

## Erläuterungen

### Allgemeiner Teil

#### Inhalt:

Mit dem Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (GesBRÄG 2007), BGBl. I Nr. 57/2008, wurde im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) u.a. 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 in der Zwischenzeit erzielten Evaluierungsergebnisse wurde seitens der GÖG bereits 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 Pflegeassistenten,
- 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 zentral eine Reform der Pflegehilfe in Verbindung mit der Akademisierung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vorschlägt, Spezialisierungsmöglichkeiten für die neue Pflegeassistenten 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 dem niederschweligen Zugang 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.

Nunmehr soll auf Basis des GuK-Reformkonzeptes der GÖG und des Vorschlags der Länder ein Maßnahmenpaket vorgelegt werden, das zur Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und damit zu einer verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Zielsteuerung in den verschiedenen Settings beitragen soll. Dieses Maßnahmenpaket 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 Pflegefachassistentenz 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, einschließlich der Aktualisierung des Tätigkeitsbereichs;
- Zugang zur Berufsreifeprüfung für die Pflegefachassistentenz entsprechend der Medizinischen Fachassistentenz 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 Krankenpflegeschoolen 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 Krankenpflegeschoolen als Schulen für Pflegeassistentenberufe;
- Liberalisierung der Berufsausübung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege;
- Deregulierung im Sinne des Abbaus der Vorbehaltsbereiche in den Spezialbereichen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Erleichterung des Personaleinsatzes zugunsten der durch die Länder festzulegenden Strukturqualitätskriterien;
- 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.
- Ablösung der bisherigen Sonderausbildungen für Spezialaufgaben durch ein neues zeitgemäßes Ausbildungssystem für den Erwerb von Zusatz- bzw. Spezialqualifikationen (Kompetenzvertiefung und Kompetenzerweiterung) für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege;
- Verankerung weiterer Spezialisierungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entsprechend dem setting- und zielgruppenspezifischen Versorgungsbedarf.

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

Zur noch ausstehenden Lösung für das Setting Langzeitpflege und das Setting Behindertenarbeit und ihre settingsspezifischen Versorgungserfordernisse, die auch den Vorgaben der UN-Behindertenkonvention entsprechen, ist festzuhalten, dass derzeit weitere, im GuKG noch zu verankernde Maßnahmen diskutiert werden. Beabsichtigt ist, diese nach fachlicher Akkordierung mit den in diesen Bereichen tätigen Akteuren in die gegenständlichen GuKG-Novelle einzubringen.

#### **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“) und Art. 14 Abs. 1 B-VG („Schul- und Erziehungswesen“).

## Besonderer Teil

### Zu Art. 1 Z 2, 20 bis 23 und 37 (Inhaltsverzeichnis, §§ 11 ff. und 68a GuKG):

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

Die Formulierung der pflegerischen Kernkompetenzen verdeutlicht neben dem Pflegeprozess (Pflegeassessment, 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.

Zur Kompetenz bei Notfällen: 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 „einfache Beatmungshilfen“ nach dem derzeitigen state of the art neben Beatmungsmasken insbesondere der Guedeltubus und der Larynxtubus.

Die Kompetenzen bei der medizinischen Diagnostik und Therapie werden insofern praxisnäher und praxistauglicher gestaltet, als nicht mehr jede ärztliche Anordnung zwingend im Vorhinein schriftlich zu erfolgen hat. Damit wird das Berufsrecht von diplomierten Pflegepersonen an die berufsrechtlichen Vorgaben anderer gehobener Gesundheitsberufe (Hebammen, gehobene medizinisch-technische Dienste) angepasst, in denen die Schriftlichkeit der ärztlichen Anordnung nicht ausdrücklich normiert ist und in der Praxis entsprechend den fachlichen und organisatorischen Erfordernissen gestaltet wird. In welcher Form die ärztliche Anordnung zu erfolgen hat, kann selbstverständlich durch dienst- und organisationsrechtliche Vorgaben entsprechend den Gegebenheiten und Erfordernissen des jeweiligen Settings festgelegt werden. Für Bereiche, in denen dies aus Qualitätssicherungsgründen und nicht zuletzt zu Beweissicherungszwecken erforderlich ist (z.B. Arzneimittelverabreichung, Therapiepläne etc.), hat die ärztliche Anordnung im Sinne einer lege-artis-Berufsausübung weiterhin zwingend im Vorhinein schriftlich zu erfolgen. Die Schriftlichkeit und Nachvollziehbarkeit von ärztlichen Anordnungen wird jedenfalls durch die Dokumentationsverpflichtung sowohl der anordnenden Ärzte/-innen (§ 51 ÄrzteG 1998) als auch des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 5 GuKG) gewährleistet. Dieses flexiblere Delegationsprozedere soll einerseits einer noch besseren Zusammenarbeit von Ärzten/-innen und Pflegepersonal in der Praxis dienen und es andererseits ermöglichen, mehr Zeit für den direkten Patientenkontakt aufwenden zu können.

Auch auf die bisher im § 15 Abs. 2 GuKG enthaltene 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 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.

Von der „Handhabung von zu- und ableitenden Systemen“ (Z 14) sind beispielsweise elektrische Infusionspumpen und Infusionsspritzenpumpen, PDA, PCA, Drainagen, von der „Durchführung des Monitorings einschließlich Bedienung der entsprechenden Medizintechnik“ (Z 15) beispielsweise die Überwachung der Vitalzeichen und Infusionssysteme und von der „Durchführung diagnostischer Programme“ (Z 16) beispielsweise Lungenfunktionstests, Elektrokardiogramme, Elektroenzephalogramme, Bioelektrische Impedanzanalysen und Cardiotokographien umfasst.

Derzeit ist die Absolvierung der Sonderausbildung für Spezialaufgaben innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit in der entsprechenden Spezialaufgabe normiert. In der Praxis hat diese Regelung dazu geführt, dass Personen vor Ablauf dieser Frist ohne Absolvierung der Sonderausbildung, aber mit

erworbener Berufserfahrung den Bereich oftmals wechseln mussten. Nunmehr soll die berufsrechtliche Vorbehaltsregelung hinsichtlich der Spezialaufgaben entfallen und es soll zukünftig den Strukturqualitätskriterien obliegen, Vorgaben hinsichtlich des Einsatzes von entsprechend qualifiziertem und spezialisiertem Personal für Spezialbereiche festzulegen. Mit dem Abbau des Vorbehalts werden auch Einsatzprobleme und -unklarheiten zwischen den Spezialbereichen bereinigt. Mit dieser Deregulierung wird die Eigenverantwortung der Berufsangehörigen im Hinblick auf die Einlassungs- und Übernahmsverantwortung gestärkt, ebenso aber auch die Organisationsverantwortung der Träger der Einrichtungen verstärkt angesprochen und dem Stellenwert der im Rahmen der beruflichen Tätigkeiten erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten (informelles Lernen) mehr Bedeutung zugemessen.

Hinsichtlich der 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 und – wie oben dargelegt – der konkrete Einsatz des entsprechend qualifizierten Pflegepersonals in den verschiedenen Settings durch Strukturqualitätskriterien vorzugeben sein. Andererseits liegt es in der Verantwortung der Berufsangehörigen, sich die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten anzueignen. Auch durch die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung „Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger“ ohne Einschränkung auf ihre Spezialisierung wird den Absolventen/-innen der speziellen Grundausbildungen kein Wettbewerbsnachteil erwachsen.

Weiters soll die Möglichkeit geschaffen werden, entsprechend dem Versorgungsbedarf weitere Spezialaufgaben einschließlich der Mindestanforderungen an die Ausbildung und die zu vermittelnden Qualifikationsprofile durch Verordnung festzulegen. Diese Regelungen werden mit der im zweiten Umsetzungsschritt geplanten Schaffung eines neuen zeitgemäßen Ausbildungssystems für den Erwerb von Zusatz- bzw. Spezialqualifikationen (Kompetenzvertiefung und Kompetenzerweiterung) für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kompatibel zu gestalten sein. Im Rahmen der Erlassung dieser Verordnung sind jedenfalls der Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat gemäß § 65c sowie die Österreichische Ärztekammer zu befassen. Im Sinne einer breiten fachlichen Akzeptanz ist in Aussicht genommen, im Rahmen der Anpassung der Geschäftsordnung des Gesundheits- und Krankenpflegebeirats für diese Aufgabe das Abstimmungserfordernis der Einstimmigkeit festzulegen.

**Zu Art. 1 Z 3, 4, 25, 26, 28, 61 und 62 (Inhaltsverzeichnis, §§ 32 und 33, 4. Abschnitt des 2. Hauptstücks, § 113a Abs. 2, § 117 Abs. 22 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.

Die vorgesehene 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 Pflegeassistenz bzw. Pflegefachassistenz (§ 113a Abs. 2) ergeben sich auch Möglichkeiten für die Weiterbeschäftigung des Personals und die Weiternutzung der Infrastruktur, womit 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 FHStG) und andererseits zielgruppenspezifische Studiengänge (§ 4 Abs. 4 FHStG) 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 Länderebene 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 2021 erfolgen 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. an Schulen 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 bis 1. März eines jeden Jahres 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 problematisch wäre, wenn der/die zuständige Bundesminister/in eine entsprechende Verordnung nur auf Antrag oder einem vergleichbaren Initiativrecht der Länder erlassen könnte.

**Zu Art. 1 Z 5, 9 bis 16, 18, 29, 30 und 40 bis 62 sowie Art. 2 und 3 (Inhaltsverzeichnis, §§ 1, 3a, 44, 82 bis 105, 113a und 117 Abs. 19 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, der mit einer zweijährigen Gesamtausbildung, die einerseits kompetenzvertiefende pflegerische Qualifikationen und andererseits kompetenz- bzw. befugnisweiternde Qualifikationen im Bereich der Diagnostik und Therapie vermitteln wird, eine weitergehende Delegationsmöglichkeit ohne verpflichtende Aufsicht eröffnet 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 Pflegeassistenten 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 LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz 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 „Pflegeassistent“ Rechnung getragen.

Auch die neue Formulierung des Berufsbildes der Pflegeassistent (§ 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 bis 5 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 Pflegeassistent zu übertragen und mittels regelmäßiger Aufsichtsintervalle zu begleiten. Die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegeassistent in der Erreichung der Pflegeziele wird durch den Verzicht einer Auflistung einzelner Pflegemaßnahmen deutlich verbessert. Damit kann das Potential von Angehörigen der Pflegeassistent 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 Pflegeassistent weniger eingeschränkt sind.

Ebenso soll die Pflegeassistent 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 (Abs. 4 bis 6) sind keine Änderungen gegenüber der bestehenden Rechtslage vorgesehen, bei der Übermittlung der schriftlichen Anordnung sind die Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes 2012, BGBl. I Nr. 111/2012, 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 Pflegeassistent, 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. 6 übernommen wurde, sieht eine Aufsicht in Form einer begleitenden in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle bei Vorliegen der vorgegebenen Rahmenbedingungen vor.

Die Pflegefachassistent 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 Pflegefachassistent jeweils im Einzelfall einer Aufsicht bzw. begleitenden Kontrolle bedarf.

Durch den Wegfall der verpflichtenden Aufsicht wird die Berufsausübung der Pflegefachassistenz auch freiberuflich ermöglicht.

Darüber hinaus soll auch für den Beruf der Pflegefachassistenz zur Ermöglichung von Bildungskarrieren und Vermeidung von Bildungssackgassen eine vertikale Durchlässigkeit ihrer Qualifikation geschaffen werden. Entsprechend den Regelungen über die medizinische Fachassistenz gemäß MABG erfüllt auch die Ausbildung in der Pflegefachassistenz 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 Pflegefachassistenz an das allgemeine Bildungswesen und somit eine Aufwertung dieses Berufs im Sinne der Durchlässigkeit erreicht.

Die Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen wird an Schulen für Pflegeassistentenberufe durchgeführt werden, wobei 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 Assistentenberufe im MABG sollen Personen, die ihre berufliche Erstausbildung absolvieren, grundsätzlich eine Ausbildung in der Pflegefachassistenz an Schulen für Pflegeassistentenberufe 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.

Darüber hinaus wird – entsprechend den Regelungen im MABG – auch für begründete Ausnahmefälle die Absolvierung der Ausbildung in der Pflegeassistenten 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 Pflegeassistenten erwerben können, sofern sie die kommissionelle Abschlussprüfung für die Pflegeassistenten erfolgreich ablegen.

Die Verordnungsmächtigung 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 sowie ausbildungsqualitätssichernde Regelungen, angepasst (vgl. MAB-AV, ZASS-AV). Ebenso werden die derzeit für die Pflegehilfeausbildung im Gesetz enthaltenen Regelungen über die Leitung der sowie die Aufnahme in und den Ausschluss aus der Ausbildung in die Verordnung transferiert.

Da für die Pflegeassistenten sowie die Pflegefachassistenz keine Einschränkung des Einsatzes auf bestimmte Settings bzw. Patientengruppen besteht, wird für die Pflegeassistentenberufe 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 Pflegeassistentenberufe sowie die geplante Erweiterung von Weiterbildungen kann insbesondere auch in personalangespannten Settings, wie dem OP- bzw. Intensiv-Bereich, ein bedarfsorientierter Skill-and-Grade-Mix umgesetzt werden.

Um die Umstellung der Ausbildungen auf die zwei Stufen der Pflegeassistentenberufe zu ermöglichen und insbesondere auch die rechtlichen Grundlagen im Ordnungswege schaffen zu können, werden diese Regelungen mit 1. September 2016 in Kraft gesetzt. Bis Ende 2021 soll die Umsetzung der Bestimmungen über die Pflegefachassistenz evaluiert werden.

**Zu Art. 1 Z 6, 7, 23, 32 bis 36, 38 und 62 (Inhaltsverzeichnis, §§ 17 Abs. 7, 65, 65a, 65c, 71, 72, § 117 Abs. 20 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 2015 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 Art. 1 Z 8, 31, 39, 61 und 62 (Inhaltsverzeichnis, § 49, 6. Abschnitt des 2. Hauptstücks, § 113a Abs. 2, § 117 Abs. 21 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 Krankenpflegeschoolen als Ausbildungseinrichtungen für die Pflegeassistenten bzw. Pflegefachassistenten (§ 113a Abs. 2) ergeben sich auch Möglichkeiten für die Weiterbeschäftigung des Personals und die Weiternutzung der Infrastruktur, sodass 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 1 und 19 (Inhaltsverzeichnis und § 3d GuKG):**

Seit Herbst 2013 wurde an das Bundesministerium für Gesundheit die Problematik herangetragen, dass österreichische Medizinstudenten/-innen, die in Deutschland das Medizinstudium absolvieren und das dafür vorgesehene Pflegepraktikum an einer österreichischen Krankenanstalt absolvieren möchten, dies aus berufsrechtlicher Sicht nicht durchführen dürfen. Es geht um einen dreimonatigen „Krankenpflegedienst“, der gemäß § 6 der deutschen Ärzte-Approbationsordnung (dt. ÄAppO) vor Beginn des Studiums, frühestens jedoch nach Erhalt der Allgemeinen Hochschulreife (Abitur) oder während der unterrichtsfreien (vorlesungsfreien) Zeiten des Studiums vor der Meldung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in einem Krankenhaus abzuleisten ist. Der Krankenpflegedienst hat den Zweck, den Studienanwärtern/-innen oder Studierenden in Betrieb und Organisation eines Krankenhauses einzuführen und ihn/sie mit den üblichen Verrichtungen der Krankenpflege vertraut zu machen. Eine entsprechende Abklärung mit dem deutschen Gesundheitsministerium hat ergeben, dass dieses Praktikum nicht ausschließlich patientenferne Laientätigkeiten oder ein bloßes Mitgehen bzw. Zuschauen, sondern auch die Durchführung von Tätigkeiten am Krankenbett zu umfassen hat.

Da die betroffenen Studenten/-innen grundsätzlich weder eine Berechtigung zur Ausübung ärztlicher noch pflegerischer Tätigkeiten in Österreich haben, sind sie als Laien einzustufen. Eine Heranziehung von Laien zu ärztlichen bzw. pflegerischen Tätigkeiten könnte daher nur im Rahmen jener Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 bzw. des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes erfolgen, die eine Delegation an Laien ermöglichen. Das sind die §§ 50a und 50b ÄrzteG 1998 bzw. §§ 3b und 3c GuKG, wonach unter bestimmten Voraussetzungen eine Delegation einzelner ärztlicher bzw. pflegerischer Tätigkeiten an (pflegende) Angehörige bzw. Personen, die zu dem/der Patienten/-in in einem persönlichen



Naheverhältnis stehen, sowie Personenbetreuer/innen und Personen, die im Rahmen der Persönlichen Assistenz tätig werden, und zwar ausschließlich außerhalb von Einrichtungen, die der medizinischen oder psychosozialen Behandlung, Pflege oder Betreuung dienen. Weiters sieht § 43 Abs. 2 bzw. § 92 Abs. 3 GuKG für Schüler/innen einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule bzw. Teilnehmer/innen eines Pflegehilflehrgangs im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung die Berechtigung zur Durchführung von pflegerischen und an Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege delegierbare ärztliche Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht vor. Da die betroffenen Medizinstudenten/-innen nicht unter den Anwendungsbereich der genannten Bestimmungen fallen, ist nach derzeit geltender Rechtslage in österreichischen Krankenanstalten bzw. sonstigen Gesundheitseinrichtungen eine Delegation von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten an diese nicht möglich, sodass aus berufsrechtlicher Sicht eine Ableistung des „Krankenpflegedienstes“ nach der dt. ÄAppO an österreichischen Krankenanstalten derzeit nicht zulässig ist.

Durch die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage in § 3d GuKG wird die Möglichkeit für die betroffenen Studierenden geschaffen, dieses Praktikum in Österreich zu absolvieren. Im Sinne der Patientensicherheit ist allerdings Voraussetzung für ein entsprechendes Tätigwerden zumindest ein Basiswissen über grundpflegerische Tätigkeiten, das im Rahmen des österreichischen Ausbildungssystems auf unterster Stufe durch das Ausbildungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“ gemäß GuK-BAV vermittelt wird. Die Absolvierung des im Rahmen ausländischer und allenfalls auch inländischer Medizinstudien bzw. auch anderer Ausbildungen zu Gesundheitsberufen vorgesehenen „Pflegepraktikums“ in Österreich für die betroffenen Studierenden wird daher unter der Voraussetzung ermöglicht, dass diese den theoretischen Teil des Ausbildungsmoduls „Unterstützung bei der Basisversorgung“ in der Dauer von insgesamt 100 Stunden, eine gleichwertige theoretische Ausbildung oder eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf, wie beispielsweise die Sanitäterausbildung oder die Ausbildung in einem medizinischen Assistenzberuf, die oftmals im Rahmen der Ableistung der Wehrpflicht bzw. des Zivildienstes angeboten werden und entsprechendes Basiswissen und Erfahrungen im Patientenkontakt vermitteln, absolviert haben. Klargestellt wird, dass für ein allfälliges Tätigwerden der Praktikanten/-innen im Rahmen der Mithilfe bei sonstigen Tätigkeiten am Krankenbett die engen Grenzen des § 49 Abs. 2 ÄrzteG 1998 einzuhalten wären.

#### **Zu Art. 1 Z 24 (§ 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.

#### **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 jüngsten 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.

Klarestellt 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. 2 (Änderung des ASVG):**

Durch die GuKG-Novelle 2015 wird ein neuer Gesundheits- und Krankenpflegeberuf geschaffen, für den die Ausbildung an den Schulen für Pflegeassistentenberufe erfolgt. Durch die vorgeschlagene Änderung soll eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung für diese Personengruppe geschaffen werden.

Darüber hinaus soll auch die Pflegeassistentin, die bisherige Pflegehilfe, für die bislang keine sozialversicherungsrechtliche Absicherung bestanden hat, ebenfalls in die sozialversicherungsrechtliche Vollversicherung einbezogen werden.

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

**Zu Art. 3 (Änderung des Berufsreifeprüfungsgesetzes):**

Die Ausbildung in der Pflegefachassistenz entspricht bzw. übersteigt sogar in der Dauer der 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.