

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Inhalt:

Mit dem Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (GesBRÄG 2007), BGBl. I Nr. 57/2008, wurde im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) die Rechtsgrundlage für die Ermöglichung von FH-Bachelorstudiengängen für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege geschaffen. In den Erläuternden Bemerkungen zur damaligen Regierungsvorlage (vgl. Erläuterungen, Besonderer Teil, Z 9 letzter Satz der RV 435 und zu 435 der Beilagen XXIII. GP) wurde im Zusammenhang mit dem Verweis auf weitere Reformschritte Folgendes festgehalten: „Neben der verpflichtenden Evaluierung gemäß FHStG sind auch die derzeitigen Ausbildungsformen in der Gesundheits- und Krankenpflege zu evaluieren, um weitere Reformschritte setzen zu können.“

Um dieser Absichtserklärung zu entsprechen, wurde in der Folge die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, sämtliche GuK-Ausbildungsbereiche (Aus-, Weiter- und Sonderausbildungen) einer umfassenden Evaluierung zu unterziehen. Die Evaluierungsergebnisse sollten schließlich als Entscheidungsgrundlage für weitere Reformmaßnahmen in der Gesundheits- und Krankenpflege im Sinne eines Gesamtreformkonzeptes dienen.

Die erzielten Evaluierungsergebnisse wurden seitens der GÖG veröffentlicht (vgl. *GÖG/ÖBIG*, Gesundheits- und Krankenpflege I. Evaluierung der Ausbildungsbereiche. Kontext- und Bedarfsanalyse, Band I, und Evaluierung der Ausbildungsbereiche, Band II, Wien 2012). Die Zwischenergebnisse zeigen einen umfassenden Adaptierungsbedarf der berufs- und ausbildungsrechtlichen Regelungen über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe an die Bedürfnisse der sich wandelnden Praxis im Gesundheits- und Pflegebereich auf.

Als wesentliche Eckpfeiler des Reformbedarfs haben sich im Laufe des Evaluierungsprojektes der GÖG folgende wesentliche Punkte herauskristallisiert:

- eine zeitgemäße Gestaltung und Aufwertung des Berufsbilds und Tätigkeitsbereichs sowie der Ausbildung der Pflegehilfe einschließlich Umbenennung in Pflegeassistentz,
- Aufhebung der speziellen Grundausbildungen des gehobenen Dienstes (Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege) zugunsten einer noch stärker generalistisch auszurichtenden Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege,
- Aktualisierung der Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der Möglichkeit von Kompetenzvertiefung und -erweiterung,
- vollständige Überführung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in den tertiären Sektor,
- notwendige Modernisierung der Regelungen über die Ausübung der und Sonderausbildung für Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben sowie der Regelungen über Weiterbildungen.

Auch der laufende Gesundheitsreformprozess Zielsteuerung-Gesundheit enthält u.a. die Zielsetzung, dass die Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen, somit auch der Pflegeberufe, sich systematisch über das gesamte Berufsleben an den Versorgungserfordernissen zu orientieren hat (vgl. Artikel 6, Punkt 6.3. des Bundes-Zielsteuerungsvertrages, abgeschlossen zwischen dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern).

Am 14. Mai 2014 hat die LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz den Beschluss gefasst, an den damaligen Bundesminister für Gesundheit den Antrag zu stellen, Punkt 6.3. des Bundes-Zielsteuerungsvertrages umgehend für die Pflegeberufe umzusetzen. Die abgestimmten Kompetenzprofile der unterschiedlichen Pflegeberufe und die Qualifikationskaskade wären an die Erfordernisse einer modernen Gesundheitsversorgung anzupassen und zu regeln. In diesem Zusammenhang wurde ein Modellvorschlag der Bundesländer vorgelegt, der – in mehreren Punkten vergleichbar mit den Reformvorschlägen der GÖG – insbesondere eine Reform der Pflegehilfe in Verbindung mit der Akademisierung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vorschlägt, Spezialisierungsmöglichkeiten für die neue Pflegeassistentz fordert und Überlegungen zur Entlastung der Ärzteschaft enthält.

Ausgehend von diesen Reformvorschlägen hat das Bundesministerium für Gesundheit ein entsprechendes Reformkonzept erarbeitet, das die Pflegeausbildungen NEU auf den Basisprinzipien der Durchlässigkeit, Modularität und des niederschweligen Zugangs konkretisiert, und am 22. August 2014 Länder- und

Berufsvertretern/-innen vorgestellt. Am 14. November 2014 wurde im Rahmen der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz seitens der Länder ein im Sinne dieses Reformkonzeptes weiterentwickelter Vorschlag vorgelegt.

Auf Basis des GuK-Reformkonzeptes der GÖG und des Vorschlags der Länder wurde ein Maßnahmenpaket vorgelegt, das als Entwurf der GuKG-Novelle 2015 zunächst den Ländern zur Vorbegutachtung und anschließend zur allgemeinen Begutachtung ausgesandt wurde. Auf Grund der zahlreichen und umfassenden im Begutachtungsverfahren abgegebenen Stellungnahmen erfolgte eine weitere Adaptierung des Entwurfs. Darüber hinaus wurden einerseits – wie in der Aussendung zur Begutachtung angekündigt – Besprechungen betreffend die Berücksichtigung des Langzeitpflegebereichs und des Behindertenbereichs und andererseits im Hinblick auf die finanziellen Bedenken einzelner Gebietskörperschaften abgehalten.

Die entsprechend überarbeitete Novelle soll zur Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und damit zu einer verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Zielsteuerung in den verschiedenen Settings beitragen. Sie beinhaltet folgende Maßnahmen:

- neues, aktualisiertes Berufsbild sowie Ablösung der in der Praxis zu Anwendungsproblemen geführten Tätigkeitsbereiche durch einen neugestalteten Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der den Anforderungen der unterschiedlichen Settings Rechnung trägt und praxisorientiert gestaltet ist, sowie Ermöglichung neuer Spezialisierungen im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Berufs;
- Einführung der Pflegefachassistenz als weiteren Pflegeassistentenberuf, der mit einer aufbauenden vertiefenden und erweiternden Qualifikation eine weitergehende Delegationsmöglichkeit ohne verpflichtende Aufsicht eröffnet;
- Beibehaltung des Berufsbildes der Pflegehilfe als Pflegeassistent, insbesondere im Hinblick auf die Kompatibilität mit den auf Landesebene geregelten Sozialbetreuungsberufen sowie auf die Erfordernisse der Erwachsenenbildung, einschließlich der Aktualisierung des Tätigkeitsbereichs;
- fachlich und organisatorisch angemessene Regelungen für das Setting Langzeitpflege und das Setting Behindertenarbeit und ihre settingspezifischen Versorgungserfordernisse, die auch den Vorgaben der UN-Behindertenkonvention entsprechen;
- Zugang zur Berufsreifeprüfung für die Pflegefachassistenz entsprechend der Medizinischen Fachassistenz nach dem Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG);
- Auslaufen der speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege;
- Auslaufen der Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege an den im Sekundarbereich angesiedelten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und damit Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Ausbildungssektor im Rahmen einer angemessenen Übergangsfrist;
- Möglichkeit der Weiterführung der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen für die Ausbildungen in den Pflegeassistentenberufen;
- Liberalisierung der Berufsausübung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege;
- vollständige Ablösung der Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben durch das bereits etablierte generelle Anerkennungssystem von Universitäts- und Fachhochschulausbildungen in den Bereichen der Lehre und des Managements;
- Modernisierung der bisherigen Sonderausbildungen für Spezialaufgaben, neues, zeitgemäßes Ausbildungssystem für den Erwerb von Spezialqualifikationen (Kompetenzvertiefung und Befugnisweiterung) für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege;
- Festlegung weiterer Spezialisierungen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entsprechend dem setting- und zielgruppenspezifischen Versorgungsbedarf.

Am 26. November 2015 bestätigte die Landesgesundheitsreferentenkonferenz dieses Reformkonzept und hob einerseits die Dreistufigkeit der Ausbildung und andererseits die Kompetenzerweiterung des Bachelor im Sinne der bisherigen Beschlüsse hervor.

Hervorzuheben ist, dass durch die vorliegende Reform der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe deren Weiterentwicklung im Sinne der Versorgungserfordernisse in allen Settings und für alle Zielgruppen umgesetzt werden soll.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“), Artikel 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Arbeitsrecht und Sozialversicherungswesen“), Artikel 10 Abs. 1 Z 16 B-VG („Einrichtung der Bundesbehörden“) und Art. 14 Abs. 1 B-VG („Schul- und Erziehungswesen“).

Besonderer Teil**Zu Artikel 1 Z 1, 7, 19 bis 22, 33, 40, 41, 43 und 66 sowie Artikel 2 (Inhaltsverzeichnis, §§ 11 ff., 22 ff., 64, 68a, 70 f. und 117 Abs. 20 GuKG sowie ASVG):**

Die gegenständliche Novelle wird zum Anlass genommen, in § 11 die nicht mehr zeitgemäße und vielseitig kritisierte Berufsbezeichnung „...schwester“ zugunsten einer der männlichen Bezeichnung entsprechenden weiblichen Bezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ zu ersetzen.

Beibehalten wird einstweilen der Titel „Diplomierte/r“. Mit der abschließenden Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den Tertiärbereich, im Rahmen dessen kein Diplom, sondern eine Bachelorurkunde ausgestellt wird, wird eine allfällige Streichung zu gegebener Zeit zur Diskussion zu stellen sein.

Im Hinblick auf das Auslaufen der speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege werden deren spezielle derzeit in § 12 Abs. 2 und 3 vorgesehenen Berufsbezeichnungen zugunsten der Gleichstellung mit der Bezeichnung für die übrigen Spezialisierungen geändert.

Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 12) wird hinsichtlich der auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden präventiven, gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und palliativen Pflegekompetenzen, die sich auf die gesamte Lebensspanne und die unterschiedlichen Versorgungsformen, Versorgungsstufen, Settings und Zielgruppen erstrecken, aktualisiert.

Zudem wird durch die Auflösung der Tätigkeitsbereiche zugunsten der Beschreibungen des Kompetenzbereichs des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verdeutlicht, dass die Durchführung von Maßnahmen bei der medizinischen Diagnostik und Therapie, bei Maßnahmen in Notfallsituationen sowie Maßnahmen im Rahmen der Berufsausübung als Mitglied eines multiprofessionellen Versorgungsteams ebenso wie die pflegerischen Kernkompetenzen integraler Bestandteil des Berufsbildes der Gesundheits- und Krankenpflege sind (§ 13):

Die Formulierung der pflegerischen Kernkompetenzen (§ 14) verdeutlicht neben dem Pflegeprozess (Erhebung und Beurteilung des Pflegebedarfs und -abhängigkeit u.a. im Rahmen des Pflegeassessments, Pflegediagnostik, Planung von Pflegeinterventionen, Durchführung von Pflegeinterventionen und Beurteilung der Ergebnisse) u.a. auch Maßnahmen im Zusammenhang mit der Delegation, Anleitung und Schulung von Auszubildenden sowie die Verpflichtung zur Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz durch die Umsetzung fachspezifischer Forschungsergebnisse. Die Anwendung komplementärer Pflegemethoden ist bereits integraler Bestandteil der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und daher ebenso in der Anlage 1 der GuK-AV ausgewiesen. Zudem sind einschlägige Weiterbildungen zu komplementären Pflegemethoden in der Anlage 1 GuK-WV gelistet.

Hinsichtlich der Befugnisse anderer Gesundheitsberufe wird auf § 3 Abs. 4 GuKG hingewiesen, wonach die Berufsgesetze der anderen Gesundheitsberufe von den Regelungen des GuKG unberührt bleiben. Klargestellt wird allerdings, dass die pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG in den Vorbehaltsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege fallen und daher nicht von anderen Gesundheitsberufen wahrgenommen werden dürfen.

Zur Kompetenz bei Notfällen (§ 14a): Notfall ist jede Situation, in der eine drohende physische und/oder psychische Gefährdung des Menschen eintritt, welcher dieser nicht ohne entsprechend handelnde Akteure/-innen überwinden kann. Notfälle müssen hierbei nicht zwingend eine unmittelbare vitale Gefährdung darstellen, die lebensrettende Sofortmaßnahmen erforderlich machen, können jedoch ohne das entsprechende Handeln zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. Im Rahmen der Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen fallen unter „Beatmung“ nach dem derzeitigen state of the art neben Beatmungsmasken insbesondere oropharyngeal und nasopharyngeal Tuben und der supraglottische Larynx-tubus. Die Möglichkeit des Einsatzes weiterer Beatmungshilfen (z.B. supraglottische und endotracheale Tuben) im Rahmen der cardio-pulmonalen Reanimation besteht insofern, als die anatomischen und (patho)physiologischen Kenntnisse bereits derzeit integraler Bestandteil der

Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sind. Diese Befugnisserweiterung ist ausschließlich auf die cardio-pulmonale Reanimation beschränkt.

Kompetenzen bei der medizinischen Diagnostik und Therapie (§ 15):

Gemäß § 49 Abs. 3 ÄrzteG 1998 kann der/die Arzt/Ärztin 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 Diktion des GuKG korreliert somit mit jener dieser ärztrechtlichen Bestimmung im Hinblick auf die Verwendung der Begriffe „Anordnung“ und „übertragen“.

Von der bisher im § 15 Abs. 2 GuKG enthaltenen Wiederholung der Regelung des § 49 Abs. 3 ÄrzteG 1998 betreffend die Anordnungsverantwortung des/der Arztes/Ärztin wird verzichtet, die Durchführungsverantwortung ergibt sich bereits aus Abs. 1.

Die in der Begutachtung zur Diskussion gestellte Änderung im Hinblick auf eine praxisnähere Vorgangsweise, wonach nicht mehr jede ärztliche Anordnung zwingend im Vorhinein schriftlich zu erfolgen hätte, wurde von den meisten begutachtenden Einrichtungen klar abgelehnt. Daher wird das Erfordernis der Schriftlichkeit der Anordnung entsprechend der bisherigen Rechtslage beibehalten.

Die Fälle der möglichen mündlichen Anordnung werden gegenüber der bisherigen schwer vollziehbaren Regelung („in medizinisch begründeten Ausnahmefällen“) nunmehr in Abs. 3 klar definiert: Einerseits ist ein Absehen von der Schriftlichkeit der Anordnung auf Grund der Dringlichkeit der Maßnahme möglich, die sich aus medizinischen Notwendigkeiten ergibt. Andererseits kann eine mündliche Anordnung erfolgen, wenn der/die anordnende Arzt/Ärztin unmittelbar anwesend ist, dies wird beispielsweise in bestimmten ärztlichen (Einzel)Ordnationen der Fall sein ebenso wie bei Eingriffen, bei denen die diplomierte Pflegeperson Assistenz Tätigkeiten übernimmt (z.B. Abs. 4 Z 9 und 10). In jedem Fall muss die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit der Anordnung sichergestellt sein.

Bei der Übermittlung der schriftlichen Anordnung sind die Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes 2012, BGBl. I Nr. 111/2012, zu beachten. Klargestellt wird, dass die „unverzögliche“ Dokumentation der mündlichen Anordnung möglichst zeitnah zu erfolgen hat, dies jedenfalls vor dem Dienstende sowohl des/der anordnenden Arztes/Ärztin als auch der durchführenden Pflegeperson. Die Festlegung auf 24 Stunden ist daher entbehrlich.

Die in Abs. 4 enthaltene demonstrative Auflistung der im Rahmen der Kompetenzen bei der medizinischen Diagnostik und Therapie übertragbaren Maßnahmen und Tätigkeiten basiert auf den Ergebnissen der Evaluierungsstudie sowie den Erfahrungen aus der Praxis. Die hierfür erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten sind integraler Bestandteil der Ausbildung und erfordern keine wesentlichen Änderungen in den Curricula.

Zu Z 2: Die Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen und Infusionen umfasst insbesondere sub- und intrakutan, intramuskulär, intravenös, intraarteriell und intrathekal sowie über Plexuskatheter zu applizierende Arzneimittel.

Zu Z 5: Die Peritonealdialyse ermöglicht Patienten/-innen die Nierenersatztherapie im häuslichen Umfeld durchzuführen. Der Wechsel der Dialyseflüssigkeit ist im Hinblick auf z.B. die Gefahreneigtheit und hygienischen Anforderungen mit der Verabreichung anderer Infusionen vergleichbar. Die Möglichkeit, den Wechsel auch von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ohne Sonderausbildung für Nierenersatztherapie zu eröffnen, bedeutet für die Betroffenen daher eine deutliche Verbesserung in der Versorgung.

Zu Z 12: Die ausdrückliche Nennung der Applikationswege von Magensonden dient der klaren Abgrenzung von Magensonden anderer Applikationsformen, wie z.B. perkutan applizierte Sonden (PEG).

Zu Z 15: Während die Anlage einer suprapubischen Fistel, die Erstanlage eines suprapubischen Katheters, die Durchführung der Gastrotomie und die endoskopische Anlage der (PEG-)Sonde von Ärzten/-innen nicht auf Angehörige des gehobenen Dienstes übertragen werden können, ist hingegen der Wechsel von suprapubischen Kathetern und perkutanen gastral Austauschsystemen (z.B. GastroTube, Button-Sonde) übertragbar, sofern die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege über die erforderlichen manuellen Fertigkeiten verfügen. Die erforderlichen anatomischen, (patho)physiologischen und hygienischen Kenntnisse werden bereits in der Ausbildung vermittelt.

Zu Z 17: Von der „Bedienung von zu- und ableitenden Systemen“ sind beispielsweise elektrische Infusionspumpen und Infusionsspritzenpumpen, PDA, PCA und Drainagen umfasst.

Zu Z 18: Von der „Durchführung des Monitorings mit medizin-technischen Überwachungsgeräten einschließlich Bedienung derselben“ ist beispielsweise die Überwachung der Vitalzeichen und Infusionssysteme umfasst.

Zu Z 19: Von der „Durchführung standardisierter diagnostischer Programme“ sind beispielsweise Lungenfunktionstests, Elektrokardiogramme, Elektroenzephalogramme, Bioelektrische Impedanzanalysen, Cardiotokographien und automatisierte Untersuchungen im augenärztlichen Bereich ohne Kontakt mit dem Bulbus oculi umfasst.

Die Regelungen betreffend die Möglichkeiten der Weiterdelegation ärztlicher Tätigkeiten an bestimmte andere Gesundheitsberufe und Auszubildende (Abs. 5), Personen im Rahmen der Personenbetreuung und der Persönlichen Assistenz (Abs. 6) und Laien gemäß § 50a ÄrzteG 1998 (Abs. 7) entsprechen inhaltlich im Wesentlichen der geltenden Rechtslage. Für eine Weiterdelegation kommen selbstverständlich ausschließlich ärztliche Tätigkeiten in Frage, die in den Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege fallen und von dem entsprechenden Personenkreis erbracht werden können. Zum Personenkreis gemäß Abs. 5 ist klarzustellen, dass an Angehörige anderer Gesundheitsberufe im Rahmen der Berufsausübung (Z 1) nur nach Maßgabe der entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen der Pflegeassistentenberufe sowie der genannten medizinischen Assistenzberufe weiterdelegiert werden darf. Hinsichtlich der Auszubildenden gemäß Abs. 5 Z 2 kann eine Weiterdelegation im Rahmen der Ausbildung auch zu anderen Gesundheitsberufen erfolgen, z.B. an Studierende der Medizin. Hinsichtlich der Weiterdelegation an Laien gemäß § 50a ÄrzteG 1998 wird auf den erweiterten Geltungsbereich dieser Bestimmung im Sinne des Artikel 4 hingewiesen.

Weiterverordnung von Medizinprodukten:

In § 15a wird die gesetzliche Möglichkeit für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege geschaffen, ärztlich angeordnete Medizinprodukte in bestimmten, in Abs. 1 und 2 angeführten Bereichen weiterzuverordnen. Eine entsprechende Regelung wurde im Rahmen des Begutachtungsverfahrens von mehreren Ländern, von Interessenvertretungen und zahlreichen weiteren Einrichtungen, insbesondere des Langzeitpflegebereichs, gefordert. Die Umsetzung dieser Forderung trägt zur Effizienzsteigerung in der Versorgung bei. Das diplomierte Pflegepersonal verfügt bereits derzeit über die für die Weiterverordnung erforderlichen Kompetenzen.

Die entsprechende sozialversicherungsrechtliche Regelung wird in Artikel 2 umgesetzt.

Die Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16) umfassen Bereiche, die ein gleichberechtigtes Zusammenspiel unterschiedlicher Gesundheitsberufe zur Erfüllung des Versorgungsauftrags unabdingbar machen. Jeder Gesundheitsberuf trägt im Rahmen seines Berufsbildes zur Versorgung von Individuen und Bevölkerungsgruppen bei.

Spezialisierungen (§ 17):

Die im Zusammenhang mit der Ausübung von Spezialisierungen in der Begutachtung zur Diskussion gestellte Änderung im Hinblick auf die Möglichkeit eines flexibleren Personaleinsatzes, wonach die Verpflichtung zur Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung nicht mehr berufsrechtlich vorgegeben, sondern durch die Strukturqualitätskriterien zu steuern wäre, wurde von den meisten begutachtenden Einrichtungen klar abgelehnt. Daher wird das Erfordernis der verpflichtenden Absolvierung der Sonderausbildung bzw. künftigen Spezialisierung innerhalb von fünf Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit entsprechend der bisherigen Rechtslage beibehalten. Die Fünf-Jahres-Frist wird im Hinblick auf eine nicht mehr gerechtfertigte Differenzierung der Spezialaufgaben auch auf die Spezialisierungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege erweitert.

Für die Absolventen/-innen der speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege wird einerseits klargestellt, dass diese weiterhin im Bereich der entsprechenden Spezialisierungen tätig werden können und andererseits ihnen das Tätigwerden in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege eröffnet wird, allerdings nur sofern und soweit sie über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen. Damit wird die bisherige Problematik des Vorbehalts zwischen den drei Zweigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bereinigt, wobei es in der Verantwortung der Berufsangehörigen bzw. Organisationsverantwortung der Träger der Versorgungseinrichtungen liegt, sich die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten anzueignen. Auch durch die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung „Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ ohne Einschränkung auf ihre Spezialisierung (§ 11) wird den Absolventen/-innen der speziellen Grundausbildungen kein Wettbewerbsnachteil erwachsen.

Weiters werden folgende weitere Spezialisierungen entsprechend dem setting- und zielgruppenspezifischen Versorgungsbedarf, vor allem in der Langzeitpflege, geschaffen, die einen erweiterten Einsatz des gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in diesen Bereichen ermöglichen:

Wundmanagement und Stomaversorgung (§ 22a): Chronische Wunden, künstliche Ausgänge und Inkontinenzleiden beeinflussen die Lebensqualität der Betroffenen derart, dass dies bis zur vollständigen Selbstisolation führen kann. Die Spezialisierung Wundmanagement und Stomaversorgung umfasst die für eine strukturierte und systematische Versorgung erforderlichen Kompetenzen, um u.a. den Wundheilungsprozess zu verkürzen und die Wundheilungsrate zu erhöhen. Zudem wird mit dieser Spezialisierung der wiederholten Forderung u.a. aus dem Langzeitpflegebereich nach entsprechend qualifizierten Pflegepersonen nachgekommen.

Palliativversorgung (§ 22b): Die Verbesserung der Lebensqualität von sterbenden Menschen und ihrer An- und Zugehörigen durch Vorbeugen und Lindern von Leiden sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art sind Gegenstand der Spezialisierung Palliativversorgung.

Psychogeriatrische Pflege (§ 22c): Die Spezialisierung für Psychogeriatrische Pflege ist den altersspezifischen psychischen und psychiatrischen Veränderungen der Bevölkerung geschuldet. In der Demenzstrategie des Bundes (2015), die im Regierungsübereinkommen 2013-2018 enthalten ist, wird wiederholt auf den Bedarf an entsprechend gut qualifiziertem Personal hingewiesen. Durch die Etablierung einer psychogeriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Spezialisierung wird auf die steigende Demenz-Prävalenzrate und den damit verbundenen komplexen Pflegaufwand reagiert. Weitere in der älteren Bevölkerungsgruppe häufige psychische Störungen, wie Delir, Depression oder Sucht, die sowohl auf die Lebensqualität als auch die Selbständigkeit eine einschneidende Auswirkung haben, sind von dieser Spezialisierung umfasst.

Die Möglichkeit, Spezialisierungen über Einzelabschlüsse zu absolvieren (§ 70a), ermöglicht erstmals, die für den Bereich erforderlichen Kompetenzen schrittweise zunächst vertiefend ohne Befugnisserweiterung zu erwerben (Niveau 1) und anschließend konsekutiv befugnisweiternd aufzubauen (Niveau 2).

Hinsichtlich der Spezialisierungen für Lehr- und Führungsaufgaben besteht kein Änderungsbedarf, abgesehen von der Anpassung an die neue Diktion des § 65a, an die mittlerweile ausgelaufene Möglichkeit der individuellen Gleichhaltung gemäß § 65b sowie an das im Rahmen der vorliegenden Novelle normierte Auslaufen der Sonderausbildungen für Lehraufgaben und für Führungsaufgaben gemäß §§ 71 und 72.

Zu Artikel 1 Z 2, 3, 28 und 66 (Inhaltsverzeichnis, §§ 31 bis 33, 4. Abschnitt des 2. Hauptstücks, § 113a Abs. 2, § 117 Abs. 26 und 27 GuKG):

Im Jahre 2008 wurde analog den Ausbildungen im MTD- und Hebammenbereich auch für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege die Möglichkeit eröffnet, neben den Ausbildungen an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege Fachhochschul-Bachelorstudiengänge einzurichten. Anders als im MTD- und Hebammenbereich wurde bisher die Überführung der Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege bundesweit eher zögerlich umgesetzt. Dies ist unter anderem auch auf die verschiedenen Ausbildungsangebote (2in1-Modelle, zahlreiche tertiäre pflegebezogene Ausbildungen) zurückzuführen. Darüber hinaus ist angesichts der Größe der Berufsgruppe und dem zu deckenden steigenden Pflegebedarf eine Überführung selbstredend mit besonderer Sorgfalt und Weitblick durchzuführen.

In den o.a. Beschlüssen der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz wurde nunmehr von Seiten der Länder erstmals ein politisches Bekenntnis zur vollständigen Überführung der generalistischen Grundausbildung in den tertiären Bereich zum Ausdruck gebracht. Dem entsprechend wird im gegenständlichen Entwurf ein Auslaufen der Sekundarausbildung verankert.

Auch wenn die Eröffnung der Möglichkeit, die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auch im universitären Bereich anbieten zu können, Gegenstand von Diskussionen war, enthält der gegenständliche Gesetzesentwurf diesbezüglich keine Regelungen, da einer Verankerung der Grundausbildung im Fachhochschulsektor, auch angesichts des hohen Anteils der praktischen Ausbildung, der Vorzug gegeben wird. Die im universitären Bereich bereits derzeit bestehenden Kombinationsmodelle können weitergeführt werden.

Die vorgesehene relativ lange Übergangsfrist soll ermöglichen, dass eine Überführung in den tertiären Bereich so gestaltet wird, dass keine Personalengpässe verursacht werden und die Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wird. Durch die Möglichkeit der Fortführung der Gesundheits- und Krankenpflegeschoolen als Ausbildungseinrichtungen für die Pflegeassistent bzw. Pflegefachassistent

(§ 113a Abs. 2) ergeben sich auch Möglichkeiten für die Weiterbeschäftigung des Personals und die Weiternutzung der Infrastruktur, womit verwaltungsökonomischen Prinzipien entsprochen und ebenso allfällige Härten vermieden werden können. Im Hinblick auf die anzustrebende Durchlässigkeit der Pflegeausbildungen ist hervorzuheben, dass die fachhochschulrechtlichen Regelungen einerseits Anrechnungsmöglichkeiten nachgewiesener Kenntnisse einschließlich Berücksichtigung beruflicher Praxis vorsehen (§ 12 FHSStG) und andererseits zielgruppenspezifische Studiengänge (§ 4 Abs. 4 FHSStG) ermöglichen.

Die Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den Fachhochschulbereich wird zu keinen Mehrkosten für den Bund führen, da eine finanzielle Beteiligung des Bundes an den Ausbildungskosten wie auch bisher nicht vorgesehen ist. Vielmehr liegt die Finanzierung weiterhin im Bereich der bisherigen Ausbildungsträger. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die Durchführung der Pflegeausbildung im FH-Bereich gegenüber der Ausbildung an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Einsparungspotential auf Länderseite aufweist (z.B. Taschengeld, Sozialversicherungsbeiträge). Nähere Details sind der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung zu entnehmen.

Sollte die tatsächliche Umsetzung der gegenständlichen Ausbildungsreform im Sinne der o.a. Beschlüsse der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz (Reform der Pflegehilfe in Verbindung mit der vollständigen Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in den Fachhochschulbereich) nicht – wie vorgesehen – bis Ende 2023 realisiert werden können, kann der/die Bundesminister/in für Gesundheit nach Prüfung, ob die bestehenden bzw. bis dahin in den einzelnen Bundesländern geschaffenen Ausbildungsplätze an den Fachhochschulen bzw. für Pflegeassistentenberufe eine ausreichende Versorgung mit entsprechend qualifiziertem Pflegepersonal bundesweit sicherstellen, das Außerkrafttreten der Sekundarausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch Verordnung um einen angemessenen Zeitraum erstrecken. In diesem Sinne werden über die in der WFA vorgegebene Evaluierungspflicht hinaus insbesondere auch die von der AQ (Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria) gemäß § 28 Abs. 4 Z 4 GuKG vorzulegenden jährlichen Berichte über den Stand der Entwicklungen betreffend Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege im Fachhochschulbereich im abgelaufenen Kalenderjahr einschließlich Informationen über die einzelnen Studienbetriebe und den kurz-, mittel- und längerfristigen Bedarf dem/der Bundesminister/in für Gesundheit heranzuziehen sein.

Die vorgesehene Regelung entspricht dem Ergebnis einer eingehenden verfassungsrechtlichen Prüfung. Demzufolge ist das Außerkrafttreten einer bundesgesetzlichen Regelung im Verordnungswege durch den/die zuständige/n Bundesminister/in unter bestimmten gesetzlich festgelegten Voraussetzungen verfassungsrechtlich zulässig, während es verfassungsrechtlich bedenklich wäre, wenn der/die zuständige Bundesminister/in eine entsprechende Verordnung nur auf Antrag oder einem vergleichbaren Initiativrecht der Länder erlassen könnte.

Im Zusammenhang mit dem Auslaufen der Sekundarausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sind auch die Nostrifikationsbestimmungen (§§ 31 ff.) zu ändern:

Da die Nostrifikation einer tertiären Ausbildung an Fachhochschulen bzw. Universitäten zu erfolgen hat, ist die Zuständigkeit für die Nostrifikation im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entsprechend dem in der vorliegenden Novelle festgelegten Tertiärisierungsprozess vom/von der derzeit zuständigen Landeshauptmann/-frau auf die Fachhochschulen zu übertragen. Das Inkrafttreten der geänderten Nostrifikationsbestimmungen muss allerdings vor dem gesetzlichen Auslaufen der innerstaatlichen Sekundarausbildung erfolgen und wird daher mit 1. Jänner 2020 festgelegt, da einerseits für die Durchführung des Nostrifikationsbescheids die Möglichkeit der Absolvierung der vorgeschriebenen Ergänzungsausbildung an einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege gegeben sein muss und andererseits nicht auszuschließen ist, dass die Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bereits vor dem 1. Jänner 2024 abgeschlossen sein könnte.

Klargestellt wird, dass soweit eine Nostrifikation ausländischer Sekundarausbildungen in der Krankenpflege ab dem 1. Jänner 2020 möglicherweise nicht mehr im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege nostrifizierbar sein wird, den betroffenen Berufsangehörigen allerdings die Möglichkeit der Nostrifikation in der Pflegeassistenten bzw. Pflegefachassistenten offensteht. Allfällige ergänzende beschäftigungs- und aufenthaltsrechtliche Maßnahmen, beispielsweise im Rahmen der Fachkräfteverordnung auf Grund des Ausländerbeschäftigungsgesetzes, wären in diesem Zusammenhang zu prüfen.

Für die EWR-Anerkennung, die nach den Regelungen der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt, ändert sich durch die Anhebung der innerstaatlichen Ausbildung auf Tertiärniveau nichts. Allfällige Anpassungen betreffend die Durchführung von

Ausgleichsmaßnahmen, die mit dem Abschluss des Auslaufens der Sekundarausbildung an den Fachhochschulen durchzuführen sein werden, werden zeitgerecht umgesetzt werden.

Zu Artikel 1 Z 4, 10 bis 15, 18, 29, 30 und 45 bis 66 sowie Artikel 2 und 3 (Inhaltsverzeichnis, §§ 1, 3a, 44, 82 bis 105, 113a und 117 Abs. 20 bis 23 GuKG, ASVG, Berufsreifepflegegesetz):

Im Sinne der o.a. Beschlüsse der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz werden die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe an die Erfordernisse einer modernen Gesundheitsversorgung durch die Regelung abgestimmter Kompetenzprofile und die Qualifikationskaskade der unterschiedlichen Pflegeberufe angepasst.

Dieser Zielsetzung entsprechend wird zur Entlastung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und auch von Ärzten/-innen aufbauend auf die Pflegeassistenten die Pflegefachassistenten geschaffen, die mit einer zweijährigen Gesamtausbildung, die einerseits kompetenzvertiefende pflegerische Qualifikationen und andererseits kompetenz- bzw. befugnisweiternde Qualifikationen im Bereich der Diagnostik und Therapie vermitteln und eine weitergehende Delegationsmöglichkeit ohne verpflichtende Aufsicht eröffnen wird. Im Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie im Bereich der Diagnostik und Therapie werden Pflegefachassistenten/-innen umfassender eingesetzt und mit komplexeren Aufgaben betraut werden können. Damit wird insbesondere auch den besonderen Bedürfnissen im Langzeitpflegebereich, in der Behindertenbetreuung und in der Palliativversorgung Rechnung getragen.

Die Beibehaltung der Pflegehilfe als Pflegeassistent ist insbesondere im Zusammenhang mit den Sozialbetreuungsberufen zu sehen, von denen der überwiegende Anteil auch über eine Pflegehilfeausbildung verfügt. Da diese durch eine zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG österreichweit harmonisiert sind und der Schwerpunkt der beruflichen Tätigkeit im jeweiligen sozialbetreuerischen (Altenarbeit, Familienarbeit, Behindertenarbeit) und nicht im medizinisch-pflegerischen Feld liegt, ist die Beibehaltung der einjährigen pflegerischen Ausbildung dieser Berufe derzeit noch erforderlich. Eine Änderung der harmonisierten Ausbildungen würde darüber hinaus ein Aufschneiden dieser Vereinbarung erforderlich machen und eine Änderung der entsprechenden landesgesetzlichen Regelungen nach sich ziehen. Hervorzuheben ist, dass den Sozialbetreuungsberufen die Durchlässigkeit zur Pflegefachassistenten selbstverständlich offen steht. Die Umsetzung des Beschlusses der LandessozialreferentInnenkonferenz vom 16. Mai 2014, mit dem die zuständigen Bundesminister ersucht werden, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, um einen Gesetzesvorschlag zur Kompatibilität der Gesundheits- und Sozialberufe unter Einbeziehung der bisher noch nicht gesetzlich verankerten Sozialberufe zu erarbeiten, verbleibt abzuwarten.

Durch das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, das mit 1. Jänner 2013 in Kraft getreten ist, erfolgte die Umbenennung der bisherigen Sanitätshilfsdienste von „Gehilfen/-innen“ in „Assistenten/-innen“ der nunmehrigen medizinischen Assistenzberufe. Der Tatsache, dass es sich bei der derzeitigen „Pflegehilfe“ ebenfalls um einen qualifizierten Gesundheitsberuf handelt, der im Rahmen von 1600 Stunden eine fundierte pflegerisch-medizinische Ausbildung erhält, wird durch die Umbenennung in „Pflegeassistenten“ Rechnung getragen.

Auch die neue Formulierung des Berufsbildes der Pflegeassistenten (§ 82) bringt deutlich zum Ausdruck, dass es sich bei dieser Berufsgruppe um einen Gesundheits- und Krankenpflegeberuf handelt, der die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung der übertragenen pflegerischen Maßnahmen und ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie tragen und über die gesamte Lebensspanne hinweg in allen Settings, Versorgungsformen und Versorgungsstufen eingesetzt werden kann.

Diesem aktualisierten Berufsbild entsprechend wird auf der Grundlage der Evaluierungsergebnisse sowie der Erfahrungen aus der Praxis sowie unter Berücksichtigung der Ausbildungsdauer in § 83 der Tätigkeitsbereich im Hinblick auf pflegerische Maßnahmen und Tätigkeiten im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie präzisiert, ergänzt und geöffnet. In diesem Sinne werden nicht mehr einzelne pflegerische Maßnahmen aufgelistet, sondern gemäß Abs. 1 Z 1 die Möglichkeit geschaffen, nach einer persönlichen Pflegeanamnese und Beurteilung der Pflegesituation (Pflegediagnose) durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege pflegerische Maßnahmen unter Berücksichtigung des Ausbildungsstandes an Angehörige der Pflegeassistenten zu übertragen und mittels regelmäßiger Aufsichtsintervalle zu begleiten. Die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegeassistenten in der Erreichung der Pflegeziele wird durch den Verzicht einer Auflistung einzelner Pflegemaßnahmen deutlich verbessert. Damit kann das Potential von Angehörigen der Pflegeassistenten vermehrt ausgeschöpft und insofern für die Patienten/-innen nutzbar gemacht, als Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und

Krankenpflege in der Übertragung von Pflegemaßnahmen an die Pflegeassistenten weniger eingeschränkt sind.

Ebenso soll die Pflegeassistenten vermehrt in Interventionen beim Auftreten von Notfallsituationen eingebunden werden können, wobei als Notfall jede Situation, in der eine drohende physische und/oder psychische Gefährdung des Menschen eintritt, gilt, welche dieser nicht ohne entsprechend handelnde Akteure überwinden kann. Notfälle müssen hierbei nicht zwingend eine unmittelbare vitale Gefährdung darstellen, die lebensrettende Sofortmaßnahmen erforderlich machen, können jedoch ohne das entsprechende Handeln zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.

Hinsichtlich der Anordnungs- und Aufsichtserfordernisse sind grundsätzlich keine Änderungen gegenüber der bestehenden Rechtslage vorgesehen, bei der Übermittlung der schriftlichen Anordnung sind die Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 zu beachten.

Zur Frage des Aufsichtsbegriffs ist festzuhalten, dass diese nicht immer eine persönliche und unmittelbare Aufsicht bedeutet, sondern unterschiedliche Ausgestaltungen von der „Draufsicht“ bis zur nachträglichen Kontrolle haben kann. Die gebotene Intensität der Aufsicht ist einzelfallbezogen und individuell zu beurteilen und hängt unter anderem von der Komplexität der jeweiligen Tätigkeit sowie den individuellen Fähigkeiten und der Berufserfahrung des/der Berufsangehörigen ab. Gegebenenfalls hat auch eine entsprechende Anleitung sowie begleitende Maßnahmen (Rückkoppelung, Kontrollmechanismus etc.) im Rahmen der Aufsicht zu erfolgen.

Für die Pflegeassistenten, die in unterschiedlichen Settings tätig werden kann, hat sich der Bedarf einer entsprechenden gesetzlichen Differenzierung der Aufsicht besonders für den Bereich der Hauskrankenpflege und der Langzeitpflege ergeben, der in dem im Rahmen der GuKG-Novelle 2009 geänderten § 84 Abs. 5 umgesetzt wurde (vgl. Erläuterungen zu RV, 316 BlgNR 24. GP). Diese Regelung, die im nunmehrigen § 83 Abs. 5 übernommen wurde, sieht eine Aufsicht in Form einer begleitenden in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle bei Vorliegen der vorgegebenen Rahmenbedingungen vor. Im Hinblick auf die Praktikabilität dieser Regelung, insbesondere im Langzeitpflegebereich, und zur Beseitigung in der Vergangenheit aufgetretener Interpretationsprobleme werden die Erfordernisse des Einzelfalls sowie des Abstellens auf den Gesundheitszustand des pflegebedürftigen Menschen aus dem Katalog der gesetzlich festgelegten Voraussetzungen gestrichen.

Die Pflegefachassistenten ist auf Grund ihrer Weiterqualifizierung gemäß § 83a zur eigenverantwortlichen Durchführung der ihr übertragenen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten ohne verpflichtende Aufsicht berechtigt. Selbstverständlich hat der/die anordnende Arzt/Ärztin bzw. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der Anordnungsverantwortung zu entscheiden, ob die Durchführung durch die Pflegefachassistenten jeweils im Einzelfall einer Aufsicht bzw. begleitenden Kontrolle bedarf.

Klargestellt wird, dass, da die Pflegefachassistenten sämtliche Tätigkeiten der Pflegeassistenten mitumfasst, Angehörige der Pflegefachassistenten selbstverständlich auch zur Ausübung der Pflegeassistenten berechtigt sind. Ebenso sind die Tätigkeitsbereiche der Pflegeassistentenberufe vom Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mitumfasst, zumal dieser gemäß §§ 83 und 83a die Anordnungs- und Weiterdelegationsbefugnis an die Pflegeassistentenberufe hat. Die bisherige Regelung des § 85 Abs. 2 erscheint daher entbehrlich.

Die Ausbildung in der Pflegeassistenten dauert wie bisher ein Jahr in Vollzeitausbildung und umfasst 1600 Stunden, wobei hinsichtlich der Gewichtung von Theorie und Praxis mehr Spielraum eingeräumt wird. Dies soll die Schwerpunktsetzungen im Rahmen der Ausbildung, insbesondere für die Langzeitpflege und den mobilen Bereich, erleichtern. Die nähere Ausgestaltung der Ausbildung erfolgt im Rahmen der Ausbildungsverordnung sowie im Curriculum.

Darüber hinaus soll auch für den Beruf der Pflegefachassistenten zur Ermöglichung von Bildungskarrieren und Vermeidung von Bildungssackgassen eine vertikale Durchlässigkeit ihrer Qualifikation geschaffen werden. Entsprechend den Regelungen über die medizinische Fachassistenten gemäß MABG erfüllt auch die Ausbildung in der Pflegefachassistenten mit einem Gesamtausbildungsumfang von 3200 Stunden und einem bedeutenden Anteil an Theorie die Voraussetzungen für den Zugang zu Berufsreifeprüfung. Entsprechende Regelungen im Berufsreifeprüfungsgesetz sind in Artikel 3 umgesetzt. Mit dieser gesetzlichen Maßnahme ist der Anschluss der Pflegefachassistenten an das allgemeine Bildungswesen und somit eine Aufwertung dieses Berufs im Sinne der Durchlässigkeit erreicht.

Die Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen wird an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt werden, wobei bestehende Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege ex lege auch zur Durchführung von Ausbildungen in den Pflegeassistentenberufen berechtigt sein werden (§ 113a Abs. 2). Weiters können Pflegehilflehrgänge als Lehrgänge für Pflegeassistenten weitergeführt werden (§ 113a

Abs. 1). Zur sozialversicherungsrechtlichen Absicherung der Auszubildenden werden entsprechende Regelungen im ASVG (Artikel 2) umgesetzt.

Entsprechend den Regelungen betreffend medizinische Assistenzberufe im MABG sollen Personen, die ihre berufliche Erstausbildung absolvieren, grundsätzlich eine Ausbildung in der Pflegefachassistenz an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege absolvieren. Eine „berufliche Erstausbildung“ liegt vor, wenn noch keine berufliche Qualifikation erworben wurde. Berufliche Qualifikationen sind beispielsweise Lehrabschlüsse, schulische Abschlüsse, die mit einer beruflichen Qualifikation verbunden sind (z.B. Handelsschule, HAK, HTL), Ausbildungen in Sozialberufen (z.B. Heimhilfe) und Gesundheitsberufen (z.B. Sanitäter/innen). Ausgenommen von dieser Verpflichtung sind im Sinne der horizontalen Durchlässigkeit Personen, die eine Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf oder zur medizinischen Fachassistenz absolvieren und somit auf diesem Weg eine fundierte berufliche Erstausbildung erwerben.

Die die Vorgabe, im Rahmen der beruflichen Erstausbildung die fundiertere und vertikal und horizontal durchlässigere Pflegefachassistenz zu erwerben, zielt in erster Linie darauf ab, jungen Menschen einen entsprechenden Bildungsstandard zu ermöglichen. Hingegen soll interessierten Erwachsenen, die nicht die faktische Möglichkeit der Absolvierung einer zweijährigen Ausbildung haben, nicht der Weg zum Pflegeberuf versperrt werden, sodass für den Bereich der Erwachsenenbildung die Absolvierung der Ausbildung in der Pflegeassistenz möglich sein soll. Darüber hinaus wird – entsprechend den Regelungen im MABG – für begründete Ausnahmefälle die Absolvierung der Ausbildung in der Pflegeassistenz auch ohne bereits abgeschlossene berufliche Erstausbildung ermöglicht.

Weiters wird klargestellt, dass Personen, die ein Ausbildungsjahr in der Pflegefachassistenz positiv absolviert haben, den Abschluss in der Pflegeassistenz erwerben können, sofern sie die kommissionelle Abschlussprüfung für die Pflegeassistenz erfolgreich ablegen.

Die Verordnungsermächtigung des § 104 wird auf die Ausbildung in der Pflegefachassistenz erweitert sowie entsprechend den aktuellen Anforderungen im Bildungswesen, insbesondere im Hinblick auf die Festlegung von Qualifikationsprofilen und auf ausbildungsqualitätssichernde Regelungen, angepasst (vgl. MAB-AV, ZASS-AV). Ebenso werden die derzeit für die Pflegehilfesausbildung im Gesetz enthaltenen Regelungen über die Leitung, die Aufnahme in und den Ausschluss aus der Ausbildung, die Prüfungskommission sowie die Anrechnung aus dem GuKG gestrichen und in die Verordnungsermächtigung aufgenommen. Dies ermöglicht – vergleichbar der MAB-AV und der ZASS-AV – die Schaffung zeitgemäßer Regelungen zur Durchführung der Ausbildung. Insbesondere zur Förderung der Durchlässigkeit und zur Weiterqualifizierungsmöglichkeit der Pflegeassistenz zur Pflegefachassistenz wird erstmals die Möglichkeit der Berücksichtigung bzw. Anrechnung von informell und non-formal erworbener Kenntnisse und Fertigkeiten, die beispielsweise durch Weiterbildungen und Berufserfahrung erworben worden sind, geschaffen.

Da für die Pflegeassistenz sowie die Pflegefachassistenz keine Einschränkung des Einsatzes auf bestimmte Settings bzw. Patientengruppen besteht, wird für die Pflegeassistenzberufe weiterhin die Möglichkeit von Weiterbildungen im Hinblick auf setting- bzw. zielgruppenspezifische Spezialisierungen vorgesehen, wobei in Aussicht genommen ist, die in der GuK-Weiterbildungsverordnung festgelegten Weiterbildungen bedarfsorientiert auszuweiten. Durch die neuen Regelungen betreffend das Berufsbild und die Tätigkeitsbereiche der Pflegeassistenzberufe sowie die geplante Erweiterung von Weiterbildungen, die der Vertiefung von in der Grundausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten dienen, kann insbesondere auch in personalangespannten Settings, wie derzeit beispielsweise dem OP- bzw. Intensiv-Bereich, ein bedarfsorientierter Skill-and-Grade-Mix umgesetzt werden.

Bis Ende 2023 soll die Umsetzung der geänderten Bestimmungen über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe unter Einbeziehung der wesentlichen Stakeholder umfassend evaluiert werden.

Der Beruf der Pflegeassistenz soll künftig nur mehr im Langzeitpflegebereich zum Einsatz kommen. Daher sieht Abs. 23 vor, dass ab 2024 die Berufsausübung der Pflegeassistenz in Krankenanstalten nicht mehr möglich ist, wobei sichergestellt ist, dass für bis dahin ausgebildete Pflegeassistenten/-innen weiterhin die Berufsausübung in Krankenanstalten möglich ist. Eine entsprechende inhaltliche Fokussierung der Ausbildung der Pflegeassistenz auf das Setting Langzeitpflege wird daher vorzunehmen sein. Sollte die Evaluierung allerdings ergeben, dass für die Versorgungssicherheit weiterhin ein Einsatz von Pflegeassistenten/-innen auch im Krankenanstaltenbereich erforderlich ist, kann der/die Bundesminister/in für Gesundheit im Wege der Verordnung die Berufsausübung der Pflegeassistenz in Krankenanstalten auch nach dem 31.12.2023 ermöglichen.

Zu Artikel 1 Z 5, 6, 8, 34 bis 39, 42 und 66 (Inhaltsverzeichnis, § 17 Abs. 7, §§ 65, 65a, 65c, 71, 72 und § 117 Abs. 24 GuKG):

Der Erwerb der Qualifikationen für Lehr- und Führungsaufgaben erfolgt bereits seit längerer Zeit fast zur Gänze durch das bereits seit Mitte der 1990er-Jahre bestehende Gleichhaltungssystem von Universitäts- und Fachhochschulausbildungen in den Bereichen der Lehre und des Managements. Die Notwendigkeit der Vermittlung dieser Qualifikationen im tertiären Ausbildungssektor ist mittlerweile unumstritten und auf Grund der Einleitung der nunmehr vollständigen Überführung der Grundausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Bereich dringend geboten. Ein Weiterbestehen von Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben außerhalb des tertiären Ausbildungssektors wäre daher aus Qualitätsgründen weder zeitgemäß noch vertretbar. Für die allenfalls derzeit noch geführten Sonderausbildungen in diesen Bereichen wird eine Übergangsfrist bis Ende 2016 geschaffen.

Dem Umstand der Abschaffung der Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben wird durch die neue Regelung des § 65a Rechnung getragen, wonach nicht mehr eine Gleichhaltung mit der entsprechenden Sonderausbildung, sondern eine Anerkennung der Universitäts- und Fachhochschulausbildungen für die Vermittlung von Lehr- und Führungsqualifikationen vorgesehen sein wird.

Zu Artikel 1 Z 9, 31, 44, 65 und 66 (Inhaltsverzeichnis, § 49, 6. Abschnitt des 2. Hauptstücks, § 113a Abs. 2, § 117 Abs. 25 GuKG):

Zur Notwendigkeit des Auslaufens der speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege zugunsten einer einheitlichen generalistischen Grundausbildung und darauf aufbauenden Spezialisierungen gibt es mittlerweile einen breiten Konsens (siehe *GÖG/ÖBIG*, Gesundheits- und Krankenpflege I, Band I und II). Weiters entspricht diese Maßnahme auch den o.g. Beschlüssen der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz. Der erste Schritt für diese Maßnahme wurde bereits im Jahre 2008 gesetzt, in dem für die FH-Bachelorausbildung bewusst nur die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung eröffnet worden ist. Den Dienstgebern wird damit der künftige Personaleinsatz erleichtert, da in Zukunft alle Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege über eine generalistische Grundausbildung verfügen werden. Für die Berufsangehörigen werden damit Hürden bei Spartenwechsel beseitigt und der Umstieg im Berufsfeld der Pflege erleichtert. Darüber hinaus wird damit nicht zuletzt den vorherrschenden europäischen Ausbildungssystemen Rechnung getragen.

Die vorgesehene Übergangsfrist soll den Ländern ein geordnetes Auslaufen der betroffenen Schulen in dem Sinne ermöglichen, dass es einerseits auf Grund der Umstrukturierung der Ausbildung zu keinem Personalmangel im Berufsfeld kommt und andererseits für die betroffenen Personen in den Ausbildungseinrichtungen Alternativlösungen gefunden werden können. Durch die Möglichkeit der Fortführung der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen als Ausbildungseinrichtungen für die Pflegeassistentenberufe (§ 113a Abs. 2) ergeben sich auch Möglichkeiten für die Weiterbeschäftigung des Personals und die Weiternutzung der Infrastruktur, sodass verwaltungsökonomischen Prinzipien entsprochen und ebenso allfällige Härten vermieden werden können.

Hinsichtlich der Berufsberechtigung von Absolventen/-innen einer speziellen Grundausbildung wird auf § 17 Abs. 4 verwiesen.

Zu Art. 1 Z 17 (§ 3 Abs. 4 GuKG):

Es erfolgt die Anpassung der Zitierung an das mit 1. Juli 2014 in Kraft getretene Psychologengesetz 2013.

Zu Art. 1 Z 23 (§ 27 GuKG):

Durch die Normierung „jedenfalls“ bei der Festlegung der Vertrauenswürdigkeit in § 27 Abs. 2 wird im Sinne der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit klargestellt, dass nicht nur ausschließlich strafrechtliche Verurteilungen zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe den Verlust der Vertrauenswürdigkeit nach sich ziehen können, sondern auch andere Umstände wie grobe Berufspflichtverletzungen, die nach ihrer Art und Schwere den in § 27 Abs. 2 Z 1 genannten strafbaren Handlungen vergleichbar sind.

Im Zusammenhang mit der Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege wird klargestellt, dass hierfür ein Qualifikationsnachweis gemäß §§ 28 bis 31 Voraussetzung ist. Da von § 28 als inländische Qualifikationsnachweise sowohl an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule als auch an einem Fachhochschul-Studiengang erworbene Abschlüsse im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erfasst sind, besteht hinsichtlich der Berufsberechtigung kein Unterschied zwischen den Absolventen/-innen dieser Ausbildungseinrichtungen.

Zu Art. 1 Z 24 (§ 28 GuKG):

Die Erhalter von FH-Studiengängen haben gegenüber der AQ Austria eine jährliche Berichtspflicht bis Ende Mai. Diese Berichte bilden die Basis für die Jahresberichte der AQ Austria gegenüber dem BMG. Daher wird zweckmäßigerweise die Berichtsfrist der AQ Austria auf Ende September verlegt. Eine diesbezügliche Anpassung des HebG und MTD-Gesetzes ist geplant.

Zu Art. 1 Z 27 (§ 35 GuKG):

Es werden die Berufsausübungsregelungen an die Anforderungen der Praxis angepasst und den modernen neuen Regelungen des Psychologengesetzes 2013 sowie der Novelle zum MTD-Gesetz BGBl. I Nr. 33/2015 entsprechend gestaltet. Dadurch werden in verfassungskonformer Weise flexible Berufsausübungsregelungen geschaffen, die auch den Anforderungen der Zielsteuerung und der Primärversorgung entsprechen und auch einen Beitrag zur Umsetzung der Vorgaben der Gesundheitsreform und der Zielsteuerung bilden.

Klargestellt wird, dass die in § 35 Abs. 2 normierte Regelung betreffend die Berufsausübung im Wege der Arbeitskräfteüberlassung zur Wahrung der Pflege- und Betreuungskontinuität und in Entsprechung des § 11a Abs. 3 KAKuG weiterhin gilt und damit im Sinne der Richtlinie 2008/104/EG über Leiharbeit gerechtfertigt ist.

Zu Art. 1 Z 32 (§ 63 GuKG):

Aus Gründen der Qualitätssicherung wird der Mindestumfang der Fortbildungspflicht erweitert.

Zu Artikel 2 (Änderung des ASVG):**Zu Art. 2 Z 1 und 2 (§§ 4 Abs. 1 Z 5 und 5 Abs. 1 Z 16 ASVG):**

Durch die GuKG-Novelle 2016 wird neben der Berufsgruppe des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege die Pflegefachassistenz als neuer Gesundheits- und Krankenpflegeberuf geschaffen. Die Ausbildung erfolgt an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege. Diese neue Berufsgruppe ist daher schon durch die geltende Rechtslage von der Vollversicherung nach dem ASVG umfasst.

Darüber hinaus soll auch die Pflegeassistenz, die bisherige Pflegehilfe, ebenfalls in die sozialversicherungsrechtliche Vollversicherung nach § 4 Abs. 1 Z 5 ASVG einbezogen werden.

Erfolgt die Ausbildung zu einem Pflegeassistenzberuf (Pflegeassistenz oder Pflegefachassistenz) jedoch im Rahmen einer sonstigen Ausbildung an einer Schule nach dem Schulorganisationsgesetz oder an einer Privatschule nach dem Privatschulgesetz (ist sie also beispielweise integrierter Bestandteil der Ausbildung zu einem Sozialbetreuungsberuf), so ist im § 5 Abs. 1 Z 16 eine Ausnahme von der Vollversicherung vorgesehen. Dies deshalb, da eine getrennte Betrachtung aufgrund der vermengten Ausbildungsinhalte nicht administrierbar wäre.

Weiters erfolgt eine Bereinigung des § 4 Abs. 1 Z 5 ASVG hinsichtlich der bereits ausgelaufenen Hebammenakademien.

Zu Art. 2 Z 3 (§ 350 Abs. 1a ASVG):

Mit den vorliegenden Regelungen soll im ASVG die notwendige Ergänzung für die den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege künftig zukommende Befugnis im Bereich der Weiterverordnung von Medizinprodukten (§ 15a GuKG) hinsichtlich der Abgabe von Heilbehelfen auf Rechnung der Krankenversicherungsträger in Apotheken geschaffen werden. Unter Heilbehelfen versteht man Behelfe, die der Heilung oder Linderung eines Krankheitszustandes dienen (z.B. Verbandsmaterial). Diese weiterverordneten Heilbehelfe dürfen von Apothekerinnen/Apothekern und Hausapotheken führenden Ärztinnen/Ärzten allerdings nur mit zwei Einschränkungen für Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegeben werden. Die/Der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege muss einerseits im Rahmen einer Tätigkeit für eine Vertragseinrichtung des leistungszuständigen Krankenversicherungsträgers oder für eine/einen den Heilbehelf verordnenden Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Vertragsgruppenpraxis (unselbständig oder selbständig) tätig werden.

Eine allfällige Honorarabrechnungsbefugnis für die Weiterverordnung des Heilbehelfs kommt somit nicht der/dem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, sondern ausschließlich dem Vertragspartner des leistungszuständigen Krankenversicherungsträgers zu.

Andererseits darf sich die/der Anspruchsberechtigte nicht in Anstaltspflege befinden, wo die erbrachten Leistungen bereits durch Zahlungen im Sinne der §§ 148 Z 3 ff. ASVG als abgegolten gelten.

Zu Artikel 3 (Änderung des Berufsreifepflegengesetzes):

Die Ausbildung in der Pflegefachassistenz entspricht bzw. übersteigt sogar in der Dauer die Ausbildung in der medizinischen Fachassistenz, im medizinisch-technischen Fachdienst sowie der Ausbildung

zum/zur Heilmasseur/in, die bereits derzeit Zugang zur Berufsreifeprüfung haben. Daher sind auch diese Absolventen/-innen in das Berufsreifeprüfungsgesetz aufzunehmen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Ärztegesetzes 1998):

Mit dieser Bestimmung wird dem dringenden Wunsch diverser Behindertenorganisationen auf Öffnung des § 50a ÄrzteG 1998 für Einrichtungen bzw. mobile Dienste der Behindertenbetreuung unter bestimmten Parametern Rechnung getragen. Es wird dabei auf die bereits bestehende Einschränkung des § 3a Abs. 3 GuKG zurückgegriffen. § 50a wird somit auf Personen (medizinische und pflegerische Laien), die im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu Trägern von Einrichtungen der Behindertenbetreuung, die behördlich bewilligt sind oder der behördlichen Aufsicht unterliegen, behinderte Menschen in multiprofessionellen Teams, deren Aufgabe die ganzheitliche Begleitung und Betreuung der behinderten Menschen ist, in einer Gruppe von höchstens zwölf behinderten Menschen betreuen, erweitert. Für diese Personen gelten die bereits bisher normierten Bedingungen des § 50a wie insbesondere die Übertragung im Einzelfall, das Erfordernis der ärztlichen Anleitung und Unterweisung, die Vergewisserung der Ärztin/des Arztes über die erforderlichen Fähigkeiten des Laien (hier: insbesondere der Diplom- und Fach-Sozialbetreuerin/des Diplom- und Fach-Sozialbetreuers mit Schwerpunkt Behindertenbegleitung) sowie die Möglichkeit der Ablehnung durch den Laien und zusätzlich die qualitätssichernden Maßnahmen des § 50b Abs. 5 bis 7. Diese umfassen insbesondere das Erfordernis der Schriftlichkeit, die Befristung der Übertragung und deren Widerruf sowie die Verpflichtung zur Dokumentation.

Zu den gemäß § 50a Abs. 1 und 3 übertragbaren Tätigkeiten zählt somit auch die Verabreichung von Arzneimitteln, sofern die Umschreibung des täglichen (oder sonst zeitlich eingegrenzten) Bedarfs mit Medikation oder sonstigen ärztlichen Maßnahme in der ärztlichen Anordnung klar und eindeutig beschrieben ist.

Die Grenzen der Laintätigkeit liegen dort, wo ein allenfalls erforderliches Komplikationsmanagement vom Laien nicht mehr beherrscht werden kann, d.h. insbesondere bei medizinischen Notfällen. Bei einem Notfall handelt es sich um ein unvorhergesehenes Ereignis bzw. eine nicht einschätzbare Situation, das bzw. die nicht von Laien zu bewältigen ist. Notfall ist jede Situation, in der eine unmittelbar drohende physische oder psychische Gefährdung des Menschen eintritt, welche dieser nicht ohne fachkompetente Akteurinnen/Akteure überwinden kann. Notfälle können ohne das entsprechende fachkompetente Handeln oder durch falsches Handeln zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. In Notfällen ist unverzüglich die Ärztin/der Arzt zu verständigen.

Nicht umfasst von § 50a Abs. 1 und 3 sind daher beispielsweise die Verabreichung von Notfallmedikamenten im Bedarfsfall bei Krampfgeschehen, psychomotorischen Impulsdurchbrüchen bzw. Krisen, das Legen von Sonden oder eines Dauerkatheters.

Unabhängig davon ist die Verpflichtung zur Leistung Erster Hilfe zu sehen, die jeden Menschen unabhängig von seiner Ausbildung trifft und die strafrechtlich abgesichert ist (vgl. § 95 Strafgesetzbuch).

In diesem Zusammenhang ist zusätzlich auf die bestehende Durchführungsverantwortung des Laien hinzuweisen. Sie/Er hat die übertragene Tätigkeit aufgrund der ärztlichen Anordnung nach ärztlicher Anleitung und Unterweisung durchzuführen. Dies bedeutet, dass bei Auftreten von Fragestellungen, die den Wissensstand bzw. die Fähigkeiten des Laien überschreiten, umgehend die anordnende Ärztin/der anordnende Arzt zu befragen ist. Korrespondierend dazu steht die zivilrechtlich abgesicherte Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit, die auch den Laien zu verantwortungsvollem Handeln verpflichtet. Die Anordnungsverantwortung liegt beim/bei der anordnenden Arzt/Ärztin.

