herantreten oder Medikamente verordnen und verabreichen, aber die heilen nicht.

- Helfen versus Heilen
Helfen: Hilfsperson des Arztes
- Helfen versus Dienen
Diener: religiös oder Krankenschwester

Helfen wird professionalisiert- akademisch diplomierte Krankenschwester

Mazal: noch braucht man keinen Bachelor um Kinder kriegen zu dürfen

Frage der Erlaubtheit der Anschulung von Pflegekräften zum zB Spritzen von Insulin (Berufsrecht offiziell als Grund, in Wirklichkeit Zeit- und Geldproblem)

Entwicklung

- Säkularisierung, aus Priester wird Arzt, Aus Schwester Gesundheits- und Krankenpflegeperson oder diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP)

- Differenzierung Arzt – Facharzt – Krankenpflege – neue Berufe (dz auf Reperaturmedizin fixiert, alles andere als Life-style abgetan; neu: Röntgenassistenten (heute: Radiologietechnologen) etc statt nur Krankenschwester)
- Emanzipation der Psychotherapie (einziges Land mit PsychotherapieG)

Tendenzen

- Langfristig Säkularisierung -> nach wie vor Ordensspitale, teils Gedankengut rückständig aber berufsrechtlich modern
- Kurzfristig Differenzierung, Emanzipierung

Heilen & Helfen: Soll der Arzt der Pflege helfen, die Pflege dem Arzt und beide sollen dem Kranken helfen, immer mehr Tätigkeiten vom Arzt sollen aber übernommen werden.

Aktuelle Probleme

Organisation der Arbeitsteilung

- Typische Problemzonen: Viele Klein-operationen wo früher nichts gemacht wurde, weil es zur normalen Veränderung des Menschen gezählt wurde, Perfektionsstreben, RoutineOPs, wer darf diese durchführen > nur Arzt und nicht Krankenschwester; alles Leistung eines Trägers in dem arbeitsteilig Absprache gemacht werden muss

Entdeckung der Kooperation – massiv belastet weil Befunde etc nicht übernommen werden

- Innermural KA intern
- Transzendierend innermural-extramural
- Extramural KA intern

Regelungsinhalte

Berufsausbildung (überall in allen G geregelt zB PsychotherapeutenG, HebammenG, ÄrzteG)

- Ausbildungsvoraussetzungen – bei Diplom regelt Berufsgesetz die Ausbildung, bei Bacc wird Curriculum in Autonomie durch die Hochschule geregelt
- Standesinterne Ausbildung: Diplom & Bacheloriat

Berufszulassung

- Materiell – Ausbildung nötig
- Formell – registrieren lassen nötig (nur im Arztberuf, für Krankenpflege nicht nötig)

Berufsausübung

- Allgemeine Berufspflichten: Kammerrecht, sehr ausgeprägtes Standesrecht – Hebammengremium, Interessensvertretungen als Einziges wie bei Ärzten (Ärztammer)
- Spezifische Berufspflichten

Berufsvorbehalte

Textgrundlagen: Arzt darf nur sein wer Arzt ist etc

Mazal: ich will nicht, dass sie mich für senil halten, weil das bin ich nicht. Zumindest dafür halten sollen sie mich nicht.

Alles was aus medizinischen Kenntnissen beruht ist den Ärzten vorbehalten – damit wäre aber erste Hilfe und Fiebermessen etc verboten

Abgrenzung von Vorbehaltsklauseln – Deutung als

- Vorbehalt des Berufsbildes - schließt nicht aus, dass manche Tätigkeiten auch von Laien übernommen werden dürfen „genereller Vorbehalt“
- Vorbehalt der Tätigkeit – Abgrenzungsprobleme wann Arzt operieren muss und wann Schwester/Laie; beantwortet nach den Regeln der Kunst, von der lex artis abhängig

Lex artis

Regeln der Wissenschaft und Erfahrung

- Vertretbarkeit
- Rationalitätskontinuum (kein Arzt da, Ressourcen)
- Textanalyse

Relativität

- Situationsabhängigkeit
- Ressourcenabhängigkeit
- Patientenabhängigkeit

Eigenverantwortung

Historische Entwicklung: Im ÄrzteG eigenverantwortliches Handeln, da ja früher im Arzt die Medizin verkörpert klar, weil der ja selbstständig war („Kopf und Köfferchen“)

- **Eigenverantwortung vs Autonomie:**
Bleibt im Dienstverhältnis auch Eigenverantwortlich, Selbstständigkeit auch im Spital hochgehalten, der Arzt entscheidet selbst was er operiert, aber wann und wo kann man ihm vorschreiben. Problem dass nicht gegenseitig eingreifbar wegen Eigenverantwortlichkeit
Eigenverantwortung ist kein Recht auf Autonomie sondern eine Last, weil Antwort gegeben werden muss
- Berufsrechtliche Lösung (nicht arbeitsrechtliche – weisungsfrei etc), gebunden an lex artis
Dadurch kein Gegensatz zum Dienstrecht, gilt als AN und als freier Selbstständiger,
Weisungsfrei wird dadurch nicht aufgehoben, sondern begrenzt: es muss Verhalten contra legem artis verneint werden, alles andere schon gemacht werden.

Aufsicht

Aufsicht als Distanzproblem

- Distanz lege artis, Aufsicht ist nicht gleich Draufsicht, man muss also nicht direkt dabeistehen
- Aufsichtsführung (Befugnis, Intensität – von konkreter Situation abhängig)
- Aktuelle Fragen

Ausübung

Ärzte (ius practicandi) müssen von sich aus kommen, Pflegekräfte auf Anforderung

Absicherung: Vertragsrecht & Strafrecht normiert Ausübungspflichten [Unterschied Mediziner/Arzt]
CHECK

Verschwiegenheit

- Inhalt der Verschwiegenheitspflicht: Niemandem gegenüber personenbezogene Daten oder sonstiges das im Rahmen der Berufsausübung erfahren wird ausplaudern
- Abschottung der Berufe gegeneinander
- Verschwiegenheitspflicht und Datenschutz

Offenbarungspflicht (In den BerufsG geregelt, dem Patienten muss alles gesagt werden)

- Gegenüber Patienten
- Gegenüber „Behandlern“ (einem anderen Behandler soweit dafür nötig)

Handhabungsprobleme in der Praxis, untereinander abschotten (auch wegen Zeitproblem),
Informationen werden nicht zusammengeführt.

Psychiatrie und KH dürfen nicht sagen wer drin ist, außer Patient einverstanden. Güterabwägung zw
Privatssphäre und dem Willen die Angehörigen zu informieren - mutmaßlicher Patientenwille;
Erstauskunft zulässig auch wenn nicht ganz sicher, ab dann mit Passwort (ausgemacht, Ausweis,...)
möglich. Distanzauskunft über Sicherung der Authentizität der Informationsübermittlung.