

Die Haftung der Gesundheitsberufe

Dr. Günter Flemmich

Die Haftung der Gesundheitsk



- **1. Rechtsgrundlagen der Haftung**
Behandlungsvertrag, Behandlungsfehler,
„state of the art“, Beweislastverteilung.
- **2. Berufstypische Haftungspotenziale**
Ärztliche Anordnung, Delegation, Berufsausübung,
Kausalitätsbeweis, eigenmächtige Behandlung
- **3. Patientenrechte und Berufspflichten**
Geheimnisschutz, Verschwiegenheitspflicht,
Auskunftspflicht, Dokumentation

Rechtsgrundlagen der Haftung



- Kausalitätsbeweise:
- Die Judikatur hat zwei Zielrichtungen, um diesem Problem entgegenzuwirken:
- Einmal den Anscheinsbeweis, dh. die Vermutung, dass bei Schadensverursachung im Rahmen einer medizinischen Heilbehandlung Kausalität gegeben ist und der Behandler sich frei beweisen muss, andererseits die dem § 1302 ABGB entnommenen Regeln einer Solidarhaftung bei alternativer Kausalität.
- Bei ungeklärter Konkurrenz zwischen schuldhaftem Verhalten einerseits und Zufall als mögliche Schadensursache andererseits wird eine Teilhaftung des schuldhaft Handelnden bejaht, und zwar jedenfalls bei grobem Verschulden und erheblicher Wahrscheinlichkeit der Ursächlichkeit der schuldhaften Handlung (JBI 1986, 576;
- JBI 1990, 524; *Bydlinski*, Haftung der Dienstleistungsberufe, JBI 1992, 352).

- Die überwiegende Ansicht qualifiziert den Behandlungsvertrag, Pflegevertrag als ein gesetzlich nicht näher typisiertes Vertragsverhältnis, aufgrund dessen der Arzt, Therapeut, Pfleger dem Patienten eine fachgerechte, dem objektiven und typischen Standard des besonderen Faches entsprechende Behandlung, nicht aber einen bestimmten Erfolg schuldet.
- Der Behandlungsvertrag, Pflegevertrag wird rechtlich unterschiedlich beurteilt.
- Der OGH hat in einer Entscheidung vom 10.02.1964 (JBI 1964, 515) die Behandlung eines akuten Herzinfarktes als einen Werkvertrag zwischen Arzt und Patient qualifiziert.

- Die herrschende Lehre wertet den Behandlungsvertrag als freien Dienstvertrag (*Koziol - Welser*) und meint, dass zwar ein Dienstvertrag vorliege, aber *keine Arbeit in persönlicher Abhängigkeit* geleistet werde.
- Die Regeln des Werkvertrages können auf den freien Dienstvertrag nicht vollständig angewendet werden, weil kein Erfolg geschuldet wird. Dieser freie Dienstvertrag ist im ABGB nicht ausdrücklich geregelt und stellt daher einen Kontrakt sui generis dar.

- Behandlungsfehler:
- § 1295 ABGB berechtigt jedermann, von seinem Beschädiger den Ersatz des Schadens, welchen dieser ihm zugefügt hat, zu fordern, gleichgültig, ob der Schaden durch die Übertretung einer Vertragspflicht oder ohne diese entstanden ist.
- § 1299 ABGB verpflichtet denjenigen, der sich zu einem Amt, Kunst oder Gewerbe oder Handwerk öffentlich bekennt oder ohne Not freiwillig ein Geschäft übernimmt, dessen Ausführung eigene Kunstkenntnisse oder einen nicht gewöhnlichen Fleiß erfordert, die Mangelhaftigkeit dieses Fleißes oder dieser Kenntnisse zu vertreten

Haftungsprivileg

AN ist verpflichtet, die zugesagte Arbeit nach besten Kräften und mit der nötigen Sorgfalt zu leisten. Für Erfolg oder Misserfolg ist der AN nicht verantwortlich (Unterschied Werkvertrag!). Er haftet jedoch für Schäden nach dem **Dienstnehmerhaftpflichtgesetz**.

Nach den Bestimmungen des Gesetzes haftet der AN für Schäden, die er dem AG grob fahrlässig oder absichtlich zugefügt hat ohne jede Einschränkung. Bei Vorliegen einer entschuldbaren Fehlleistung haftet der AN überhaupt nicht. Bei leichter Fahrlässigkeit gibt es ein richterliches Mäßigungsrecht.

Die Grundsätze der Haftungsbeschränkung bzw. Mäßigung des Ersatzes gelten auch für sog. Rückgriffsansprüche, also dann, wenn sich ein geschädigter Dritter an den AG wendet und dieser dann auf seinen AN zurückgreift.

- 1. Behandlungsvertrag bzw Behandlungs-(Pflege)fehler
- I) Ein dem Arzt, Therapeuten, Pfleger anzulastendes Fehlverhalten bei der Behandlung des Patienten liegt dann vor, wenn er nicht nach Maßgabe der **Wissenschaft und Erfahrung** vorgegangen ist oder die übliche **Sorgfalt** eines ordentlichen **pflichtgetreuen Durchschnittsmenschen** in der konkreten Situation vernachlässigt hat. Die Behandlung, Pflege muss **entsprechend den Grundsätzen der Wissenschaft und der Kunstregeln** erfolgen. Der Arzt, Therapeut, Pfleger handelt nicht fahrlässig, wenn die von ihm gewählte Behandlungs-Pflegemethode einer Praxis entspricht, die von angesehenen, mit dieser **Methode** vertrauten Kollegen **anerkannt** ist, selbst wenn ebenfalls kompetente Kollegen eine andere Methode bevorzugt hätten.

- Eine Behandlungs-Pflegemethode kann grundsätzlich so lange als fachgerecht angesehen werden, wie sie von einer anerkannten Schule der medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Wissenschaft vertreten wird. Anders wäre es, wenn ein gewichtiger Teil der Wissenschaft und Praxis eine bislang akzeptierte Behandlungs-Pflegemethode für bedenklich hält. Bei Behandlungsfehlern und Sorgfaltsverstößen im vorgenannten Sinn tritt die Haftung des Arztes, Therapeuten, Pflegers für deren gesundheitsschädigende Folgen ein, wenn sie für diese Folgen ursächlich oder mitursächlich waren.
- Den Beweis des Vorliegens eines Behandlungsfehlers und seiner Kausalität hat iSd allgemeinen Schadenersatzregeln grundsätzlich der Patient zu führen. Dieser muss als Kläger das Entstehen des Gesundheitsschadens durch das Verhalten des Arztes, Therapeuten, Pflegers wahrscheinlich machen. (*OGH 16.03.1989, 8 Ob 525, 526/88*).

- Konkurriert ein schuldhafter Behandlungsfehler des Arztes, Therapeuten, Pflegers mit einem dem Patienten zurechenbaren Zufall, so ist nach den Grundsätzen der alternativen Kausalität eine Schadensteilung vorzunehmen, die im Zweifel zu einer Schadenstragung zu gleichen Teilen führt. (*OGH 09.11.1989, 7 Ob 648/89*).

- 2.Schadenersatz (Beweislastverteilung, Kausalitätsbeweis)
- 3.Eigenmächtige Heilbehandlung
- Gegenstand einer Schädigung iSd § 108 StGB können nicht nur staatliche Hoheitsrechte, sondern auch private Rechte, somit auch Persönlichkeitsrechte - wie etwa die Einwilligung zu einem ärztlichen Eingriff in die körperliche Integrität -sein.
- Der Behandlungsbegriff des § 110 StGB geht über den Begriff der Heilbehandlung hinaus und umfasst **alle Behandlungen zu diagnostischen, therapeutischen, prophylaktischen oder schmerzlindernden Zwecken**, nicht aber wissenschaftliche oder experimentelle Versuche, die keiner derartigen Behandlung dienen. (OGH 11.09.1984, 9 Os 121/84; JBI 1985, 304; EvBl 1985/48; SST 55 /59; KrSlg 812).

Bei einem 79-jährigen Patienten wurde mittelschwere Alzheimer – Demenz diagnostiziert. Er wurde erfolgreich auf einen Acetylcholinesterasehemmer eingestellt. Mit einer Heimhilfe konnte er bis zu seinem 78. Lebensjahr selbständig in seiner Wohnung verbleiben.

Wegen eines Sturzes mit Oberschenkelhalsbruch wurde er stationär aufgenommen, wonach sich sein kognitiver Zustand rasch verschlechterte. Hinzu kam eine zunehmende Gereiztheit bis Aggressivität verbunden mit Schreien, motorischer Unruhe, Bispucken der Betreuungspersonen sowie Tendenzen zur Selbstverletzung.

Mehrmals wurden Teller nach Pflegern und Zimmergenossen geworfen. Nächtliche Unruhe bzw. umherwandern erschwerten die Betreuung, sodass der Patient auf ein atypisches Antipsychotikum eingestellt wurde. Da es sich dabei um ein Präparat handelt, welches nicht für die Behandlung von schweren Verhaltensstörungen bei dementen Patienten zugelassen ist, erhebt sich die Frage der Rechtssicherheit dieser Verschreibung.

- Der eingangs geschilderte Sachverhalt schließt nicht eindeutig aus, dass die Medikation überhaupt nicht im gesundheitlichen Interesse des Patienten Rainer P. erfolgte, sondern im Interesse des Krankenhauspersonals und der anderen Patienten:
- Gereiztheit und Aggressivität des Patienten, Schreien, motorische Unruhe und Bespucken der Betreuungspersonen, das Werfen von Tellern nach Pflegern und Zimmergenossen, nächtliche Unruhe, umherwandern des Patienten mögen die Betreuung des Patienten erheblich erschwert haben, dieses Verhalten rechtfertigt – ohne einem medizinischen Sachverständigengutachten vorgreifen zu wollen – aber nicht eine risiko-behaftete Medikation des Patienten, die offenkundig nur im Interesse des Krankenhauspersonals und zur Aufrechterhaltung von „Ruhe und Ordnung“ erfolgte.
- Allein die ins Treffen geführte Tendenz der Selbstverletzung könnte theoretisch eine Medikation im Interesse des Patienten rechtfertigen, allerdings ist bekannt, dass zur Begegnung dieses Risikos andere, unbedenklichere Mittel zu Verfügung stehen.

- Arzneispezialitäten dürfen in Österreich erst abgegeben oder für die Abgabe im Inneren bereitgehalten werden, wenn sie vom Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz zugelassen sind, es sei denn, es handelt sich um
 - a) zugelassene Arzneispezialitäten gemäß der Verordnung (EWG-Nr. 2309/93),
 - b) Arzneispezialitäten, für die eine Bewilligung (einschließlich einer vereinfachten Genehmigung im Meldeverfahren für die Einfuhr von Tierarzneispezialitäten) nicht erforderlich ist, oder
 - c) Arzneispezialitäten, für die eine Bewilligung gemäß § 12 Tierseuchengesetz, RGBl. Nr. 177/1909, erteilt wurde.
- Arzneispezialitäten, die einer Monographie des Arzneibuches im Sinne des § 1 des Arzneibuchgesetzes entsprechen, in einer Apotheke hergestellt werden und dazu bestimmt sind, in der Apotheke, in der sie hergestellt worden sind, unmittelbar an den Verbraucher abgegeben zu werden, unterliegen nicht der Zulassung

- Für viele Indikationen ist kein zugelassenes Medikament verfügbar und in Gebieten mit rasch voranschreitender Forschung hinkt der Zulassungsstatus der Präparate hinter den Therapiestandards her.
- Die Gesetzgeber in Europa versuchen dieser Entwicklung durch vereinfachte Zulassungsregelungen entgegenzuwirken.
- In bestimmten medizinischen Gebieten, vor allem in der Kinderheilkunde und der Onkologie, wird ein Teil der nicht zugelassenen Medikamente angewendet. Die ärztlichen Fachgesellschaften empfehlen solche Verordnungen nur auf Basis von gültigen Leitlinien, Empfehlungen oder anerkannter wissenschaftlicher Literatur durchzuführen. An die Aufklärung der Patienten werden ebenfalls zusätzliche Anforderungen gestellt.

- Unter nicht zugelassenen Medikamenten versteht man die Verordnung von Fertigarzneimittel außerhalb des in der Zulassung beantragten und von den Zulassungsbehörden genehmigten Bereichs, z.B. hinsichtlich der Indikationen, der Dosierung oder der Behandlungsdauer.
- Den Begriff findet man häufig bei der Anwendung von Medikamenten an Kindern, weil diese auf Medikamente angewiesen sind, die nur an Erwachsenen getestet und approbiert sind.
- Kinder erhalten dabei Medikamente, die zwar für die entsprechende Indikation z.B. Antibiotika bei Infektionen, Analgetika bei Schmerzen zugelassen sind, klinisch aber nur an Erwachsenen geprüft worden sind. Die Therapie wird von Pädiatern durchgeführt, die Kindern diese Medikamente verabreichen. Dabei werden 80 % Arzneimittel verordnet, die nur an Erwachsenen geprüft worden sind.

- Auch im Bereich der Onkologie kommt es zu solchen Therapien. Bis zu 60 % der onkologischen Patienten in der Regelversorgung werden mit Arzneimitteln behandelt, die im zulassungsüberschreitenden Bereich liegen, weil dies dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens und international anerkannten Standards entspricht. Diese Verordnungspraxis trifft ebenso für die HIV-Therapie zu.

Der Gebrauch eines nicht zugelassenen Medikaments ist im Rahmen der Therapiefreiheit möglich. Daraus ergibt sich ein Anspruch des Patienten auf eine solche Behandlung und eine damit korrespondierende Pflicht zur Durchführung dieser Behandlung. Dies resultiert aus dem Recht auf die bestmögliche medizinische Betreuung und Behandlung, wie dies aus der Präambel der Satzung der WHO abgeleitet werden kann, welche Bestand des österreichischen Bundesrechts ist.

- Die Anwendung im Rahmen der Behandlungspflicht und das damit verbundene erhöhte Risiko führt zwangsläufig zu einer Konfliktsituation für Ärzte, Therapeuten, Pfleger, wobei in diesem Zusammenhang häufig von einer „Haftungsfall“ die Rede ist.

- Haftungsrechtlich bedeutend ist die Abgrenzung nicht zugelassener Medikamente zu einer contraindizierten Behandlung. Dabei ist zu unterscheiden, ob ein Präparat für die geplante Behandlung nicht zugelassen ist oder contraindiziert ist.

- **OGH 27.05.2004, 6 Ob 54/04s** behandelt den Fall einer Klägerin, die an MS erkrankt war. Sie wurde mit einem aus der Krebsbehandlung bekannten, für die Behandlung der MS aber noch nicht zugelassenen Zytostatikum namens „Novantron“ behandelt, dessen Wirkstoff nachteilige Nebenwirkungen auf die Herzfunktion hat. Auf diese Wirkungen wurde in der Fachliteratur hingewiesen. Die Klägerin erhielt zweieinhalb Jahre Infusionen dieses Medikaments. Dabei wurde die vom Hersteller angegebene kumulative Gesamtdosis überschritten. Im Anschluss wurde bei der Klägerin eine Cardiomyopathie (Herzmuskelschwäche) diagnostiziert. Die Klägerin stellte die Behandlung mit dem Medikament ein und erlitt als Folge der Herzveränderungen einen Kleinhirninsult. Die Klägerin begehrte Schmerzensgeld wegen ärztlicher Kunstfehler und mangelnder Aufklärung über die Risiken des Medikaments. Das Gericht erkannte den Anspruch auf Schmerzensgeld und Haftung für künftige Schäden.

- Für die **zivilrechtliche Haftung** gelten alle allgemeinen Kriterien der Arzt, Therapeuten, Pflegerhaftung.
- Bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers trifft Arzt, Therapeut, Pfleger bzw. Krankenanstalt eine Schadenersatzpflicht für die Folgen aller beim Patienten kausal, rechtswidrig und schuldhaft verursachten Gesundheitsbeeinträchtigungen.
- Hier ist zudem zu berücksichtigen, dass die Rechtsvorschriften über die Zulassung eines Medikamentes für bestimmte Anwendungen als **Schutzgesetz im Sinne des § 1311 ABGB** anzusehen sind.

- Nach ständiger Rechtssprechung bedarf es bei Verletzung eines Schutzgesetzes durch den Schädiger nicht mehr des strengen Beweises des Kausalzusammenhanges durch den Geschädigten, vielmehr spricht der **Prima-facie-Beweis** dafür, dass der von der Norm zu verhindernde Schaden durch das verbotene Verhalten verursacht wurde. Dies bedeutet, dass im Schadensfalle dem Arzt, Therapeut, Pfleger der Entlastungsbeweis der fehlenden Kausalität obliegt.
- Da eine nicht zugelassene Medikation nicht generell unzulässig ist, muss im konkreten Schadensfall geprüft werden, ob die Verabreichung des Medikaments als **Behandlungsfehler** haftungsgründend war.

- Welcher Gebrauch eines Medikaments „bestimmungsgemäß“ ist, richtet sich in erster Linie nach den vom pharmazeutischen Unternehmer angegebenen und von der Zulassungsbehörde akzeptierten Indikationen und nach sonstiger Aussagen bei Kennzeichnung in der Packungsbeilage, in Fachinformation und Werbung.
- Der Stand des im Schadenszeitpunkt aktuellen medizinischen Wissens ist aber nicht auf den Wissenstand zum Zeitpunkt der Zulassung eines Arzneimittels fixiert, sondern vergrößert sich im Laufe der Anwendung des Arzneimittels unter Alltagsbedingungen stetig.

- Deshalb kann unter bestimmten Umständen aufgrund der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft auch ein vom Hersteller bei der Zulassung nicht vorgesehener Gebrauch eines Arzneimittels medizinisch sachgerecht sein. Durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse kann sich infolgedessen in engen Grenzen im Laufe der Zeit der Bereich des bestimmungsgemäßen Gebrauchs eines Arzneimittels über den Bereich der Zulassung hinaus erweitern, wenn er in der ärztlichen Anwendung üblich ist und vom Hersteller vorausgesetzt bzw. stillschweigend gebilligt wird.
- Es kann aber auch sein, dass im Lauf der Zeit gewonnene Erkenntnisse die Verabreichung eines vorerst als unbedenklich eingeschätzten Medikaments bedenklich und sogar unvertretbar erscheinen lassen.
- Es kommt also auf den wissenschaftlichen Kenntnisstand im Zeitpunkt der konkreten Verabreichung des Präparates an. In concreto kann dies bedeuten, dass unter Umständen im maßgeblichen Zeitpunkt zwar die fehlende Zulassung eines bestimmten Medikaments für die in Aussicht genommene Behandlung bekannt sein musste, nicht jedoch die damit verbunden enormen Risiken und Gefahren, sodass die Verabreichung des Medikaments zu diesem Zeitpunkt eventuell noch als vertretbar angesehen werden konnte.

- **Diagnosefehler**
- Das **Nichterkennen eines Schienbeinbruchs** trotz erfolgter röntgenologischer Abklärung, stellt einen Diagnosefehler dar, wenn der Unfallchirurg lediglich eine Prellung diagnostizierte. Auf Grund dieses Fehlers kommt es in der Folge zu einem zeitlich verlängerten schmerzhaften Heilungsverlauf. Dadurch entstehen zusätzliche Schmerzen, aber auch ein längerer Krankenstand und höhere Heilungskosten, die bei sachgerechter Abklärung und Behandlung vermieden werden hätten können. Dies stellt schadenersatzrechtlich einen (ersatzfähigen) Schaden dar.
- Um einen Diagnosefehler handelt es sich, wenn ein **Verrenkungsbruch der Halswirbelsäule** als Folge eines Bergunfalls nicht erkannt wird und in Folge zu einer Querschnittslähmung führt; OGH 1985, KRSIlg 696.
- Diagnoseprobleme treten oft auf, wenn sich mehrdeutige Symptome überlagern und die Krankheit dadurch nicht leicht festzustellen ist.

- Das ist beispielsweise bei der Feststellung einer **Blinddarmentzündung/Appendizitis** der Fall. In einem konkreten Fall überlagerten sich Grippesymptome mit den Symptomen einer Appendizitis, einer Nierenentzündung sowie Darmverschluss und Magenkatarrh. Der behandelnde Arzt ließ den Patienten trotz dieser Symptome über das Wochenende ohne ärztliche Betreuung zu Hause und veranlasste erst am kommenden Montag die Einweisung ins Krankenhaus, wo sogleich eine Blinddarmnotoperation durchgeführt werden musste. Der Patient konnte aber dennoch nicht mehr gerettet werden und verstarb an den Folgen eines Blinddarmdurchbruchs.
- Der OGH erblickte einen Behandlungsfehler darin, dass der behandelnde Arzt trotz Vorliegens mehrdeutiger Symptome mit der Einweisung ins Krankenhaus über das Wochenende gewartet hatte; OGH JBI 1962, 91 = EvBI 1961, 39.

- **Therapiefehler**
- Zu den klassischen Behandlungsfehlern zählt etwa das **Vergessen von Tupfern**, Kompressen oder Operationsnadeln im Körper des Patienten, aber auch das **Verabreichen falscher Injektionen oder Infusionen** gehört hierher; z.B. wenn irrtümlich eine Kalziuminjektion ins Gewebe statt intravenös verabreicht wird.
- Auch Fehler in der **Dosierung der Röntgenbestrahlung** stellen einen Behandlungsfehler dar; ebenso das **unsachgemäße Überprüfen eines Gipsverbandes**, wenn vom Patienten gemeldete Beschwerden ignoriert werden und der Verband nicht abgenommen und kein Spaltgips angelegt wird.

- **Konsultationsfehler**
- Ist der behandelnde Arzt auf Grund fehlender Kenntnisse und Fähigkeiten auf einem medizinischen Spezialgebiet nicht in der Lage, eine genaue Diagnose zu erstellen und eine adäquate Therapie durchzuführen, muss er einen **Spezialisten konsultieren** oder den Patienten an einen Spezialisten oder ein Krankenhaus zur weiteren Abklärung verweisen.
- Tritt bei einer **Nasenseptumkorrektur** eine Sehnervverletzung auf, hat der operierende HNO-Facharzt unverzüglich einen Augenfacharzt beizuziehen, wenn er einen weiteren Behandlungsfehler vermeiden will.

- **Verletzung von Organisations- und Aufsichtspflichten**
- Die **Zusammenarbeit** ausgebildeter **Ärzte** mit **diplomierten Krankenpflegepersonal** in der ärztlichen Einzel- und Gruppenpraxis darf nach den einschlägigen Rechtsvorschriften (z.B. dem ÄrzteG) nur bei **Wahrung der Eigenverantwortlichkeit** erfolgen. Ärzte sind grundsätzlich zur persönlichen Behandlung verpflichtet.
- Ihnen steht ohne Zustimmung des Patienten nicht das Recht zu, sich eines Vertreters/Substituten zu bedienen. Dem Patienten gegenüber **haftet** grundsätzlich nur der jeweils **behandelnde Arzt**. Ein frei praktizierender Arzt haftet daher grundsätzlich auch nicht für seinen Urlaubsvertreter.

- Überträgt ein behandelnder Arzt aber die Behandlung an einen Kollegen (Überweisung), haftet er ab diesem Zeitpunkt nicht mehr für sich nachher ereignende Behandlungsfehler.
- Bedient sich der behandelnde Arzt aber der Mithilfe anderer (als ärztlicher) **Hilfspersonen** (§ 49 ÄrzteG), treffen ihn nach dem Gesetz Anleitungs- und Überwachungspflichten. Er **haftet für jedes Verschulden dieser (Hilfs-) Personen** im Rahmen des Behandlungsvertrags wie für sein eigenes; **§ 1313a ABGB: Erfüllungsgehilfenhaftung** . Dasselbe gilt für Krankenanstalten.

- **Beispiele:**
- Ein Facharzt wurde dafür haftbar gemacht, weil seine **Sprechstundenhilfe** (ohne medizinische Ausbildung) anlässlich einer Magenaushebung die **Sonde statt in die Speiseröhre in die Luftröhre** einführte und, weil sich kein Magensaft ausheben ließ, in diese noch 300 ccm Koffeinlösung einfüllte, was beim Patienten eine schwere Lungenentzündung auslöste. Dem Arzt wurde die Verletzung seiner Aufsichtspflicht zum Vorwurf gemacht.
- Hierher gehören auch die in der Praxis nicht seltenen Fälle der **Patientenverwechslung**.

- Diese Grundsätze gelten auch für die **Teamarbeit in einer Krankenanstalt**. Auch die Berufsausübung angestellter Ärzte erfolgt eigenverantwortlich. Allerdings haftet wie ausgeführt Patienten gegenüber vertraglich nur die Krankenanstalt für das Verschulden des ärztlichen und nichtärztlichen Personals.
- Krankenhausärzte und Pflegepersonal haften Patienten gegenüber nur **deliktisch. (Eingriff in die absolut geschützte Position-
Leben, Übertretung eines Schutzgesetzes)**
- Ein geschädigter Patient kann aber gleichzeitig die Krankenanstalt aus Vertrag und den behandelnden Krankenhausarzt oder eine Krankenschwester deliktisch klagen: Der Schaden ist aber nur einmal zu ersetzen, und **Krankenanstalt und Krankenhausärzte/
Schwestern haften bei Erfolg der Klage gemeinsam (solidarisch);**

- **Pflegefehler**
- Auch Krankenschwestern sind Sachverständige im Sinne des § 1299 ABGB und haften ab leichter Fahrlässigkeit. **Eine Krankenschwester haftet beispielsweise für Kenntnisse und Fähigkeiten im Rahmen ihres Fachs.** Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Personen unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe fachlicher und wissenschaftlicher Standards und Erfahrungen zu wahren.
- Dabei ist jede eigenmächtige Heilbehandlung zu unterlassen.; § 4 GuKG. Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden; § 4 Abs 2 GuKG. Der Anstaltsträger hat dafür vorzusorgen.

- **Beispiele:**
- Ein Pflegefehler liegt vor, wenn eine Krankenschwester einem Kind eine **zu heiße Wärmflasche** auf die Schulter legt und es deshalb Verbrennungen erleidet.
- Zu den Sorgfaltspflichten des Pflegepersonals kann es je nach den Umständen des Einzelfalls zählen, Patienten auf die Möglichkeit oder gar Notwendigkeit der **Verwahrung von Wertsachen** aufmerksam zu machen.
- Auch der **Transport von Patienten** innerhalb der Krankenanstalt ist sorgfältig vorzunehmen. In der Praxis kommt es immer wieder zu Verletzungen durch unsachgemäßes Verhalten des Personals; z.B. alter Patient stürzt aus dem Krankenbett.

- **Mängel bei der Bedienung und Überwachung von Apparaturen**
- Setzt ein Arzt ein Behandlungsgerät ein hat er die Pflicht, sich über dessen Funktionsweise zu informieren und allenfalls einschulen zu lassen. Selbstverständlich müssen medizinische Geräte auch entsprechend gewartet werden.

Entsteht einem Patienten durch eine derartige Nachlässigkeit ein Schaden, haben Krankenanstalt oder praktischer Arzt einen Behandlungsfehler zu vertreten. **Krankenanstalten trifft die Pflicht für angemessene Schulung und Weiterbildung ihres Personals** vorzusorgen.

- **Beispiele:**
- Krankenhaus setzt bei **endoskopischen** oder **laparoskopischen Eingriffen** Personal ein, das nicht hinreichend im Umgang mit diesen Methoden geschult ist.
- Ein **Anästhesist** führt irrtümlich statt Sauerstoff Stickstoff zu, woran der Patient erstickt.
- Hierher zählen auch jene Fälle, in denen das Personal an bestimmten **Patientenreaktionen** erkennen müsste, dass das Gerät nicht ordnungsgemäß funktioniert. In Krankenhäusern trifft den technischen Sicherheitsbeauftragten die Pflicht, technische Geräte und Einrichtungen in regelmäßigen Zeitabständen zu überprüfen und zu warten.

Berufstypische Haftungspotenziale

- Für die Gesundheitsberufe wird eine erhöhte Verantwortung für die Patienten verlangt. Dies ist Vorgehen nach bestem Wissen und Gewissen, die Beachtung des Fortschritts der fachlichen Kenntnisse, das Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung, Dokumentationspflicht, die Verschwiegenheitspflicht etc.
- Bei Verletzung dieser normierten Berufspflichten können zivil- und strafrechtliche Haftungsregeln zur Anwendung gelangen. Dabei ist vor allem der § 6 StGB, § 95 StGB, § 110 StGB sowie § 1299 ABGB zu beachten. § 7 u. 8 GuKG normieren eine Anzeige und Meldepflicht.
- Die Gesundheitsberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben.
§ 4 Abs 1 GuKG, § 11 MTD-Ges. Dies fordert die fachkundige Hilfeleistung durch Angehörige der Gesundheitsberufe im Unglücksfall und ist eine berufsrechtliche lex specialis zu § 95 StGB.

- Gemäß § 105 Abs 1 Zif 4 GuKG wird eine Verwaltungsübertretung normiert, sofern die Tat nicht unter den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung fällt.
- § 64 Abs 1 GuKG § 11 Abs 2 MTD-Ges. normiert eine Berechtigung und Verpflichtung des gehobenen Dienstes für Gesundheitsberufe zur Weiterbildung, da dies der Erweiterung von Kenntnissen und Fertigkeiten dient, die in der Grundausbildung vermittelt wurden und die persönlichen Kenntnisse und Fertigkeiten in einzelnen Bereichen vertieft und auf den aktuellen Stand bringt.
- Gemäß § 110 StGB ist zu bestrafen, wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinisch, therapeutisch, pflegerischen Wissenschaft behandelt.
- Diese Regel gilt auch vermehrt für Pflegeberufe durch die Einführung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs.

- § 1299 ABGB normiert eine zivilrechtliche Haftungsregel, für Gesundheitsberufe, d.h. sich durch entsprechende ständige Fort- und Weiterbildung Wissen über den jeweiligen Stand der berufsrelevanten Kenntnisse anzueignen.
- Diese Bestimmung ist im Zusammenhang mit der im § 64 GuKG bzw. §11 Abs. 2 MTD-Ges. verankerten Fortbildungsverpflichtung und dem sich § 6 StGB ergebenden Sorgfaltsmaßstab zu sehen.
- *§ 6 StGB: Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt außer acht lässt zu der er nach den Umständen verpflichtet und nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt ist und die ihm zuzumuten ist, und deshalb nicht erkennt, dass er einen Sachverhalt verwirklichen könne, der einem gesetzlichen Tatbild entspricht.*

Fahrlässige Körperverletzung §88 StGB

BERUFSPRIVILEG

- (2) trifft den Täter kein schweres Verschulden und ist der Täter eine im Krankenpflegefachdienst, im medizinisch-technischen Diensten oder im Sanitätshilfsdienst tätige Person, die Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung **in Ausübung eines dieser Berufe** zugefügt worden und aus der Tat **keine Gesundheitsschädigung** oder Berufsunfähigkeit **von mehr als vierzehntägiger Dauer** erfolgt, ist der Täter nicht zu bestrafen.

Ärztliche Anordnung - Delegation

§ 49 Ärztegesetz

- (3) Der Arzt kann im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen **ärztliche Tätigkeiten übertragen**, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Er trägt die **Verantwortung für die Anordnung**. Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.

- Der Arzt hat sich zu vergewissern, dass die entsprechende Person die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt.
- Wenn der nichtärztliche Gesundheitsberuf **weiß oder wissen musste**, dass seine Anordnung zu einem Patientenschaden führen wird, so hat er den anordnenden Arzt bzw den Ausbildungsverantwortlichen zu kontaktieren, um die eigene Haftung auszuschließen.

Berufsrecht und Dienstrecht

- Entscheidende Bedeutung hat die Frage, ob das Personal den Anordnungen der Ärzte Folge zu leisten hat. Vorerst ist von den berufsrechtlichen Normen auszugehen, die festlegen, welche konkrete Tätigkeit der Gesundheitsberuf vom Berufsbild her ausüben darf.
- Ob hingegen bestimmte Tätigkeiten ausgeführt werden müssen, ist keine berufsrechtliche sondern eine dienstrechtliche Frage. Die **berufsrechtlichen Regelungen** können dabei aber nicht außer Acht gelassen werden, da sie die **Grenzen des Weisungsrechtes** abstecken. Mangels ausdrücklicher vertraglicher Regelung wird das Berufsbild Vertragsgegenstand des Dienstvertrages.

- Der Gesundheitsberuf darf nur Tätigkeiten ausführen, für die er qualifiziert ist (**und die Rahmenbedingungen für die Erbringung der Tätigkeit vorhanden sind**), andernfalls hat er sich dieser Tätigkeit zu enthalten, da eine strafrechtliche Verantwortung nicht ausgeschlossen werden kann. Bei Anordnungen vom Anordnungsbefugten ist zu gewährleisten, dass die Voraussetzungen für deren Umsetzung gegeben und gesichert sind. (**Verbandsverantwortlichkeitsgesetz**)
- Wenn bekannt ist, dass in einer Abteilung infolge personeller Unterbesetzung nicht gesichert ist, dass alle notwendigen Tätigkeiten erledigt werden können, ist dieser Umstand der Leitung des „Hauses“ bekannt zu geben und nicht darauf zu vertrauen, dass die Sache erledigt wird. Dies gilt insbesondere auch für den anordnenden Arzt.

Form und Inhalt der Anordnung

- § 15 Abs 3 GuKG sieht vor, dass im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich jede ärztliche Anordnung schriftlich zu erfolgen hat.
- Die Verordnung von Arzneimitteln, was *Dosierung*, *Verabreichungsart* und *Zeitpunkt der Verabreichung* betrifft, ist vom Arzt schriftlich in der Dokumentation festzuhalten.
- Nur in begründeten Ausnahmen ist die Schriftlichkeit durch mündliche Anordnungen substituierbar. Die schriftliche Dokumentation hat jedoch unverzüglich und spätestens innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.

Delegation ärztlicher Tätigkeiten

- Grundsätzlich ist die Verabreichung von Infusionen etc. eine ärztliche Tätigkeit die nach § 15 GuKG an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe delegiert werden kann. Dabei obliegt es dem Arzt festzulegen, **welches Arzneimittel durch Injektionen** verabreicht werden soll. Naturgemäß sind Arzneimittel ausgeschlossen, die wegen schwerer Nebenwirkungen durch den Arzt verabreicht werden müssen.
- Der Arzt hat im Einzelfall abzuwägen, an wen er welche Applikation eines Arzneimittels delegieren kann und sich von den Kenntnissen und Fertigkeiten der Person zu überzeugen.
- Wenn sich eine Person auf diese Tätigkeit einlässt, kann es zu einer **Übernahmefahrlässigkeit** kommen. Daraus ergibt sich für die Rechtsfrage der Verpflichtung ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten folgendes:

- **1.** Die beruflichen Berechtigungen ergeben sich aus dem Berufsgesetz die dienstlichen Verpflichtungen aus den organisationsrechtlichen Normen
- **2.** Ärzte sind befugt und verpflichtet die inhaltlichen Grenzen ihrer Anordnung abhängig vom Kenntnisstand des Personals festzusetzen.
- **3.** Der medizinische Tätigkeitsbereich ist grundsätzlich ärztliche Tätigkeit, die entsprechend dem Ausbildungsstand und die notwendigen Personalressourcen delegiert werden kann.
- **4.** Die Verpflichtung zur Durchführung der delegierten Tätigkeit ist eine Frage des Dienstrechtes und nicht des Berufsrechtes.
- **5.** Ob im Einzelfall einer ärztlichen Anordnung nachgekommen werden muss hängt davon ab, wer im Einzelfall weisungsbefugt ist, d.h. von den Organisationsvorschriften der Krankenanstalt.

- Der Tätigkeitsbereich nichtärztlicher Gesundheitsberufe umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.
- Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe tragen die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).
- Jede ärztliche Anordnung hat vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des nichtärztlichen Gesundheitsberufes mit dessen Unterschrift zu bestätigen.

- Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich zu erfolgen.

- Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich in der Krankenpflege umfasst insbesondere:
 - 1. Verabreichung von Arzneimitteln,
 - 2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
 - 3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
 - 4. Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
 - 5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
 - 6. Durchführung von Darmeinläufen und
 - 7. Legen von Magensonden.

Pflegehilfsdienst

- Eigenverantwortliche Tätigkeiten
- Tätigkeiten im Rahmen der Mitarbeit
 - a) Durchführung pflegerischer Maßnahmen:
 - b) Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen
 - c) Anordnung
- Tätigkeiten - Ausnahmefälle

- a) Durchführung pflegerischer Maßnahmen:

Die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen sind nur demonstrativ aufgezählt und umfassen insbesondere

- Durchführung von Grundtechniken in der Pflege
- Durchführung von Grundtechniken der Mobilisation
- Körperpflege und Ernährung
- Krankenbeobachtung
- prophylaktische Pflegemaßnahmen
- Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen und
- Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen

Diese Tätigkeiten dürfen nur nach Anordnung und unter Aufsicht durchgeführt werden.

- b) Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen
- § 84 Abs 2 GuKG sieht im Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe auch die Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen, allerdings unter den in Abs. 4 genannten Beschränkungen vor.
- Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen dürfen im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des diplomierten Dienstes oder von Ärzten diese Tätigkeiten durchgeführt werden.

- Es handelt sich um folgende Tätigkeiten:
 - Verabreichung von Arzneimitteln
 - Anlegen von Bandagen und Verbänden
 - Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen einschließlich Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens
 - Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden
 - Maßnahmen der Krankenbeobachtung aus medizinischer Indikation, wie Messen von Blutdruck, Puls, Temperatur, Gewicht und Ausscheidungen sowie Beobachtungen der Bewusstseinslage und der Atmung und
 - einfache Wärme- und Lichtanwendungen.

- c) Anordnung
- Die Anordnung kann auch nach Maßgabe des § 15 Abs. 6 Z 1 durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen.
- Laut den EB zu § 15 wird ausdrücklich klargestellt, dass durch den Begriff "ärztliche Anordnung" keine generelle Delegation durch den behandelnden Arzt zu verstehen ist.
- Die Anordnungsverantwortung bleibt beim behandelnden Arzt, der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Durchführungsverantwortung.
- Die Verordnung von Arzneimitteln, sowohl Menge, Dosis, Verabreichungsart und Zeitpunkt der Verabreichung müssen vom Anordnungsberechtigten Arzt schriftlich in der Patientendokumentation festgehalten werden.

- (6) Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnung gemäß Abs. 1 bis 4 folgende Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen:
- an Angehörige der Pflegehilfe sowie an Teilnehmer eines Pflegehilfslehrganges im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten gemäß § 84 Abs. 4,
- an Schüler einer Schule für gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches,
- an Rettungssanitäter gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung zum Notfallsanitäter und
- an Notfallsanitäter mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung in der allgemeinen Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion.

Tätigkeiten - Ausnahmefälle

- Nach § 84 Abs. 5 GuKG dürfen die in Abs. 1 angeführten Tätigkeiten in einzelnen Ausnahmefällen und zeitlich begrenzt auch ohne Aufsicht durchgeführt werden, sofern
 - der Gesundheitszustand des pflegebedürftigen Menschen diese Tätigkeit zulässt und
 - die Anordnung schriftlich erfolgt ist
- Der Arzt hat die Durchführung ärztlicher Tätigkeiten nach Maßgabe des entsprechenden Berechtigungsumfanges unter Wahrung seiner Anordnungsverantwortung jeweils an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege oder an Pflegehelfer anzuordnen.

Berufsausübung § 35 GuKG

- Eine Berufsausübung kann freiberuflich oder im Dienstverhältnis erfolgen.
- - Krankenanstalten sind gem. § 1 Abs. 1 KAKuG Einrichtungen zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe, zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten, durch Behandlung zur Entbindung oder für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe. Nach Abs. 2 dieses Gesetzes auch Einrichtungen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.
- - Sonstige Einrichtungen

- - Selbständig
- - Dienstverhältnis zu einer physischen Person
- - Erwerbsgesellschaften
- Durch das BGBl Nr. 257/1990 wurde die Rechtsgrundlage für die Bildung von Erwerbsgesellschaften begründet.
- Diese folgten der ehemaligen Gesellschaft bürgerlichen Rechts. § 6 Abs. 1 dieses Gesetzes fordert bei freien Berufen die Berufsausübung im Einklang mit berufsrechtlichen Vorschriften. Freiberuflich tätige Angehörige der Gesundheitsberufe haben daher die Möglichkeit der Berufsausübung als Gesellschafter einer offenen Erwerbsgesellschaft. Diese Einschränkung ergibt sich aufgrund der persönlichen Haftung der Gesellschafter bei der Ausübung von Gesundheitsberufen.

Arbeitskräfteüberlassung

- Eine Berufsausübung ist auch im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, unter der Voraussetzung zulässig, dass Beschäftigter im Sinne des § 3 Abs. 3 AÜG nicht mehr als 15 % des Pflegepersonals durch Arbeitskräfteüberlassung einsetzen und die Qualität und Kontinuität nach Maßgabe der Struktur der Einrichtung und des Pflege- und Betreuungsbedarfs der Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen gewährleisten (Gesundheitsberufe- Rechtsänderungsgesetz).
- Die aktuellen personellen und strukturellen Gegebenheiten in der Gesundheitsversorgung erfordern einen flexibleren Einsatz des Personals.

- Es ist daher erforderlich, die Berufsausübungsregelungen zu liberalisieren, allerdings unter Wahrung der aus gesundheitsrechtlicher und -politischer Sicht gebotenen Sicherstellung der Qualität und Kontinuität.
- In diesem Sinne wird durch den neuen § 35 Abs. 2 GuKG bzw. § 90 Abs. 2 GuKG die berufsrechtliche Zulässigkeit einer Berufsausübung der Gesundheits- und Krankenpflege im Wege der Arbeitskräfteüberlassung normiert, wobei klargestellt wird, dass hierbei die Regelungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, anzuwenden sind.

- Aus gesundheitspolitischen Gründen ist es jedoch unabdingbar, für diese Form der Berufsausübung eine Einschränkung dahingehend vorzusehen, dass zur Sicherung der Qualität und Kontinuität sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich der Einsatz von Personal durch Arbeitskräfteüberlassung beschränkt wird, sowie die Qualität und Kontinuität gewährleistet sind.
- Selbstverständlich gelten auch bei einer Berufsausübung im Wege der Arbeitskräfteüberlassung die berufsrechtlichen Regelungen sowohl für die Beschäftigten als auch für die überlassenen Arbeitskräfte uneingeschränkt.

Patientenrechte und Berufspflichten

- *1. Wem müssen Ärzte etc die Diagnose mitteilen?*
- *2. Wer hat Berechtigung zur Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen?*

1. „Geheimnisse“

- Geregelt ist der Geheimnisschutz in folgenden Bundesgesetzen:
- Ärztegesetz
- Apothekergesetz
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
- Medizinisch - technische Dienste Gesetz
- Hebammengesetz
- Kardiotechnikergesetz

- Psychologengesetz
- Psychotherapeutengesetz
- Sanitätengesetz
- Heilmasseurgesetz
- in den Krankenanstaltengesetzen

Sondernormen:

- Arzneimittelgesetz
- Medizinproduktgesetz
- Tuberkulosegesetz
- Unterbringungsgesetz

- Grundlage ist die in allen Gesetzen normierte Verschwiegenheitspflicht. Dabei unterscheidet man zwischen Personen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit Geheimnisträger sind (das heißt alle Gesundheitsberufe wie Ärzte, KrankenpflegerInnen etc) und den Geheimnisherren (Patienten).
- Der Geheimnisherr ist in diesem Sinn der einsichts- und urteilsfähige Patient, der hinsichtlich seiner Willensbildung keinen Willensmängeln (im wesentlichen Zwang und Irrtum) unterliegt.

- Auskünfte über Diagnose und Therapie können nur mit Zustimmung des einsichts- und urteilsfähigen Patienten erteilt werden. Bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten (seit dem Kind ÄG 2001 nicht mehr an das Alter gebunden) kann der gesetzliche Vertreter (Eltern, Vormund) Auskünfte erlangen.
- Dies ist regelmäßig dann der Fall, wenn der Behandlungsvertrag durch den gesetzlichen Vertreter geschlossen wurde, jedoch auch hier hängt das von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit ab.
- Drittgeheimnisse - das sind solche, die einen Dritten (zB die Ehefrau des Aidspatienten), betreffen - sind grundsätzlich vom Geheimnisschutz erfasst, hier könnte es aber zu einer Werteabwägung kommen (Gefahr für die Ehefrau durch Geschlechtskontakt).

- Die Regeln für die Auskunftserteilung ergeben sich aus dem Institut der Stellvertretung. Gemäß § 154 ABGB sind die Eltern des minderjährigen Patienten Stellvertreter. Gemäß §187 ff ABGB kann auch ein Vormund mit der gesetzlichen Vertretung betraut werden.
- Der Geheimnisschutz kann auch durch höherwertige Güter (zB Datenweitergabe an die Sozialversicherung zwecks Abrechnung, bei Gefährdung der Allgemeinheit durch Verbreitung ansteckender Krankheiten oder durch die Entbindung vom Geheimnisschutz durch den Patienten) durchbrochen werden.

- **Ergebnis:** Jeder braucht die Zustimmung des einsichts- und urteilsfähigen Patienten. Bei nicht Einsichts- und Urteilsfähigen kann die mit der Pflege und Erziehung betraute Person, das heißt der gesetzliche Stellvertreter die Auskunft über den Gesundheitszustand erfahren, sofern dies für die weitere Pflege und Erziehung nötig sind.
- Bei Bewusstlosigkeit besteht ebenso ein Recht auf Auskünfte über den Gesundheitszustand mangels Geheimhaltungsinteresses des Patienten.
- Bei Adoption gelten die Regeln der Stellvertretung das heißt Auskunftsrecht etc auch für den Wahlvater.

Behandlung und Pflege

- Gem. § 8 Abs. 3 KAKuG darf Behandlung und Pflege nur mit Zustimmung des Pfleglings oder wenn die Handlungsfähigkeit nicht gegeben ist (unmündige Patienten) mit Einwilligung des gesetzlichen Vertreters (Eltern, Vormund) durchgeführt werden. Seit dem KindRÄG 2001 gelten jedoch besondere Regeln bei der Einwilligung zu Behandlung und Pflege (§ 146c ABGB).
- Die Fähigkeit zur Zustimmung hängt nicht mehr von Altersgrenzen, sondern von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Kindes ab.

- Behandlung und Pflege, die mit schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit oder Persönlichkeit verbunden ist, bedarf jedoch zusätzlich der Zustimmung der mit der Pflege und Erziehung betrauten Person. Weder Kinder noch Eltern können einer Maßnahme zustimmen, welche die Fortpflanzungsunfähigkeit des Kindes zur Folge hat. (§ 146 d ABGB).
- Jeder Eingriff ohne Einwilligung ist gem. § 110 StGB rechtswidrig.
- Bei Gefahr im Verzug entscheidet der ärztliche Leiter. Wenn der Stiefvater oder Lebensgefährte nicht der gesetzliche Vertreter ist, kann er Eingriffen nicht rechtswirksam zustimmen.

Verschwiegenheitspflicht §6 GuKG, §11c MTD-Ges.

- Gesundheitsberufe sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.
- Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn
 1. die durch die Offenbarung des Geheimnisses betroffene Person den Angehörigen eines Gesundheitsberufes von der Geheimhaltung entbunden hat oder
 2. die Offenbarung des Geheimnisses für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist oder



- 3. Mitteilungen des Angehörigen eines Gesundheitsberufes über den Versicherten an Träger der Sozialversicherung und Krankenanstalten zum Zweck der Honorarabrechnung, auch im automationsunterstützten Verfahren, erforderlich sind.

- Die Regelung über die Verschwiegenheitspflicht zielt darauf ab, dem Patienten einen möglichst weitgehenden **Vertrauensschutz** zu gewähren. Der Patient soll sich rückhaltlos seinem Arzt, Therapeuten, Pfleger anvertrauen und damit rechnen können, dass das, was er diesem anvertraut, niemand anderem zur Kenntnis gelangt.
- Die Frage, ob die Offenbarung eines Geheimnisses durch Interessen der Rechtspflege gerechtfertigt ist, kann nur aufgrund einer Interessenabwägung beantwortet werden.
- Von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht ist alles umfasst, was Rückschlüsse auf die in Ausübung seines Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse zulässt (*VwGH 16.09.1986, 85/14/0007*).

Auskunftspflicht §9 GuKG, §11b MTD-Ges.

- (1) Angehörige der Gesundheitsberufe haben
 - I. den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen,
 - II. deren gesetzlichen Vertretern oder
 - III. Personen, die von den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen als **auskunftsberechtigt benannt** wurden, alle Auskünfte über die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu erteilen.

- (2) Sie haben anderen **Angehörigen der Gesundheitsberufe**, die die betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen behandeln oder pflegen, die für die Behandlung und Pflege erforderlichen Auskünfte über Maßnahmen gemäß Abs. 1 zu erteilen.
- Der Patient hat das Recht auf **Einsicht in die** vom Arzt, Therapeuten, Pfleger oder im Krankenhaus geführte **Krankengeschichte auch nach Abschluss der Behandlung**. Die Erben oder nahen Angehörigen des Verstorbenen sind zur Einsicht berechtigt, wenn sie ein berechtigtes Interesse haben und dem Persönlichkeitsschutz nichts entgegensteht.

- Das trifft zu, wenn seine Einwilligung zur Offenbarung zu mutmaßen ist (**hypothetischer Parteiwillen**).
- Fehlt diese - nach Meinung des beklagten Arztes oder Krankenanstaltsträgers - , so hat das Gericht einen ärztlichen Sachverständigen zu bestellen, der zu beurteilen hat, ob die Verweigerung der **Offenbarung im Hinblick auf das fortwirkende Persönlichkeitsrecht** vom ärztlichen Standpunkt aus berechtigt ist. Bei teilweiser Berechtigung ist aber doch in den Rest der Krankengeschichte Einsicht zu gewähren. (*Entscheidung vom 16.11.1991, 10 Ob S 85/91*).

- **Verletzung der (ärztlichen) Aufklärungspflicht
Respektierung des Selbstbestimmungsrechts
des Patienten**
- Von besonderer Bedeutung in der Praxis ist die ärztliche Aufklärungspflicht, gegen die immer wieder bewusst oder unbewusst verstoßen wird. Sie soll eine optimale Kooperation des Patienten mit dem Behandler im Rahmen der Behandlung sicherstellen und ihn vor möglichen schädlichen Wirkungen bewahren. Sichergestellt werden soll dadurch aber vor allem die **freie Entscheidung des Patienten**, ob er in eine medizinische Behandlung einwilligen soll oder nicht. Dies ist das unverzichtbare **Selbstbestimmungsrecht des Patienten**.
- Eine Verletzung des **Selbstbestimmungsrechts des Patienten** bedeutet immer einen Verstoß gegen das unverzichtbare und **absolut wirkende Persönlichkeitsrecht des Patienten**, das von § 16 ABGB in Verbindung mit dem Bundes-Krankenanstaltengesetz und den Länder-Krankenanstaltengesetzen verfügt wird. Dieser wichtige Zusammenhang zwischen der ärztlichen Aufklärungspflicht und der Respektierung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten als Persönlichkeitsrecht wird von Medizinern immer wieder missverstanden.

- Ein Fehlen der ärztlichen Aufklärung führt zur **Rechtswidrigkeit des gesamten medizinischen Eingriffs**, weil ein Patient ohne entsprechende ärztliche Aufklärung über die Behandlung und die damit verbundenen Risiken keine gültige Einwilligung in diese abgeben kann. Zu beachten ist dabei: Das Nichteinholen der Zustimmung des Patienten macht den Arzt immer schadenersatzpflichtig; und zwar auch dann, wenn der ärztliche Eingriff erfolgreich war.
- Zu beachten ist nach der Rechtsprechung aber das Patientenwohl, das in der Praxis gern als Vorwand dazu genützt wird, um das Selbstbestimmungsrecht von Patienten zu umgehen oder zu schmälern.
- **Beispiele:**
- Bei einer **Kropfoperation** ist auf das Risiko mag es auch gering sein einer Stimmbänderlähmung hinzuweisen.

- Bei einer **Nierensteinentfernung** ist über die Möglichkeit unterschiedlicher Behandlungsmethoden aufzuklären.
- Bei einer **Herzoperation** ist auf das Risiko einer Hirnschädigung hinzuweisen.
- Ein Aufklärungsfehler liegt auch vor, wenn einem Patienten die von ihm einzuhaltenden **Verhaltensmaßregeln** zum Schutze seiner bestrahlten Haut nicht mitgeteilt wurden, weshalb er zu Schaden kommt.
- In einem anderen Fall wurde ein Patient unzureichend über die richtige **Dosierung** einer arsenhaltigen Lösung informiert, weshalb er einen Gesundheitsschaden erlitt.
- Über **Nebenwirkungen von Medikamenten**, etwa eine mit der Verabreichung verbundene eingeschränkte Lenkfähigkeit von Kraftfahrzeugen, ist ebenfalls aufzuklären.

- **Die therapeutische Aufklärung**
- Eine wichtige vertragliche Nebenpflicht des Behandlungsvertrags stellt die Pflicht zur **Ausstellung eines sogenannten Arztbriefes** nach Abschluss der Behandlung oder Operation dar. Dieser hat alle für die weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen zu enthalten. Er richtet sich an den Patienten sowie an die nachbetreuenden Ärzte und ist auf Wunsch dem Patienten selbst auszuhändigen.
- In der Praxis werden Arztbriefe nicht nur schlampig, sondern oft auch mit großer zeitlicher Verspätung erstellt. Das kann zu Behandlungsfehlern und idF zu Haftungen führen, wenn dadurch eine sachgemäße **(Nach)Behandlung** unterbleibt oder doch erst verspätet einsetzen kann.

- Die gesetzliche Anordnung (z.B. § 35 Abs 6 Tir-KAG), dass der Arztbrief **unverzüglich** auszustellen sei, bedeutet: ohne schuldhaftes Zögern! Die Beweislast für das korrekte Erfüllen dieser gesetzlichen Pflicht trägt die Krankenanstalt oder der behandelnde Arzt nach § 1298 ABGB in Verbindung mit § 1311 ABGB, sog Schutzgesetzverletzung; vgl Pkt. 2.3.1.
- Wünscht ein Patient eine **vorzeitige Entlassung**, ist darüber eine **Niederschrift** (Revers) aufzunehmen, die vom Patienten zu unterfertigen ist und in der er auf mögliche nachteiligen Folgen aufmerksam zu machen ist.

Selbstbestimmungsaufklärung

- Bei der **Selbstbestimmungsaufklärung** werden drei Bereiche unterschieden: Die Diagnoseaufklärung, die Behandlungsaufklärung und die Risikoaufklärung (OGH 29.01.2001, 3 Ob 87/00s). Im eingangs geschilderten Fall sind die möglichen Verletzungen nur bezüglich der Behandlungs- und Risikoaufklärung relevant.
- Bei nicht zugelassenen Medikamenten besteht gegenüber dem Patienten eine **gesteigerte Aufklärungspflicht**. Eine sorgfältige Dokumentation des Krankheitsverlaufs und der Gründe für den Gebrauch eines Medikamentes vermindern das Risiko einer Haftung.
- Nach ständiger Judikatur reicht zudem die Aufklärungspflicht umso weiter, je weniger der Eingriff (bzw. die Behandlung) aus Sicht eines vernünftigen Patienten vordringlich oder gar geboten ist. Dann ist die Aufklärungspflicht im Einzelfall selbst dann zu bejahen, wenn erhebliche nachteilige Folgen wenig wahrscheinlich sind.

- Bei einer Operation muss dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, frei zu entscheiden, ob er sich dem Eingriff auch dann unterziehen wolle, wenn dessen Ergebnis zweifelhaft ist. Dies gilt für jede Behandlung, in besonderem Maße aber für eine risikobehaftete Therapie mit nicht zugelassenen Medikamenten und fehlender Dringlichkeit.
- Ist eine Behandlung nicht eilig, so ist selbst dann, wenn sie medizinisch indiziert ist, eine **umfassende Aufklärung** notwendig; der Patient muss dann auch auf allenfalls bestehende alternative Behandlungsmethoden hingewiesen werden. Dabei sind **Vor- und Nachteile, verschiedene Risiken, verschieden starke Intensität des Eingriffes, differierende Folgen, Schmerzbelastung und die verschiedenen Erfolgsaussichten** gegeneinander abzuwägen.

- Die Aufklärungspflicht umfasst die Darstellung der Gründe, warum der Arzt die Zulassung eines Medikaments im konkreten Fall überschreiten will, die damit verbundenen Erwartungen, die auf diese Weise konkret abzuwendende Lebensgefahr oder Gefahr der schweren und nachhaltigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, den Stand der Erfahrungen dieser Methode, der bekannten Literatur und der Meinung einschlägiger Fachkreise etc.
- In besonderem Maß ist der Patient über bestehende Alternativen, insbesondere über die Möglichkeit der Anwendung zugelassener Medikamente und deren Vor- und Nachteile aufzuklären, weil eine Therapie mit nicht zugelassenen Medikamenten nur bei fehlenden oder inadäquaten Alternativen vertretbar ist.

- Generell hat der Arzt, Therapeut, Pfleger die rechtsgültige Einwilligung des Patienten zu der von ihm ins Auge gefassten Behandlung einzuholen, was eine Aufklärung des Patienten erfordert, die diesem eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen die vorgeschlagene Behandlung ermöglicht. Man spricht in diesem Zusammenhang vom „**informed consent**“.

- Dieser Grundsatz wird in der Judikatur sehr streng gehandhabt. Ausnahmen bestehen nur im Bereich des sog. „**therapeutischen Privilegs**“, wenn also das Patientenwohl aus ärztlicher Sicht den Verzicht auf eine Aufklärung erfordert, etwa weil die Risikoaufklärung den Patienten derart verunsichern würde, dass er eine notwendige Behandlung unterlassen könnte oder wenn die Dringlichkeit einer Behandlung, insbesondere bei Lebensgefahr, eine Aufklärung nicht zulässt oder wenn der Patient ausdrücklich auf Aufklärung verzichtet.
- Der Zustand des Patienten rechtfertigt eine Unterlassung nur bei entsprechender Dringlichkeit der Behandlung. Ohne diese Dringlichkeit ist der normale **modus procedendi** erforderlich, d.h. es ist für die Bestellung einer entsprechenden **Vertretung der nicht geschäftsfähigen Person** zu sorgen, dieser gegenüber die ärztliche Aufklärungspflicht zu erfüllen und die Einwilligung in die beabsichtigte Behandlung einzuholen.

- Im Falle fehlender bzw. unwirksamer Einwilligung des Patienten verantwortet der Arzt, Therapeut, Pfleger **eigenmächtige Heilbehandlung** (§ 110 Abs. 1 StGB).
- Hat die ohne Einwilligung oder ohne ausreichende Aufklärung des Patienten vorgenommene eigenmächtige Behandlung nachteilige Folgen, **haftet** daher der Arzt, Patient, Pfleger wenn der Patient sonst in die Behandlung nicht eingewilligt hätte, für die Folgen der Verwirklichung aufklärungspflichtiger Risiken selbst dann, **wenn** ihm bei der Behandlung **kein Kunstfehler** unterlaufen ist.

Wurde die erforderliche Aufklärung unterlassen und verwirklicht sich in der Folge (trotz des lege artis vorgenommenen Eingriffs) ein Risiko, dann kommen Schadenersatzansprüche in Betracht, sofern der Patient darlegen kann, dass er sich bei entsprechender Aufklärung der Behandlung nicht unterzogen hätte.

- Der Patient braucht nur darzulegen, dass er bei entsprechender Aufklärung nicht eingewilligt hätte. Wobei es genügt, wenn er das Gericht von einem **Entscheidungskonflikt** überzeugt., dh. dass er sich bei richtiger Aufklärung möglicherweise anders entschieden hätte, also die Behandlung gar nicht, zu einem späteren Zeitpunkt oder nach einer anderen Methode hätte durchführen lassen.
- Trotz der neueren Rechtsprechung des BGH, wonach der Patient substantiiert darlegen müsse, dass er bei ausreichender Aufklärung vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden wäre dürfen nach der Rechtsprechung des OGH **keine zu hohen Anforderungen an die vom Patienten geäußerten Gründe** gestellt werden, um nicht dessen individuellen Entscheidungsspielräume zu unterlaufen.
- Die **Beweislast verbleibt beim Arzt, Therapeuten, Pfleger** auf dessen Verstoß der Aufklärungspflicht die nicht mehr wiederherstellbare Willensbildung des Patienten zurückzuführen ist.

- Eine Behandlung mit nicht zugelassenen Medikamenten ist statthaft, wenn eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt, für die keine andere Therapie verfügbar ist und begründete Aussicht auf Behandlungserfolg besteht.
- Es besteht **erhöhte Aufklärungspflicht**.
- Ist eine Aufklärung nicht möglich, liegt bei dringenden Fällen die Entscheidung beim behandelnden Arzt, Therapeuten, Pfleger.
- In nicht dringenden Fällen empfiehlt sich bei handlungs- und geschäftsunfähigen Patienten, die Zustimmung des Sachwalters oder/und des Pflgerschaftsgerichts (zuständiges Bezirksgerichts) abzuwarten

- Der abgeschlossene Behandlungs-Pflegevertrag umfasst auch die Aufklärungspflicht. Der Arzt, Therapeut, Pfleger ist jedoch **nicht verpflichtet**, den Patienten **auf alle nur denkbaren nachteiligen Folgen** einer Behandlung oder ihrer Unterlassung hinzuweisen, wenn mit solchen Folgen nach dem Stand der Erfahrung im betroffenen Fall nicht zu rechnen ist. Erfolgte die **Aufklärung** zwar im nötigen Umfang, jedoch **ohne Aufnahme der** in den Krankenanstaltengesetzen normierten **Niederschrift**, so begründet die Verletzung der Bestimmung eine **Regelwidrigkeit**, die zum Schadenersatz wegen des Eintritts solcher nachteiligen Folgen verpflichtet. (*OGH 18.03.1981, 1 Ob 742/80; JBI 1981, 491*).

- Grundsätzlich ist **jeder Eingriff in die körperliche Integrität** eines Patienten - zum Zwecke der Behandlung ieS, aber auch zwecks Diagnose - **rechtswidrig**, soweit nicht eine wirksame Zustimmung des Patienten vorliegt. Letztere ist nur dann gegeben, wenn ihr eine ausreichende Aufklärung vorangegangen ist. Bei der Beurteilung der Anforderungen, die an den Umfang der Aufklärung des Patienten über mögliche schädliche Auswirkungen eines Eingriffs zu stellen sind, kommt es nicht allein auf die erfahrungsgemäß häufiger zu befürchteten **Komplikationen**, sondern auch auf das **Gewicht an, das möglicherweise nicht ganz außerhalb der Wahrscheinlichkeit liegende Risiken für den Entschluss des Patienten** haben könnten, in den Eingriff einzuwilligen.

- Besonders strenge Anforderungen an das Ausmaß der Aufklärung über mögliche Gefahren sind dann zu stellen, wenn der Eingriff nicht unmittelbar der Heilung oder der Rettung des Patienten, sondern der Diagnose dient. (*OGH 23.01.1986. 6 Ob 683/84*).
- **Bei Verletzung der Aufklärungspflicht haften Arzt bzw. Krankenanstalt in der Regel verschuldensunabhängig für alle nachteiligen Folgen der Behandlung, falls sich das aufklärungspflichtige Risiko verwirklicht hat.**

- Der Umfang ärztlicher Aufklärungspflicht vor Operatione ist (anderer Meinung die ältere Judikatur) eine Rechtsfrage. Grundsätzlich ist eine **Aufklärung des Patienten über schädliche Operationsfolgen dann nicht erforderlich, wenn Schäden nur in äußerst seltenen Fällen auftreten und anzunehmen ist, dass sie bei einem verständigen Patienten für seine Einwilligung in die Behandlung nicht ernsthaft ins Gewicht fallen.** Auf die typischen Risiken einer Operation ist aber - ganz unabhängig von der prozentmäßigen statistischen Wahrscheinlichkeit, also auch einer allfälligen Seltenheit eines Eintritts - hinzuweisen. Insoweit ist die **Aufklärungspflicht bei Vorliegen einer typischen Gefahr also verschärft.** Bei Verletzung der Aufklärungspflicht trifft den Arzt bzw den **Krankenhausträger die Beweislast dafür, ob der Patient auch bei ausreichender Aufklärung die Zustimmung zur Operation erteilt hätte.** (ÖGH 21.09.1989, 8 Ob 535/89).

- Die Aufklärungspflicht gilt nicht nur bei operativen Eingriffen, sondern auch bei der Verabreichung von Medikamenten. Für den **Grad der Aufklärung ist insbesondere die Schwere der potentiellen Folgen** der Behandlung bzw. deren Nebenwirkungen von Bedeutung. Auf objektiv unbedeutende Risiken oder Nebenwirkungen ist nur dann hinzuweisen, wenn für den Arzt, Therapeuten, Pfleger erkennbar ist, dass diese aus besonderen Gründen für den Patienten wichtig sind. (*OGH 12.07.1990, 7 Ob 593/90*).

Dokumentation §5 GuKG, §11 MTD-Ges.

- (1) Angehörige der Gesundheitsberufe haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren.
- (2) Die Dokumentation hat insbesondere die **Anamnese**, die **Diagnose**, die **Behandlung** und die **gesetzten Maßnahmen** zu enthalten.
- (3) Den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen oder deren gesetzlichen Vertretern ist auf Verlangen **Einsicht in die Dokumentation** zu gewähren.
- (4) Bei **freiberuflicher Berufsausübung** sind die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation dienlichen Unterlagen mindestens **zehn Jahre** aufzubewahren.

- **Aufgaben des Fachausschusses**
- **Berufspolitische Aufgaben**
 - • Betreuung der AK-Mitglieder in den Gesundheitsberufen hinsichtlich ihrer Interessen auf Arbeit, soziale Sicherheit und Berufspolitik
 - • Koordination der Interessen der Gesundheitsberufe mit Ausschüssen, Gremien und Versammlungen der AK Wien.
 - • Mitwirkung und Weiterentwicklung der Ausbildungsvorschriften für Gesundheitsberufe
 - • Durchführung von Seminaren, Vorträgen und Veranstaltungen
 - • Unterstützung für Gesundheitsberufe hinsichtlich ihrer persönlichen, wirtschaftlichen, arbeitsrechtlichen und sozialen Belange
- **Gesundheitspolitische Aufgaben**
 - • Beratung und Unterstützung der AK-Wien bei gesundheitspolitischen Forderungen
 - • Initiierung von Gesetzen und Verordnungen und Mitwirkung an deren Vorbereitung für die Gesundheitsberufe im Rahmen der Gesundheitspolitik
 - • Mitwirkung und Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit
- **Der Fachausschuss für Gesundheitsberufe vertritt alle Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe (28 Berufsgruppen)**
- **Im Fachausschuss für Gesundheitsberufe arbeiten VertreterInnen aus fünf Fachgewerkschaften zusammen!**
 - **Gewerkschaft der Gemeindebediensteten (GdG)**
 - **Gewerkschaft der Privatangestellten (GPA)**
 - Gewerkschaft vida
 - **Gewerkschaft öffentlicher Dienst (GÖD)**
 - **Gewerkschaft Kunst, Medien, Sport, freie Berufe (KMSfB)**
- **Homepage Fachausschuss Gesundheitsberufe der AK Wien**
- **www.fa-gesundheitsberufe.at**