

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

TEL. 0222/711 32

TELEX 136682 hvsvt a

TELEFAX 711 32 3777

DVR 0024279

KI. 1201/DW

Zl. 12-43.0/93 Rf/En

Wien, 20. Januar 1993

An das
Präsidium des Nationalrates

Parlament
1017 Wien

MINI GESETZENTWURF
139 -GE/19-02
Datum: 21. JAN. 1993
22. Jan. 1993 <i>Pa</i>

- Betr.:** Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird; allgemeines Begutachtungsverfahren
- Bezug:** Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz an den Hauptverband vom 30. Oktober 1992, GZ. 21.601/7-II/A/5/92

Das Bundesministerium für Justiz hat uns ersucht, Ihnen 25 Ausfertigungen unserer Stellungnahme zu übersenden.

Wir übermitteln Ihnen hiemit die erbetenen Kopien.

Der Generaldirektor:

Beilagen

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL. 0222/711 32 TELEX 136682 hvsvt a TELEFAX 711 32 3777 DVR 0024279
KI. 1203 DW

Zl. 12-43.0/93 Rf/En

Wien, 18. Januar 1993

An das
Bundesministerium für Gesundheit,
Sport und Konsumentenschutz

Radetzkystraße 2
1031 Wien

Betr.: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Kranken-
anstaltengesetz geändert wird;
allgemeines Begutachtungsverfahren

Bezug: Ihr Schreiben vom 30. Oktober 1992, GZ. 21.601/7-II/A/5/92;
unsere Zwischennachricht vom 28. Dezember 1992 zur selben Zahl

Allgemeine Anmerkungen zum Entwurf

Der Hauptverband begrüßt grundsätzlich die im Entwurf vorgesehe-
nen Änderungen, die der Umsetzung der Expertenforderungen im Zusammen-
hang mit den Vorfällen im Krankenhaus Lainz dienen. Die beabsichtigte Novel-
lierung ist insbesondere auch deshalb von Bedeutung, da hiedurch eine weit-
gehend einheitliche Vorgangsweise in den einzelnen Landesausführungsgeset-
zen sichergestellt wird.

Unseres Erachtens sollte jedoch hierbei stärker zwischen bettenfüh-
renden und nicht bettenführenden Krankenanstalten differenziert werden, um
eine unverhältnismäßige Erhöhung des Verwaltungsaufwandes in kleineren
Krankenanstalten zu verhindern, der in Verbindung mit der Erweiterung der in
den Krankenanstalten zu errichtenden Kommissionen nicht nur bei den von
den Sozialversicherungsträgern betriebenen selbständigen Ambulatorien zu ei-
ner erheblichen Kostensteigerung führen würde.

Der Hauptverband anerkennt auch, daß durch die neuen Regelungen über Psychotherapeuten und Psychologen versucht werden soll, die Betreuung der Patienten in den Krankenanstalten und deren Gesundungschancen zu verbessern. In den vom Entwurf dazu zur Diskussion gestellten Überlegungen bestehen jedoch Bedenken, die weiter unten noch konkretisiert werden.

Jedenfalls sollten die an den Hauptverband herangetragenen bzw. ihm wichtig erscheinenden Alternativen zur Verbesserung der psychischen Betreuung in den Krankenanstalten mit den im Entwurf vorgeschlagenen Maßnahmen abgewogen werden.

Ihrem Ersuchen entsprechend haben wir 25 Kopien dieser Stellungnahme an das Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfs

Zu Art. I Z. 3 (§ 3) und Z. 4 (§ 3c) des Entwurfs

a) Der Hauptverband lehnt die Bedarfsprüfung im Verfahren zur Bewilligung der Errichtung von selbständigen Ambulatorien der Krankenversicherungsträger ausdrücklich ab, da diese dem gesetzlichen Auftrag der Sozialversicherung, eine ausgewogene Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, widerspricht.

Das Krankenanstaltenrecht ist schon aus verfassungsrechtlichen Gründen (Sozialversicherungsrecht ist Bundessache gemäß Art. 10 Abs. 1 Z. 11 B-VG) nicht der Ort, die Vollziehung der Sozialversicherungsgesetze durch die Sozialversicherungsträger einzuschränken.

Aber selbst dann, wenn diese Regelung beibehalten werden würde, wäre die **Parteistellung der Ärztekammer im Verfahren zur Inbetriebnahme (§ 3c) von selbständigen Ambulatorien der Krankenversicherungsträger** weder notwendig noch zweckmäßig, da die Ärztekammern auch in diesem Verfahren nur Bedarfsfragen ansprechen. Diese nicht mehr zur behandelnden Argumente führen zu erheblichen Verfahrensverzögerungen.

Die Praxis zeigt, daß im Verfahren über die Inbetriebnahme kein Bedarf mehr daran besteht, ärztlichen Standesvertretungen Parteidrechte einzuräumen, weil die in diesem Verfahren zu diskutierenden Themen technischer Natur sind und vom Aufgabenkreis der Interessenvertretungen nicht umfaßt werden.

b) Das Mitspracherecht der Ärztekammer, Dentistenkammer und der Interessenvertretung privater Krankenanstalten muß differenziert gesehen werden. Eine Parteistellung der Interessenvertretung privater Krankenanstalten ist dort vernünftig, wo es allgemein um Anträge privater Krankenanstalten geht. Eine Parteistellung der Österreichischen Ärztekammer bzw. Dentistenkammer ist nur im Hinblick auf die **Bedarfsprüfung** bei selbständigen Ambulatorien außerhalb der Sozialversicherung sachlich gerechtfertigt.

Nach Auffassung des Hauptverbandes wäre daher § 3c Abs.2 des Entwurfs in zwei Absätze aufzuspalten, und zwar in eine Regelung der **Parteistellung im Verfahren über ambulante Einrichtungen** (Ärztekammer, Dentistenkammer, Interessenvertretung privater Krankenanstalten und Sozialversicherungsträger) und in eine Regelung der **Parteistellung im Verfahren über andere Krankenanstalten** (wobei Sozialversicherungsträger immer, gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten nur in Errichtungsbewilligungsverfahren von privaten Krankenanstalten) Parteistellung haben dürften.

Die Parteistellung der Sozialversicherungsträger in allen Bedarfsprüfungsverfahren ist deshalb gerechtfertigt, weil es die Aufgabe der Sozialversicherung ist, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und die eingenommenen Versicherungsbeiträge möglichst wirksam einzusetzen. Ferner trägt die gesetzliche Krankenversicherung wesentlich zur Krankenanstaltenfinanzierung bei.

c) Die in § 3c Abs. 3 des Entwurfs vorgesehene generelle Beteiligtenstellung der freiwilligen beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen und der Psychotherapeuten könnte zu einer Verzögerung des Verfahrens und zu rechtlich nicht haltbaren Ungleichbehandlungen führen, da kein Ansatzpunkt dafür sichtbar ist, warum dann nicht auch die Interessenvertretungen der anderen am Anstaltsbetrieb interessierten Personen Beteiligtenstellung haben sollten.

Es sollte daher - wenn überhaupt - die bisherige Regelung, die lediglich eine Beteiligtenstellung der gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen der Ärzte und Dentisten im Verfahren zur Bewilligung der Errichtung von Ambulatorien der Krankenversicherungsträger vorsieht, übernommen werden, weshalb § 3c Abs. 1 des Entwurfs entsprechend zu ergänzen wäre.

d) Das Verhältnis des § 3 Abs. 4 des Entwurfs zu § 3c Abs. 2 des Entwurfs ist unklar.

Im § 3c Abs. 2 des Entwurfs ist vorgesehen, daß im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung einer Krankenanstalt die zuständige Ärztekammer, bei Zahnambulatorien auch die österreichische Dentistenkammer, hinsichtlich des nach § 3 Abs. 1 Z. 1 zu prüfenden Bedarfs **Parteistellung** im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 133 Abs. 2 B-VG haben sollen.

Im § 3 Abs. 4 des Entwurfs ist für diese Interessenvertretungen im Bewilligungsverfahren lediglich ein **Anhörungsrecht** statuiert, sofern nicht die §§ 3b Abs. 1 und 3c Abs. 1 und 2 des Entwurfs anzuwenden sind.

Diese Bestimmung dürfte zwar dahingehend zu interpretieren sein, daß die genannten Interessenvertretungen bei Bewilligungsverfahren zur Errichtung von selbständigen Ambulatorien neben der Parteistellung bei Prüfung des Bedarfs auch in allen anderen Fragen anzuhören sind, doch sollte dies zumindest in den Erläuterungen eindeutig klargestellt werden.

Es sei im gegebenen Zusammenhang überdies bezweifelt, ob es überhaupt zweckmäßig ist, diesen Interessenvertretungen solch weitgehende Anhörungsrechte zuzugestehen, anderen Interessenvertretungen aber nicht (Gleichbehandlungsgrundsatz).

Überdies sollte im § 3c des Entwurfs eindeutig festgelegt werden, daß jedenfalls auch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse im Bedarfsprüfungsverfahren beizuziehen ist.

Zu Art. I Z. 5 (§ 4) des Entwurfs

In dieser Bestimmung ist vorgesehen, daß jede geplante Veränderung in der apparativen Ausstattung der Krankenanstalt der Landesregierung anzuzeigen ist. Darüber hinaus sollen Änderungen, die als wesentlich anzusehen sind, einer Betriebsbewilligung der Landesregierung bedürfen.

Unseres Erachtens sollten von dieser Anzeigepflicht zumindest jene Veränderungen in der apparativen Ausstattung ausgenommen werden, durch die lediglich bereits bestehende Apparate und Einrichtungen von im wesentlichen gleicher medizinischer und technischer Ausstattung und Wirkungsweise ersetzt werden. Ebenso wäre es zur Vermeidung unnötiger Verfahrensaufwendungen überlegenswert, eine Anzeigepflicht lediglich für Veränderungen ab einer gewissen Größenordnung vorzusehen.

Zu Art. I Z. 7 (§ 6 Abs. 3 Z.5) des Entwurfs

Diese Bestimmung sollte dahingehend ergänzt werden, daß auch dem Pflegling bzw. seinem gesetzlichen Vertreter eine Abschrift zumindest jenes Inhaltes der Krankengeschichte zu übergeben ist, die ohne Gefährdung therapeutischer Maßnahmen ausgefolgt werden kann.

Zu Art. I Z. 8 (§ 6a) des Entwurfs

Bereits aufgrund der geltenden Fassung des § 6a Bundeskrankenanstaltengesetz ergeben sich hinsichtlich der landesgesetzlichen Normierung der kollegialen Führung in der Praxis erhebliche Probleme.

Unseres Erachtens sollte daher bereits im Bundeskrankenanstaltengesetz genauer definiert werden, welche Aufgaben durch die kollegiale Führung der Krankenanstalten erfüllt werden sollen und wer letztlich verantwortlich (haftbar!) ist.

Überdies äußert der Hauptverband zur Einbindung des psychotherapeutischen und psychologischen Dienstes in die kollegiale Führung Bedenken dahin, daß diese Erweiterung der Notwendigkeit einer eindeutigen Zuordnung der Verantwortung für die Behandlungsführung zuwiderlaufen könnte. Wer ist verantwortlich, wenn die Auffassungen von Arzt und Psychotherapeut divergieren? Und wessen Standpunkt soll letztlich angewendet werden?

Zu Art. I Z. 11 (§ 8 Abs. 1) des Entwurfs

Nach dieser Bestimmung soll neben der unmittelbaren medizinischen Erbringung ärztlicher Leistungen für medizinische Anliegen der Pflegenden ständig ein Arzt zur Verfügung stehen.

In dieser Bestimmung sollte näher ausgeführt werden, in welcher Form hierfür vorgesorgt werden soll. Es sei auch darauf hingewiesen, daß eine Verpflichtung, wonach zusätzlich zum Behandler noch ein weiterer Arzt zur Verfügung stehen muß, für selbständige Ambulatorien einen unverhältnismäßigen Mehraufwand zur Folge hätte.

Welche Aufgaben soll dieser Arzt haben? Das "zur Verfügung stehen" wird wohl nicht bedeuten dürfen, daß für jeden Patienten **dauernd** ein Arzt (!) vorhanden sein müßte oder daß ärztliche Dienste deswegen verdoppelt werden müßten. Klargestellt werden sollte auch, daß der "zur Verfügung stehende" Arzt tatsächlich nur als "Ansprechpartner" zur Verfügung steht, nicht aber als Behandler, weil dies - nachdem der ärztliche Beruf teilweise in Fachgebieten ausgeübt wird - Kollisionen mit dem ärztlichen Standesrecht zur Folge haben könnte (fachgebietsüberschreitende Tätigkeiten!).

Zu Art. I Z. 12 (§ 8a) des Entwurfs

Nach dieser Bestimmung soll in bettenführenden Krankenanstalten zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des Krankenpflegedienstes als Hygienefachkraft bestellt werden, wobei diese Tätigkeit hauptberuflich auszuüben ist.

In den Erläuterungen wird hiezu angeführt, daß für Sonderkrankenanstalten eine Hygienefachkraft für 1000 Betten als angemessen erachtet wird. Eine entsprechende Formulierung wäre auch in den Gesetzestext aufzunehmen.

Da in den meisten Sonderkrankenanstalten diese Bettenanzahl nicht annähernd erreicht wird, wäre es überlegenwert, eine hauptberufliche Hygienefachkraft auch für mehrere Sonderkrankenanstalten gemeinsam vorzusehen; dies sollte auch dann zulässig sein, wenn von einem Sozialversicherungsträ-

ger als Krankenanstaltenträger in mehreren Bundesländern Sonderkrankenanstalten betrieben werden. Eine analoge Regelung wäre auch für selbständige Ambulatorien sachlich gerechtfertigt.

Zu Art. I Z. 13 (§ 8c) des Entwurfs

In dieser Bestimmung sollte ausdrücklich festgelegt werden, daß die klinische Prüfung von Arzneimitteln in Krankenanstalten jedenfalls nur nach einer Entscheidung der Ethikkommission zulässig ist.

Nach dieser Bestimmung sind in Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln vorgenommen werden, Ethikkommissionen einzurichten, wobei diese Kommissionen auch die Anwendung neuer medizinischer Methoden und neuer Medizinprodukte zu beurteilen haben. Unseres Erachtens sollte eindeutig klargelegt werden, in welcher Weise die Beurteilung erfolgen soll bzw. welche Wirkung diese Beurteilung hat. Eine entsprechende Formulierung wäre auch in den Gesetzestext aufzunehmen.

Entsprechend unserer Stellungnahme zum zuletzt übermittelten Entwurf einer Änderung des Arzneimittelgesetzes regen wir auch zur gegenständlichen Ethikkommission an, daß diese unbedingt einen kompetenten Stamm an qualifizierten Personen aufweisen muß. Ganz wesentlich hierbei ist die ausreichende Anzahl von Vertretern der klinischen und theoretischen Medizin, die über kompetentes Fachwissen verfügen und somit nachweislich ausreichend die notwendige Kenntnis und Erfahrung besitzen (vgl. hierzu unser Schreiben an das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz vom 17. November 1992, Zl. 12-43.00/92 Rf/En).

Andere Personengruppen, wie z. B. Psychotherapeuten und Psychologen, sollten nur dann beigezogen werden müssen, wenn ein Testverfahren bzw. eine medizinische Methode betroffen ist, die im Zusammenhang mit ihrem Fachbereich steht.

Ergänzend hierzu regt der Hauptverband an, daß der Ethikkommission entsprechend der geltenden Rechtslage auch ein Vertreter des Rechtsträgers der Krankenanstalt angehören soll, da eine Entscheidung für die klinische Prüfung eines Arzneimittels auch zivilrechtliche Konsequenzen für den Rechtsträger der Krankenanstalt haben kann.

Zu Art. I Z. 14 (§ 8d) des Entwurfs

Durch die internen Maßnahmen der Qualitätssicherung sollen die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität verbessert werden, wobei die Maßnahmen so zu gestalten sind, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden.

Die Mittel zur Erreichung dieser Ziele sollten näher definiert werden. Zwar werden in den Erläuterungen verschiedene Indikatoren für Qualität im Krankenanstaltenbereich, wie z. B. "Mindestanzahl von qualifiziertem Personal, Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten und bauliche und organisatorische Voraussetzungen" genannt, jedoch finden diese Ausführungen im Gesetz selbst keinen Niederschlag.

Die nähere Definition dieser Mittel bereits im Gesetzestext erscheint auch deshalb unerlässlich, da ein möglichst hoher Qualitätsstandard bundesweit einheitlich gewährleistet werden soll.

Überdies ist es zweifelhaft, ob die vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ohne Einschränkungen auch für kleinere Ambulatorien jedenfalls zweckmäßig sind. Unseres Erachtens sollten für diese ambulanten Einrichtungen spezifische Regelungen getroffen werden.

Zu Art. I Z. 15 (§ 10 Abs. 1 Z. 1) des Entwurfs

Nach dieser Bestimmung sollten auch im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten die dafür maßgebenden Gründe dokumentiert werden.

Diese Bestimmung ist jedoch nicht auf bettenführende Krankenanstalten eingeschränkt und würde daher bei Anwendung auf die Ambulatorien einen enormen administrativen Mehraufwand bedeuten, weshalb eine Aufzeichnungspflicht im gegebenen Zusammenhang für Ambulatorien nur bei gravierenden medizinischen Problemlagen vorgesehen werden sollte.

Zu Art. I Z. 15 (§ 10 Abs. 1 Z. 2) des Entwurfs

In den Erläuterungen zu dieser Bestimmung sollte näher ausgeführt werden, was unter "Aufklärung des Pfleglings" zu verstehen ist. Andernfalls könnte diese Bestimmung dahingehend interpretiert werden, daß beinahe jedes Gespräch mit dem Pflegling zu dokumentieren wäre. Dies dürfte nicht im Sinn des Entwurfes liegen.

Zu Art. I Z. 16 (§ 10 Abs. 1 Z. 4) des Entwurfs

Die in dieser Bestimmung vorgesehene Einschränkung, wonach eine Übermittlungspflicht an die Sozialversicherungsträger nur dann besteht, soweit dies zur Wahrnehmung der dem Sozialversicherungsträger obliegenden Aufgaben erforderlich ist, ist unseres Erachtens nicht notwendig, da sich dies bereits aus den Sozialversicherungsgesetzen ergibt.

Durch die ausdrückliche Normierung dieser Einschränkung ist jedoch zu erwarten, daß es durch Rückfragen bei der Übermittlung von Unterlagen zu erheblichen Verzögerungen kommt. Die Einschränkung sollte ersatzlos entfallen.

Zu Art. I Z. 17 (§ 10 Abs. 1 Z. 7) des Entwurfs

Im Zusammenhang mit dem vorgeschlagenen "Patiententestament" sei darauf hingewiesen, daß es dem Patienten nur dann möglich sein wird, gültige Verfügungen bezüglich bestimmter Behandlungsmethoden zu treffen, wenn er zu Beginn der Erkrankung **exakt über alle möglichen und denkbaren Stadien** dieser Erkrankung bzw. der damit verbundenen Komplikationen und über alle je nach Fortschreiten der Erkrankung anzuwendenden Behandlungsmethoden nachweislich informiert wird. In der Praxis wird eine solche (dokumentierungspflichtige!) Information oft unmöglich sein, wodurch es zu "Testamentsanfechtungen" wegen Irrtums bzw. unvollständiger Aufklärung kommen wird.

Zu Art. I Z. 20 (§ 11b, § 11c und 11d) des Entwurfs

a) Die Idee die "psychotherapeutische Haltung" des Krankenhauspersonals zur Hebung des Humanisierungsgrades im Krankenhaus zu verbessern, wird prinzipiell gutgeheißen. Allerdings solle die Komponente "Menschliches Verhalten" als Aufgabe aller in der Krankenanstalt tätigen Personen nicht zu einem Arbeitsgebiet einer fest umrissenen Berufsgruppe gemacht werden, weshalb auch die davon ausgehende und im Entwurf zur Diskussion gestellte Schaffung eines berufsspezifischen Dienstes nochmals zu überlegen wäre. Nach Meinung des Hauptverbandes besteht nämlich die Gefahr, daß in der Praxis vereinzelt eine derartige Zuordnung zur "Abschiebung" dieser wichtigen Aufgabe durch eine an eine andere in der Krankenanstalt tätige Personengruppe benutzt wird und es in der Folge eine Reduktion bzw. möglicherweise sogar ein Verlust der Geläufigkeit im persönlichen Umgang mit den Patienten eintritt.

Der Hauptverband meint daher, daß eine eingehende psychologische Schulung (z. B. in Gesprächstechniken) des Personals in Krankenanstalten eine deutliche Verbesserung in der psychischen Betreuung der Patienten sicherstellt, was in einer entsprechenden Adaption des § 11d des Entwurfs zum Ausdruck kommen sollte. Hiedurch wäre auch gewährleistet, daß es nicht zu einer sinnwidrigen Trennung zwischen medizinischer Behandlung und Betreuung im zwischenmenschlichen Bereich kommt.

Die Verpflichtung, in den Krankenanstalten **psychologisch geschultes** Personal einzusetzen, das den derzeit in den Krankenanstalten tätigen Berufsgruppen anzugehören hätte, wäre auch in § 3a Z.6 des Entwurfs vorzusehen, wobei die Aufgabe zur psychischen Betreuung der Patienten in § 6 Abs. 3 Z.7 des Entwurfs festzulegen wäre. Die in diesen Bestimmungen nach der vorliegenden Textfassung enthaltenen Regelungen, die lediglich das psychologische bzw. psychotherapeutische Personal betreffen, wären ersatzlos zu streichen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Krankenanstalten beträgt zehn Tage. Abgesehen davon, daß nicht jeder Tag davon für die Durchführung einer erfolgsversprechenden Psychotherapie in Betracht kommt, hält es der Hauptverband für zweckmäßiger, Vorsorge für Kriseninterventionen, z. B. bei Suizidgefährdung, in den Krankenanstalten zu treffen. Hiefür empfiehlt sich die Errichtung von ambulanten Diensten in den psychiatrischen Abteilungen der Spitäler, die im Bedarfsfalle in Anspruch genommen und/oder über die im Anlaßfall Fachkräfte (Konsulenten) beigezogen werden können.

Im gegebenen Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, daß die Anwendung psychotherapeutischer Methoden als ergänzende Maßnahme (Begleitmaßnahme) bei stationären Aufenthalten, eine eindeutigen Zuordnung der Verantwortlichkeit für die Behandlung erschweren könnte. Es wäre daher überlegenswert, die Durchführung der stationären psychotherapeutische Behandlung ausschließlich in hiefür eingerichteten Abteilungen vorzusehen.

b) Eine uneingeschränkte **Anstellungspflicht** für klinische Psychologen in Krankenanstalten erscheint nicht notwendig. Unseres Erachtens wäre diese nur im Fall eines konkreten Bedarfs in bestimmten Abteilungen (psychiatrische, neurologische, psychosomatische und Unfallabteilungen) sachlich gerechtfertigt.

Aber auch in diesen Fällen sollte es der freien Entscheidung der Krankenanstalt überlassen bleiben, in welcher Art dieser Bedarf gedeckt wird.

So wäre es durchaus möglich, daß der Bedarf nach psychologischer Betreuung in einer Krankenanstalt durch eine Halbtags­tätigkeit des psychologischen Dienstes oder durch Konsiliarpsychologen sichergestellt werden kann.

Überdies ist die vorgesehene Aufgliederung des psychologischen Dienstes in einer Organisationseinheit für klinisch-psychologische Diagnostik und in eine Organisationseinheit für "psychologische Behandlung" unseres Erachtens nicht notwendig. Der klinische Psychologe, der an einem Patienten diagnostisch tätig geworden ist, wird zweckmäßigerweise auch die weitere Betreuung durchführen. Gerade ein derartiges Vorgehen muß als patientenorientiert und praxisbewährt angesehen werden.

c) Die in § 11b Abs. 3 des Entwurfes als ständige Konsiliarpsychologen vorgesehenen Gesundheitspsychologen sollen nach den Erläuterungen mit patientenbezogenen Aufgabenstellungen in Krankenanstalten, wie z. B. der Erstellung von Programmen zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und Einstellungen der Patienten, betraut werden.

Diese Aufgaben sind jedoch **keinesfalls Bestandteil der stationären (medizinischen) Behandlung**, weshalb der Hauptverband die Verankerung von Gesundheitspsychologen im Bundeskrankenanstaltengesetzes ohne nähere Differenzierung ablehnt.

c) Zusammenfassend ist der Hauptverband der Ansicht, daß die vorgeschlagene Verpflichtung zur Einrichtung eines psychotherapeutischen Dienstes und eines psychologischen Dienstes eine erhebliche Kostensteigerung zur Folge hätte, deren Ausmaß durch die im Entwurf festgehaltenen Überlegungen nicht von vornherein in voller Höhe gerechtfertigt erscheint und die letztlich auch zu einer finanziellen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen könnte. Die Verbesserung der psychischen Betreuung der Patienten sollte vielmehr durch eine entsprechende Schulung des bereits in den Krankenanstalten tätigen Personals selbst vorbereitet werden.

Zu Art. I Z. 20 (§ 11e) des Entwurfs

Die in dieser Bestimmung verpflichtend vorgesehene Supervision sollte nicht unterschiedslos für alle Krankenanstalten gelten.

Unseres Erachtens sollte auch in diesem Zusammenhang auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot der Anstalt Bezug genommen werden.

Überdies sollte bei der Berechtigung zur Supervision nicht auf die Berechtigung zur Führung einer *Berufsbezeichnung*, sondern ausschließlich auf die Berufserfahrung und die entsprechende supervisorische *Ausbildung* Bezug genommen werden.

Zu Art. I Z. 24 (§ 13 Abs. 1) des Entwurfs

Wie auch in den Stellungnahmen zu den vergleichbaren Bestimmungen im Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz und Ärztegesetz vertritt der Hauptverband auch bei Krankenanstalten die Ansicht, daß die vorgeschlagene Lockerung des Werbeverbots für die Patienten nicht günstig sein muß, weil - um Werbeinhalte beurteilen zu können - ein gewisses Vorverständnis des betreffenden Fachgebietes vorhanden sein muß, das auf medizinischem Sektor nicht immer vorausgesetzt werden kann.

Zu Art. I Z. 26 und 36 (§ 16 Abs. 2 und § 46) des Entwurfs

Der Hauptverband tritt dafür ein, daß die in diesen Bestimmungen vorgesehene Wahlmöglichkeit **nicht auf die Sonderklasse eingeschränkt** werden soll, um eine Differenzierung im medizinischen Bereich zwischen allgemeiner Gebührenklasse und Sonderklasse zu vermeiden, die unseres Erachtens sachlich nicht gerechtfertigt wäre.

Zu Art. I Z. 29 (§ 27a Abs. 1) des Entwurfs

Nach dieser Bestimmung sollen von der Kostenbeitragspflicht jedenfalls Personen, die in Anstaltspflege im Falle der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, ausgenommen werden.

Hiebei ist jedoch zu bedenken, daß gemäß § 161 ASVG (und den Parallelbestimmungen in den Sondergesetzen) die Pflege in einer Krankenanstalt für die Entbindung längstens für zehn Tage zu gewähren ist. Es stellt sich daher die Frage, ob auch bei einem Krankenhausaufenthalt von mehr als zehn Tagen nach der Entbindung jedenfalls kein Kostenbeitrag zu leisten ist.

Sollte dies der Fall sein, so wären auch die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen im gegebenen Zusammenhang, die einen Selbstbehalt bei Anstaltspflege vorsehen, mit dieser Bestimmung zu koordinieren.

Zu Art. I Z. 38 (§ 60) des Entwurfs

Gemäß § 60 Abs. 2 des Entwurfs soll den Organen der Bezirksverwaltungsbehörde das Recht eingeräumt werden, jederzeit Zutritt zur Krankenanstalt zu nehmen. Im Hinblick auf die Geltung dieser Bestimmung auch für Ambulatorien sollte der Ausdruck "jederzeit" durch den Ausdruck "während der Betriebszeit" ersetzt werden.

Der Generaldirektor:

