



**Bundesministerium für Gesundheit und Frauen**  
BMGF - II/A/6 (Legistik in der Kranken- und Unfallversicherung)  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien

Via E-Mail  
[vera.pribitzer@bmgf.gv.at](mailto:vera.pribitzer@bmgf.gv.at)

Wien, am 15. Mai 2017

**Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017**  
Begutachtungsverfahren

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren!

**I.** Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (in Folge auch *ÖGKV*) als der größte unabhängige nationale Berufsverband für alle in der Gesundheits- und Krankenpflege tätigen Personen in Österreich nimmt Bezug auf den am 21. April 2017 dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeleiteten Entwurf des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017 (GRUG 2017) und bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen einer Stellungnahme auch seine Position zum Konzept einer multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich darlegen zu können.

**II.** Der *ÖGKV* erlaubt sich nachstehend auf jene Aspekte hinzuweisen, welche aus Sicht der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe einer gesetzlichen Umsetzung bedürfen, um das vom *ÖGKV* grundsätzlich begrüßte Konzept der multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich zum Wohle jener Teile der Bevölkerung, welche Gesundheitsdienstleistungen nachfragen und benötigen, im Sinne der diesem Konzept zu Grunde liegenden Zielsetzungen zu ermöglichen:

**A. GRUNDSATZPOSITION DES ÖGKV:**

**a)** Multiprofessionelle Zusammenarbeit ist ein wesentlicher Baustein der Primärversorgung. Damit sollen die Erstversorgung und die Behandlung chronisch kranker Menschen und psychisch kranker Menschen wesentlich verbessert werden.

Um multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verwirklichen, sind daher auch nichtärztliche Gesundheitsberufe – so insbesondere Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe - im beabsichtigten GRUG 2017 entsprechend abzubilden. Auch die beteiligten Angehörigen nichtärztlicher

Gesundheitsberufe müssen juristisch abgesichert und angemessen honoriert werden. Nur so werden die Einbindung und gute Qualität garantiert und die Gleichstellung bzw. Zusammenarbeit auf Augenhöhe möglich.

Im vorliegenden Entwurf des GRUG 2017 werden die nichtärztlichen Gesundheitsberufe grob vernachlässigt und erfahren sogar eine Schlechterstellung im Hinblick auf die derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen für diese Berufsgruppen. Der im vorliegenden Entwurf des GRUG 2017 vorgesehene Primärversorgungsgesamtvertrag umfasst nur die ärztliche Hilfe. Es ist keine gesamtvertragliche Regelung zwecks einer bundesweit einheitlichen Bereitstellung aller notwendigen Primärversorgungsleistungen durch nichtärztliche Gesundheitsberufe vorgesehen. Es sind auch keine gesetzlichen Grundlagen vorgesehen, um verbindliche, bundesweit einheitliche Grundsätze der Vergütung und Mindestentlohnung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu sichern. Demzufolge werden die Gesundheitsberufe auf Landesebene im einzelnen Primärversorgungsvertrag individuell und willkürlich geregelt. Damit würde der Gesetzgeber die nichtärztlichen Gesundheitsberufe unter eine Art „Verhandlungskuratel“ der Österreichischen Ärztekammer und der Ärzteschaft stellen bzw. wären diese Gesundheitsberufe den Interessen der Länder und der regionalen Sozialversicherungsträger und deren Bereitschaft zur Einbettung und Finanzierung von nichtärztlichen Leistungen ausgeliefert. Die Österreichische Ärztekammer bzw. eine Gruppe von Ärzten, die eine Primärversorgungseinheit betreiben wollen, würden letztlich für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe - somit auch für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe als eigenständiger Berufsgruppe (!) - verhandeln. Eine derartige Überlegung stünde der grundsätzlichen Zielsetzung und Zweckorientierung von Primärversorgung diametral entgegen und würde einen massive Schlechterstellung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im Vergleich zu ihrer derzeitigen Absicherung und Darstellung im ASVG bedeuten.

Mangelhafte Einbindung, Dumping-Entlohnung und Qualitätsverlust wären drohende Folgen. Nichts weniger als das Gelingen der neuen Versorgungssäule Primärversorgung stünde damit ganz grundsätzlich auf dem Spiel und würde letztlich die grundsätzliche Zielsetzung und Zweckorientierung von Primärversorgung völlig konterkarieren.

**b)** Notwendig ist daher jedenfalls der Abschluss eines Primärversorgungsgesamtvertrages mit inhärentem Leistungskatalog über alle Primärversorgungsleistungen, dies unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- Damit Primärversorgung tatsächlich entstehen kann, muss das Kernteam aus Angehörigen von zumindest 4 unterschiedlichen Gesundheitsberufen bestehen. Zum Kernteam „Ärzte und Angehörige des gehobenen Dienstes in der Gesundheits- und Krankenpflege“ sollten - auch nach Überzeugung des ÖGKV - mindestens 2 weitere gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe hinzutreten.
- Ein bundesgesetzlich verankerter, gemeinsamer Primärversorgungsgesamtvertrag nicht nur für die Leistungen der ärztlichen Hilfe sondern auch für Leistungen der anderen Vertragspartner ist vorzusehen.
- Auf Basis des ASVG ist ein Primärversorgungs-Gesamtvertrag abzuschließen, der sowohl die ärztlichen Leistungen als auch die Leistungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe enthält. Es ist ein alle Leistungen der

Primärversorgung umfassender Primärversorgungs-Gesamtvertrag (zwischen dem Verband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den zuständigen beruflichen Interessensvertretungen der jeweiligen nichtärztlichen Gesundheitsberufe) abzuschließen, dessen Inhalt zugleich Inhalt der Primärversorgungs-Einzelverträge ("Typenzwang" des ASVG/Normverträge) sowie Inhalt etwaiger Primärversorgungs-Sondereinzelverträge zu sein hat.

- Sämtliche Verträge auf regionaler Ebene bzw. etwaige Primärversorgungs-Sondereinzelverträge sind diesen bundesweit einheitlichen Verträgen unterzuordnen.
- Die Primärversorgungs-Gesamtverträge enthalten demnach zumindest folgende inhaltliche Regelungen:
  - Mindestleistungsspektrum und Qualitätsstandards der jeweiligen Berufsgruppe
  - Rechte und Pflichten der Vertragspartner
  - Regelungen über die Grundsätze der Vergütung und Tarifsysteme nach einheitlichem Muster, Mindesthonorare für die freiberuflich tätigen Gesundheitsberufe, Mindestentlohnung bzw. Festlegung, welche kollektivvertraglichen Regelungen nicht unterschritten werden dürfen.
  - Verpflichtung zur Sachleistungserbringung (Kassenleistung) durch die Sozialversicherung (SV) und Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung
- Der Abschluss eines derartigen Primärversorgung-Gesamtvertrages hat zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den zuständigen Interessensvertretungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu erfolgen, wobei dies für die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe der ÖGKV zu sein hat.
- Der Primärversorgungs-Gesamtvertrag kommt nur dann zustande, wenn alle Interessensvertretungen der beteiligten Berufsgruppen die Zustimmung zu der sie betreffenden Regelung erteilt haben.
- Unabhängig davon, ob Verträge auf Bundes- oder Landesebene geschlossen werden, wird die Vertragspartnerschaft auf Seiten der beteiligten Berufsgruppen immer von der jeweiligen Bundesorganisation wahrgenommen.

## **B. ANPASSUNGSBEDARF IM SOZIALVERSICHERUNGSGESETZ:**

Die Umsetzung des beabsichtigten Konzepts zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich erfordert aus Sicht des ÖGKV weitreichende, im vorliegenden Entwurf des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017 (GRUG 2017) bedauerlicherweise nicht vorgesehene Anpassungen der sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen.

Da die Leistungen des multiprofessionellen und interdisziplinär agierenden Teams von Angehörigen ärztlicher wie auch nichtärztlicher Gesundheitsberufe ja auch durch Primärversorgungseinheiten in der Form von Netzwerken, in denen jeweils freiberuflich

agierende Angehörige von Gesundheitsberufen durch Kooperationsvereinbarungen zusammengefasst werden könnten, erbracht werden, erachtet der *ÖGKV* auch die Schaffung von Voraussetzungen zum Abschluss von Gesamt- wie auch Einzelverträgen betreffend diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für unabdingbar.

Darüber hinaus erfordert das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich auch eine zeitgemäße und dem Kompetenzprofil von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege entsprechende Definition der von diplomierten Pflegepersonen im Rahmen des Konzepts der Primärversorgung zu erbringenden und von der Sozialversicherung zu erstattenden Leistungen.

## 1. Gesamtvertragsrecht

**a.** Im 6. Teil des ASVG (§§ 338 ff ASVG) sind die Beziehungen der Träger der Sozialversicherungen (des Hauptverbandes) zu den Angehörigen des ärztlichen und zahnärztlichen Berufs, des Dentisten-, Hebammen- und Apothekerberufs sowie zu den Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen geregelt.

Wenn man davon ausgeht, dass ein Gesamtvertrag zwischen den Trägern der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) und einer Interessenvertretung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe angestrebt werden soll, ist die einschlägige Bestimmung des § 349 ASVG zu beachten:

Gemäß § 349 Abs. 3 ASVG können die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Zahnärzten, Gruppenpraxen, Dentisten, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und Krankenanstalten durch Gesamtverträge geregelt werden. Hierbei finden die Bestimmungen des § 341 ASVG mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, dass an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

**b.** Betreffend die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, welche über keine gesetzliche (d.h. berufsständisch als Kammer oder vergleichbare Körperschaft organisierte) Interessenvertretung verfügen, sieht § 349 Abs. 2 ASVG die Möglichkeit vor, Gesamtverträge jeweils mit beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychologenbeirates (§ 20 Abs. 1 Z 8 des Psychologengesetzes), sowie beruflichen Interessenvertretungen der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (§ 21 Abs. 1 Z 9 des Psychotherapiegesetzes), vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales (nunmehr Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) mit Bescheid festgestellt worden ist, abzuschließen. Hierbei finden die §§ 341, 342 und 343 Abs. 1 bis 3 ASVG mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, dass an die Stelle der Ärztekammer die **jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung** tritt.

**c.** Der *ÖGKV* vertritt die Überzeugung, dass auch der **ÖGKV als freiwillige berufliche Interessenvertretung** (und im Übrigen gemäß § 13 Abs. 2 Z 9

Gesundheitsberuferegister-Gesetz [GBRG] als im Registrierungsbeirat gesetzlich verankerte Interessensvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich) Partner eines Gesamtvertrages mit dem Träger der Krankenversicherung (des Hauptverbandes) sein könnte. Dazu müsste jedoch die Leistungsfähigkeit bezüglich der Gesundheitsversorgung – wohl aufgrund eines Sachverständigengutachtens – vom zuständigen Bundesminister festgestellt werden. Ein derartiges Sachverständigengremium könnte auch der gemäß § 65c GuKG eingerichtete Gesundheits- und Krankenpflegebeirat sein.

Dazu ist jedoch anzumerken, dass für die Übernahme einer derartige Aufgabe auch der gesetzliche Kompetenzbereich des Gesundheits- und Krankenpflegebeirates gemäß § 65c GuKG entsprechend erweitert werden müsste.

Für ein § 349 Abs. 2 ASVG analoges Vorgehen, nämlich den ÖGKV als freiwillige berufliche Interessensvertretung durch Bescheid des zuständigen Bundesministers zu legitimieren, Gesamtverträge abzuschließen, fehlt somit nach Einschätzung des ÖGKV sowohl im GuKG als auch im ASVG die gesetzliche Grundlage.

**d. Um somit den Abschluss von Gesamtverträgen zwischen den Sozialversicherungsträgern (dem Hauptverband) und einer Interessenvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich zu ermöglichen, müsste sowohl im ASVG (durch eine dem § 349 Abs. 2 ASVG vergleichbare Bestimmung) als auch im GuKG durch Anpassung des Aufgabenbereiches des Gesundheits- und Krankenpflegebeirates gemäß § 65c GuKG der gesetzliche Rahmen geschaffen werden, um dem ÖGKV die Kompetenz zum Abschluss eines Gesamtvertrages zu ermöglichen.**

Für den Fall des Abschlusses von Gesamtverträgen betreffend Primärversorgungseinheiten wird somit nicht nur die Österreichische Ärztekammer, sondern dann auch der ÖGKV verbindlich einzubeziehen sein.

## **2. Definition von „Gesundheits- und Krankenpflege“ als neue Leistungen der Sozialversicherung**

**a.** Als eine mögliche Organisationsform der Primärversorgung sind bekanntlich **Netzwerke** der beteiligten Gesundheitsberufe vorgesehen. Sowohl in dieser Organisationsform als auch bei **Organisation über Vereine** sieht der vorliegende Ministerialentwurf keinerlei Möglichkeit einer Bewertung des Kostenanteils von Leistungen des gehobenen Dienstes in der Gesundheits- und Krankenpflege vor.

Zu Recht wurde und wird immer wieder thematisiert, dass aktuell von den Leistungen, welche Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung zu erbringen berechtigt sind, nur Maßnahmen der „Medizinischen Hauskrankenpflege“ im Rahmen von bestehenden Verträgen zwischen Sozialversicherungsträgern und Leistungserbringern direkt (zu Gunsten der versicherten Patienten) abgerechnet werden können.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Der Vollständigkeit halber sei festgehalten, dass gemäß § 159 ASVG auch der Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern (nunmehr: Diplomierte Gesundheits- und

Das österreichische Sozialversicherungssystem ist aktuell noch vom grundsätzlichen Gedanken geprägt, dass

- die Krankenversicherung Vorsorge trifft (§ 116 Abs. 1 ASVG)
  - für die evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
  - für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und der Mutterschaft;
  - für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für die Hilfe bei körperlichen Gebrechen;
  - für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;
  - für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention, demgegenüber
- das Pflegegeld den Zweck hat, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen (§ 1 BPGG).

**b.** Wenn man aber den grundsätzlichen Überlegungen des Konzepts zu multiprofessioneller und interdisziplinärer Primärversorgung in Österreich folgt, wonach eine Kostentragung der Sozialversicherungsträger auch für das umfassende und breite Spektrum von Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege ermöglicht werden könnte, in diesem Sinne über Maßnahmen des Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG hinausgehen würde, so bedarf dies nach Überzeugung des ÖGKV einer **grundlegenden Neudefinition der gesetzlichen Zielsetzung der Krankenversicherung hin zum Begriff einer „Gesundheitsversicherung“**. Gerade vor dem Hintergrund von Überlegungen des Konzepts zu multiprofessioneller und interdisziplinärer Primärversorgung in Österreich (auch) zur umfassenden Betreuungsbefragung von chronisch kranken Menschen ist etwa die aktuell noch bestehende Einschränkung des § 151 Abs. 5 ASVG zu hinterfragen, dass medizinische Hauskrankenpflege pro Versicherungsfall grundsätzlich zunächst einmal nur für 4 Wochen zu gewähren ist.

Ein erster Schritt der verstärkten Einbindung der von – insbesondere diplomierten – Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eigenständig und ohne ärztliche Anordnung zu erbringenden Leistungen könnte auf der Grundlage von § 116 Abs. 1 Z 5 ASVG gesetzlich geregelt werden, wonach die Krankenversicherung auch Vorsorge zu treffen hat für „zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention“. Dazu müssten dieser Zielsetzung dienende Pflegeleistungen definiert werden, welche aus Anlass einer umfassenden Novelle zum ASVG als eigenständig zu erbringende Leistungen (vergleichbar etwa dem Hebammenbeistand gemäß § 159 ASVG) gesetzlich verankert werden könnten.

**c.** Letztlich wird man nach Überzeugung des ÖGKV gut beraten sein, das bislang unter dem Titel „Medizinische Hauskrankenpflege“ zusammengefasste Leistungsspektrum von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nicht nur neu zu

---

KrankenpflegerInnen [Kinder- und Jugendlichenpflege]) als Leistungen der Krankenversicherung gewährt werden können.

definieren, sondern überhaupt unter der Überschrift „**Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege**“ zusammenzufassen.

Ebenfalls einer gesetzlichen Neuregelung zugeführt werden müsste jedenfalls die Thematik, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bereits jetzt aus berufsrechtlicher Sicht zur Anordnung von Maßnahmen der pflegerischen Kernkompetenz berechtigt sind, im Rahmen derer auch Medizinprodukte notwendigerweise verwendet werden müssen (zum Beispiel Inkontinenzbehelfe, Pflegeprodukte zur Stomaversorgung, Mobilitätshilfen etc.).

**d.** Aus alledem abgeleitet sind im vorliegenden Ministerialentwurf ergänzend noch weitere thematische Aspekte zu regeln:

**1. Wie werden Leistungen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Mindestleistungskriterien im Vertrag der Primärversorgung integriert?**

Diese Leistungen sind im Wesentlichen bereits durch die medizinische Hauskrankenpflege erfasst und sind dem Kompetenzbereich § 15 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) zuzuordnen. Der Kostenersatz erfolgt aktuell in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich und ist ausschließlich über Pauschalen geregelt. Diese Pauschalen der Krankenversicherungsträger sind derzeit Bestandteil des Sozialbudgets der Bundesländer.

**2. Wie wird Qualität- und Kostentransparenz von Pflegeleistungen für die Systempartner, aber in erster Linie für PatientInnen nachvollziehbar?**

Mangels Regelung auf Bundesebene hinsichtlich erforderlicher Mindestkriterien erfolgt die Leistung im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege in den Bundesländern unterschiedlich. Es ist demnach konkret nicht nachvollziehbar, inwieweit die Pauschalen der Krankenversicherungsträger die erforderlichen Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege finanziell abdecken. Darüber hinaus fehlen eine diesbezügliche Qualitätskontrolle sowie eine Orientierungsmöglichkeit, wie etwa Honorarkataloge, für die individuelle Finanzierung.

**C. ERGÄNZENDER NOTWENDIGER ANPASSUNGSBEDARF IM GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERECHT:**

Die Umsetzung des Konzepts zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich bedarf zunächst aus Sicht des ÖGKV der Anpassung im Bereich der Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, aber auch bei den Regelungen betreffend Berufsausübung, letztlich aber ebenso bei den Vorgaben betreffend Einsatzmöglichkeiten im Rahmen der praktischen Ausbildung im gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

**1. Änderung des § 14 GuKG „Pflegerische Kernkompetenz“:**

**a.** Der ÖGKV fordert weiterhin die schon einmal diskutierte und in Aussicht gestellte Einführung eines § 14 Abs. 3 GuKG, wonach (nunmehr so bezeichnete) pflegerische

Kernkompetenz auch die Anwendung, Verabreichung, Verordnung und Verschreibung von Medizinprodukten und pflegerelevanten Arzneimitteln umfasst, die auf der Grundlage der pflegerischen Kernkompetenz gemäß § 14 Abs. 1 und 2 GuKG zur Anwendung kommen.

**b.** Im Zusammenhang mit der **Versorgung von Patienten mit Ileo-, Jejuno-, Kolo- und Urostoma** ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Versorgung von Menschen mit sowie die Versorgung des Kolostomas und/oder Ileostomas selbst eine **pflegerische Maßnahme** ist; hautreinigende und -schützende sowie stomarandreinigende und -schützende Pflegeinterventionen im Rahmen der lokalen Pflege von Colo- und Ileostoma können demnach sogar an Angehörige der (nunmehrigen) Pflegeassistenz delegiert werden (BMG 13.1.2012, 92251/0147-II/A/2/2011).

Auch die Versorgung von Menschen mit sowie die Versorgung des Urostomas selbst ist eine pflegerische Maßnahme. Hautreinigende und -schützende sowie stomarandreinigende und -schützende Pflegeinterventionen im Rahmen der lokalen Pflege von Urostoma können ebenso an Angehörige der (nunmehrigen) Pflegeassistenz delegiert werden, sofern eine persönliche Beurteilung der Stomaverhältnisse und darauf basierend eine entsprechende Anordnung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt sowie die Aufsicht durch diesen gewährleistet ist (BMG 10.12.2013, 92251/0181-II/A/2/2013 = ÖZPR 2014/4).

Aus Sicht des *ÖGKV* sollte die hohe Kompetenz von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Betreuung und Beratung von Patienten mit Stomata dahingehend berücksichtigt werden, dass – klarstellend – diese Handlungsmöglichkeit in der pflegerischen Kernkompetenz dezidiert verankert wird, darüber hinaus auch die Kompetenz zur Vornahme von Produktanpassungen ausschließlich unter pflegerischen Aspekten in dieser Bestimmung aufgenommen wird. Ein Hinweis auf den Erwerb von erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen ist aus Sicht des *ÖGKV* entbehrlich, weil der erhöhte Sorgfaltsmaßstab gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 GuKG, die umfassende Bildungspflicht gemäß § 4 Abs. 2 GuKG sowie der Aspekt der Einlassungs- und Übernahmsfahrlässigkeit diese Berufspflicht umfassend absichern.

Der *ÖGKV* versucht daher, **nachstehende Regelung als (neuen) § 14 Abs. 3 GuKG aufzunehmen:**

*„(3) Von den pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst sind auch*

1. die Anwendung, Verabreichung, Verordnung und Verschreibung von Medizinprodukten und pflegerelevanten Arzneimitteln insbesondere in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Lagerung, Behelfe, Körperpflege, Inkontinenzversorgung, Mobilisation- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien, prophylaktische Hilfsmittel und Messgeräte, die auf der Grundlage des Pflegeprozesses und im Rahmen der pflegerischen Kernkompetenzen gemäß Abs. 1 und 2 zur Anwendung kommen,
2. die Versorgung von Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen mit Ileostoma, Jejunostoma, Kolostoma und Urostoma, die Versorgung des Ileostomas, Jejunostomas, Kolostomas und Urostomas selbst, die Vornahme

*von hautreinigenden und –schützenden sowie stomarandreinigenden und –schützenden Pflegeinterventionen im Rahmen der lokalen Pflege von Ileostoma, Jejunostoma, Kolostoma und Urostoma einschließlich der Verordnung und Verschreibung von Medizinprodukten und pflegerelevanten Arzneimitteln, sowie*

- 3. die Vornahme von Produktanpassungen ausschließlich unter pflegerischen Aspekten.“*

Weiters erachtet es der ÖGKV – wie bereits oben ausgeführt – für erforderlich, nachstehende **Verordnungsermächtigung als (neuen) § 14 Abs. 4 GuKG** aufzunehmen:

*„(4) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen wird ermächtigt, nach Anhörung des Gesundheits- und Krankenpflege-Beirats gemäß § 65c durch Verordnung nähere Bestimmungen betreffend die Anwendung, Verabreichung, Verordnung und Verschreibung von Medizinprodukten und pflegerelevanten Arzneimitteln gemäß Abs. 3 durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege festzulegen.“.*

## **2. Notwendigkeit der Änderung des § 15a „Weiterverordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten“**

Der ÖGKV betrachtet es als geboten an, den durch die GuKG-Novelle 2016 eingefügten § 15a GuKG dahingehend zu ändern, dass unter gewissen Voraussetzungen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Weiterverordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten berechtigt sind. Die Änderung des bestehenden § 15a GuKG würde den „Konsenspapieren“ der Arbeitsgruppen „Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Schwerpunkt Medizinprodukte“ und „Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Schwerpunkt Arzneimittel“ vom 1. Halbjahr 2012 entsprechen, vor allem jedoch vielfach eine vereinfachte Vorgehensweise zum Wohle der betroffenen Patienten – insbesondere im Rahmen der Primärversorgung – ermöglichen.

Der ÖGKV versucht daher, **§ 15a GuKG wie folgt zu ändern:**

*„(1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Delegation gemäß § 15 GuKG vom Arzt verordnete*

*1. Medizinprodukte insbesondere in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Lagerung Behelfe, Körperpflege, Inkontinenzversorgung, Mobilisation- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien, prophylaktische Hilfsmittel und Messgeräte,*

*2. Arzneimittel in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Atmung, Anwendung auf der Haut, Verdauung und Prophylaxe*

*im Rahmen der Kompetenzen der medizinische Diagnostik und Therapie so lange weiter anzuwenden und weiter zu verordnen, bis die sich ändernde Situation des Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen die Rückmeldung an den Arzt erforderlich macht oder der Arzt die Delegation ändert. Davon unberührt bleiben die*

*pflegerische Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß §14 GuKG.*

*(2) Im Bereich von Ileostoma, Jejunostoma, Kolostoma und Urostoma sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Delegation gemäß § 15 GuKG vom Arzt verordnete Medizinprodukte so lange weiter anzuwenden und weiter zu verordnen, bis die sich ändernde Patientensituation die Rückmeldung an den Arzt erforderlich macht oder der Arzt die Delegation ändert. Davon unberührt bleiben die pflegerische Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 14 GuKG.*

*(3) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen wird ermächtigt, nach Anhörung des Gesundheits- und Krankenpflege-Beirats gemäß § 65c sowie der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung nähere Bestimmungen betreffend die weitere Anwendung und Verordnung von Medizinprodukten und Arzneimitteln gemäß Abs. 1 und 2 durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege festzulegen.“.*

### **3. Berufsausübung**

**a.** Dass Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich kann aus Sicht des ÖGKV – ohne dass die Führungskompetenz des Arztes in medizinischer Sicht in Frage gestellt werden soll – nur dann im Sinne der darin genannten Zielsetzungen verwirklicht werden, wenn eine Zusammenarbeit von eigenverantwortlich agierenden Angehörigen ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsberufe auf insbesondere berufsrechtlicher, haftungsrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher „Augenhöhe“ möglich ist.

Schon 1991 wurde in der Literatur einerseits die zunehmende Arbeitsteilung auch bei der Ausübung von freien Berufen,<sup>2</sup> andererseits – aus gesundheitspolitischen Optimierungsüberlegungen – die Notwendigkeit der Schaffung von (nicht nur auf Erwerbsgesellschaften beschränkten) Organisationsformen des Zusammenschlusses von Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe zutreffend dargelegt.<sup>3</sup>

Das bedeutet, dass im § 35 GuKG nach Auffassung des ÖGKV ein (neuer) Abs. 1a eingefügt werden sollte, wonach eine **Berufsausübung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege auch als Gesellschafter einer interdisziplinären Primärversorgungseinheit** erfolgen kann, welche in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zu errichten ist.

**b.** Die erforderlichen Tätigkeiten des gehobenen Dienstes für GuKP in einer Primärversorgungseinrichtung sind derzeit nur im **angestellten Dienstverhältnis** vorgesehen. Im Rahmen der nunmehr vorgesehenen Regelungen zur Implementierung von Primärversorgungseinheiten müsste aus Sicht des ÖGKV klargestellt werden, **welcher Kollektivvertrag** mit welchen Rahmenbedingungen in diesem Fall zur

<sup>2</sup> Krejci, EGG § 1 Rz 91.

<sup>3</sup> Vgl. Scholz, Neue Organisationsformen im Bereich des Gesundheitswesens – eine Möglichkeit: die Erwerbsgesellschaft, SozSi 12/1991, 576.

Anwendung kommen sollte; eine derartige Regelung ist dem vorliegenden Ministerialentwurf nicht zu entnehmen.

#### **4. Praktische Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und in den Pflegeassistentenzberufen:**

Der *ÖGKV* würde es begrüßen, wenn hinkünftig Teile der praktischen Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (sowohl an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege als auch im Rahmen von Fachhochschul-Bachelorstudien für Gesundheits- und Krankenpflege) wie auch in den Pflegeassistentenzberufen in den zu schaffenden Primärversorgungseinheiten absolviert werden müssten.

Diesbezüglich müssten die ausbildungsrechtlichen Bestimmungen im GuKG sowie den auf dessen Grundlage erlassenen Ausbildungsverordnungen angepasst werden.

**III.** Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (*ÖGKV*) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Er weist darauf hin, dass für eine umfassende Implementierung des Systems der Primärversorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie unter Berücksichtigung der Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe eine Berücksichtigung sämtlicher von ihm in der vorliegenden Stellungnahme angesprochenen Aspekte unabdingbar ist.

Gerne und selbstverständlich steht der *ÖGKV* auch für weitere Rückfragen zur Verfügung.

Unter einem wird eine Gleichschrift dieser Stellungnahme an das Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen



Ursula Frohner  
Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegverbandes

*Cc: Präsidium des Nationalrates ([begutachtungsverfahren@parlament.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlament.gv.at))*