



AMT DER TIROLER LANDESREGIERUNG
Präsidialabteilung II/EG-Referat
Zahl: 245/342

7/SN-402/ME

A-6010 Innsbruck, am 12. Dezember 1994
Landhausplatz
Telefax: (0512) 508177
Telefon: (0512) 508 - 153
Sachbearbeiter: Dr. Tachezy
DVR: 0059463

An das
Bundesministerium für Gesundheit,
Sport und Konsumentenschutz

Bitte in der Antwort die
Geschäftszahl dieses
Schreibens anführen

Telefax!

Radetzkystraße 2
1031 Wien

L. J. J. J. J.

Betrifft GESETZENTWURF	
Zl. 68	-GE/19 14
Datum: 22. DEZ. 1994	
Verteilt 2. Jan. 1995	

Betreff: Entwurf eines Bundesgesetzes über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG);
Stellungnahme

Zu Zahl GZ 21.251/12-II/B/13/94 vom 6. Oktober 1994

Zum oben angeführten Gesetzentwurf wird folgende Stellungnahme abgegeben:

I.

Allgemeines

Es ist zu begrüßen, daß nach den gehobenen medizinisch-technischen Diensten auch der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe in einem eigenen Gesetz geregelt werden. Allerdings ist festzustellen, daß die Bezeichnung "gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege" im Hinblick auf die Bezeichnung "gehobener medizinisch-technischer Dienst" unter Umständen dienst- und besoldungsrechtliche Probleme aufwerfen wird. Der Wortlaut der Begriffe läßt nämlich auf eine Gleichstellung schließen. Eine derartige Gleichstellung hat aber bisher nicht be-

standen. Es erhebt sich daher die Frage, warum diese neue Bezeichnung "gehobener Dienst" gewählt wird und nicht die bisherige Bezeichnung als "diplomierter Dienst" beibehalten wird. Die im Krankenpflegegesetz verbleibenden Berufe, nämlich der medizinisch-technische Fachdienst und die sonstigen Sanitätshilfsdienste sollten aber insbesondere der besseren Übersicht wegen jedenfalls in einem eigenen Gesetz geregelt werden.

In den umfangreichen Schluß- und Übergangsbestimmungen sind mehrfach Zuständigkeiten des Landeshauptmannes normiert. Mangels einer abweichenden Kostentragungsregelung werden die Länder daher sowohl mit dem Personalaufwand als auch mit dem Sachaufwand für die im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung zu besorgenden Aufgaben belastet. Der durch den Gesetzentwurf bedingte Mehraufwand der Länder ist diesen aber jedenfalls vom Bund abzugelten.

In sprachlicher Hinsicht ist darauf hinzuweisen, daß die Verweh- dung jeweils der weiblichen und der männlichen Form nicht nur die Lesbarkeit wesentlich beeinträchtigt sondern im Entwurf auch nicht konsequent durchgehalten worden ist. So ist etwa in den §§ 4, 5 und 10 von "Patienten" und "Klienten" und in den §§ 29 und 30 vom "Gesellschafter" die Rede. Es wird daher angeregt, im gesamten Text nur die Form eines Geschlechts zu verwenden, wobei im Hinblick auf das Überwiegen von Frauen in diesem Beruf allenfalls die weibliche Form zu bevorzugen wäre. Ergänzend sollte eine eigene Bestimmung über die geschlechtsspezifische Bezeichnung eingefügt werden.

II.

Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Zu § 2:

Die Formulierung "diese Berufe dürfen berufsmäßig" im Abs. 1 erscheint unglücklich und sollte durch eine Formulierung wie im Abs. 2 ersetzt werden.

Zu § 3:

Die Formulierung "berufsmäßige Ausübung dieser Berufe" sollte durch die Wendung "berufsmäßige Ausübung dieser Tätigkeiten" ersetzt

werden. Dies entspricht auch der Formulierung im Krankenpflegegesetz und im MTD-Gesetz.

Zu § 4:

In den Erläuterungen wird angeführt, daß sich aus der Bestimmung des § 4 Abs. 1 die Verpflichtung aller Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ergebe, sich durch entsprechende ständige Fort- und Weiterbildung Kenntnisse über den jeweiligen Stand der Pflegewissenschaft und medizinischen Wissenschaft anzueignen. Diese Verpflichtung sollte aber im Gesetz deutlich zum Ausdruck kommen und entsprechend konkretisiert werden.

Zu § 5:

Die Pflegedokumentation ist sicher für nachgehende Beurteilung und Kontrolle der Pflegedienstleistungen von großer Bedeutung. Es ist aber auch zu bedenken, daß eine übertriebene Pflegedokumentation zu einer erheblichen Mehrbelastung des Krankenpflegepersonals führt und so den personellen Engpaß auf diesem Gebiet noch verstärken kann. Bei den in Abs. 2 und 3 vorgesehenen umfassenden Auskunftspflichten und Einsichtsrechten stellt sich die Frage ob diese Rechte wirklich zum Vorteil des Patienten bzw. Klienten eingeräumt werden. Einseits sind nämlich die Patienten und Klienten häufig nicht fähig die "volle Wahrheit" zu verkraften, andererseits führt die Ausübung zu einer weiteren zeitlichen Belastung des Pflegepersonals.

Zu § 6:

Der Begriff des "öffentlichen Interesses" insbesondere der Interessen der "öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege" hat schon bisher häufig zu Unklarheiten geführt. Deshalb wird empfohlen diesen Begriff genauer zu umschreiben. Die im Abs. 3 vorgesehene Anfragemöglichkeit bei der Bezirksverwaltungsbehörde ist jedenfalls kein taugliches Instrument zur Klärung dieses Begriffes. Die Bezirksverwaltungsbehörde wird nämlich bei der Beantwortung der an sie gerichteten Frage überfordert sein, wenn im Gesetz keine ausreichenden Entscheidungskriterien enthalten sind. Zudem führen derartige Anfragen jedenfalls zu Verzögerungen.

Zu § 7:

In dieser Bestimmung wird die Ausstellung eines Berufsausweises vorgesehen, wobei die näheren Bestimmungen über Form und Inhalt

des Ausweises vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz durch Verordnung festzulegen sind. Eine derartige Regelung ist auch im MTD-Gesetz enthalten, das am 31. Juli 1992 verlautbart worden ist. Eine entsprechende Verordnung ist aber bisher nicht erlassen worden. Dies hat zu häufigen vergeblichen Anfragen bei den zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden geführt. Eine Verordnung über die Berufsausweise sollte daher gleichzeitig mit dem Gesetz in Kraft treten.

Zu § 8:

Für den Abs. 3 wird folgende Formulierung angeregt:

"(3) Die angeführten Tätigkeiten beinhalten im mitverantwortlichen Bereich die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung."

Zu § 9:

Im Abs. 2 sollten die Zusatzbezeichnungen ausdrücklich angeführt werden. Im Abs. 4 ist das Zitat "BGBl.Nr. 572/1992" auf "BGBl.Nr. 872/1992" zu berichtigen.

Zu § 10:

Es sollte überlegt werden ob nicht eine genauere Abgrenzung zwischen Grund- und Behandlungspflege erfolgen kann, um zukünftige Abgrenzungsprobleme zwischen den verschiedenen Verantwortungsbereichen (insbesondere zwischen Angehörigen der Krankenpflege und den Ärzten) in Bezug auf die eigenverantwortliche Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen sowie in Bezug auf die Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen zu vermeiden.

Zu § 11:

Die schriftliche Dokumentation sowohl der Anordnung als auch der Durchführung entsprechender Maßnahmen im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich ist zwar grundsätzlich zu befürworten. Die Dokumentationspflicht führt aber zu einer zusätzlichen Belastung des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals wodurch die eigentliche Diagnose- und Therapiearbeit erheblich beeinträchtigt wird. Der Ausschluß der "Bedarfsmedikation" führt in der Praxis insbesondere im Alten- und Pflegeheimbereich und in der ambulanten

Pflege zu schwerwiegenden Problemen. In diesen Bereichen ist nämlich die ständige Anwesenheit eines Arztes bzw. die tägliche Arztvisite nicht möglich. Diesem Umstand muß daher bei der Formulierung des Abs. 3 unbedingt Rechnung getragen werden.

Zu § 12:

Zu Z. 2 ist zu bemerken, daß es sich beim Anschluß von Infusionen eigentlich um eine intravenöse Verabreichung handelt, die unter die Bestimmung des § 13 fällt. Es müßte jedenfalls geklärt werden ob sich in den Infusionsflüssigkeiten Medikamente befinden dürfen oder nicht.

Die demonstrative Aufzählung von Tätigkeiten die in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen, läßt eine Vielzahl von Problemen offen. So bestehen in der Praxis immer wieder Differenzen darüber ob etwa das Legen von Magensonden, Maßnahmen zur Reinhaltung der oberen Atemwege (z.B. oropharyngeale Absaugung), die Bronchialtoilette bei liegender Kanüle sowie die Pflege und Überwachung des Patienten bei liegendem Zentralvenenkatheter zum Aufgabenbereich der Pflegepersonen gehören oder nicht.

Zu § 13:

Bei der Verabreichung von intravenösen Injektionen kommt es nicht nur auf das Erlernen der Technik an. Es sind vielmehr auch die Konsequenzen einer i.v. Injektion zu bedenken. Bei unvorhergesehenen Zwischenfällen sind die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege weder ausgebildet noch befugt, eine eigenmächtige Behandlung in die Wege zu leiten. Aus der vorgesehenen Regelung würden sich daher besonders im extramuralen Bereich und in den Alten- und Pflegeheimen besondere Gefahren ergeben, da in diesen Einrichtungen im Unterschied zu den Krankenhäusern derzeit kein Arzt ständig anwesend oder in unmittelbarer Nähe erreichbar ist. die spezielle Schulung zur Verabreichung intravenöser Injektionen sollte für alle Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vorgesehen werden. Die Entscheidung ob jemand die Berechtigung zur Vornahme intravenöser Injektionen erlangen und die damit verbundene Verantwortung auf sich nehmen will oder nicht, sollte nämlich nicht auf Einzelpersonen abgewälzt werden. Sonst ist zu befürchten, daß Personen die sich weigern, diese Tätigkeit zu übernehmen, diskriminiert werden. Die Vornahme von i.v. Injektionen müßte auf bestimmte Einsatzbe-

reiche und bestimmte Voraussetzungen (ständige Arztanwesenheit) eingeschränkt werden. Weiters ist die Medikamentenverabreichung im zentralvenösen Katheter und im Porta-cath-Katheder klar zu regeln.

Zu § 15:

Die Anforderungen an das Pflegepersonal im ambulanten Bereich und in den Alten- und Pflegeheimen nehmen ständig zu. Die Zahl der schwer pflegebedürftigen Heimbewohner sowie die Zahl der schwer pflegebedürftigen zu Hause steigt immer mehr an. Diese Entwicklung darf nicht übersehen werden. Die Geriartrie muß daher auch in der Ausbildung berücksichtigt werden. In Bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung der Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des Krankenpflegefachdienstes als Hygienefachkraft zu bestellen (§ 8a KAG, BGBl.Nr. 1/1957 zuletzt geändert durch BGBl.Nr. 801/1993). Die genannten Bereiche erfordern ein Spezialwissen, das in der Grundausbildung nicht in ausreichendem Maße vermittelt werden kann. Die taxative Zählung der Spezialaufgaben in Abs. 2 sollte daher auf die entsprechenden Tätigkeiten im Bereich der Alten- und Pflegeheime, den Bereich der Hauskrankenpflege, den Bereich der Hygienefachkraft sowie den Bereich der Präventivpflege ausgedehnt werden.

Unklar ist, ob Personen die eine spezielle dreijährige Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege oder in der psychiatrischen Krankenpflege erfolgreich absolviert haben, an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege ausschließlich Spezialfächer unterrichten dürfen. § 102 des Gesetzentwurfes sieht vor, daß Bewilligungen nach § 52 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes entsprechend dem Inhalt des jeweiligen Bewilligungsbescheides in Kraft bleiben. Diese Bewilligungen beziehen sich auf in Krankenanstalten tätige Personen. Es stellt sich dabei die Frage, ob Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit spezieller Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege oder psychiatrischen Krankenpflege, die derzeit in Alten- und Pflegeheimen bzw. im extramuralen Bereich arbeiten, berechtigt sind, ihren Beruf dort auszuüben. Auf diese Problematik sollte im Gesetzentwurf eingegangen werden.

Zu § 17:

Bei der Übergangspflege (Abs. 2 Z. 5) ist unklar, ob diese nur von Personen ausgeübt werden darf, die eine Grundausbildung oder eine

Spezialausbildung in psychiatrischer Krankenpflege erworben haben. Übergangspflege nach Böhm setzt voraus, daß Übergangspflege-Fortbildungen nach Böhm absolviert werden. Fraglich ist, ob diese Lerninhalte in die Grund- bzw. Sonderausbildung integriert werden sollen.

Zu § 18:

Es wäre klarzustellen, daß die zur Intensivpflege Berechtigten die entsprechenden Tätigkeiten nur in Spezialeinrichtungen (Intensivpflegeeinheiten, Überwachungseinheiten) ausüben dürfen.

Zu § 19:

Im Abs. 2 sollte als Z. 6 die Pflegedokumentation (im Rahmen eines adaptierten Pflegeprozesses) aufgenommen werden.

Zu § 20:

Der Kardiotechnische Dienst sollte in einem anderen Gesetz geregelt werden, da er wenig mit der pflegerischen Aufgabenstellung zu hat.

Zu § 22:

Hinsichtlich des Qualifikationsnachweises wird auf das Schreiben des Amtes der Tiroler Landesregierung vom 28. Oktober 1994, Vd-San 14.719/148 verwiesen.

Zu § 26:

Nach Abs. 4 kann über die Gleichwertigkeit der ausländischen Ausbildung "erforderlichenfalls ein Sachverständigengutachten eingeholt werden". Nach der derzeitigen Rechtslage kann für den Nachweis der Gleichwertigkeit "ein Sachverständigengutachten eines (einer) Direktors (Direktorin) einer Krankenpflegeschule oder einer medizinisch-technischen Akademie eingeholt werden." In den Erläuterungen wird zwar auf die Anforderungen an das Sachverständigengutachten hingewiesen, aber nichts darüber ausgesagt, wer zur Abgabe eines derartigen Gutachtens herangezogen werden kann. Es erhebt sich daher die Frage, wer außer den Direktoren und Direktorinnen der Krankenpflegeschulen sonst ein derartiges Gutachten abgeben kann. Unklar ist auch, ob ein allfälliges Gegengutachten des Antragstellers möglich ist.

Zu § 28:

Nach Abs. 1 darf die Bewilligung nur erteilt werden, wenn die Aus-

bildung des Antragstellers außerhalb des EWR einer Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheit- und Krankenpflege gleichwertig ist. Nach den Erläuterungen ist nur erforderlich, daß die im Ausland vermittelte Tätigkeit entsprechend qualitativ hochwertig ist und mit Erfolg abgeschlossen worden ist. Die Erläuterungen führen weiters aus, daß "fehlendes Wissen in grundlegenden Fächern jedenfalls eine Tätigkeit zum Zweck der Fortbildung ausschließe". Auch in Abs. 3 werden als Ausschließungsgründe für eine Tätigkeit zu Fortbildungszwecken nur fehlendes grundlegendes Wissen in berufsspezifischen Fächern oder mangelnde Deutschkenntnisse angeführt. Diese in sich widersprüchliche Bestimmungen über die Anforderungen bleiben jedenfalls hinter den Anforderungen nach Abs. 1 des Entwurfes zurück. Da diese Differenzierung offensichtlich beabsichtigt ist, sollte auch der Ausdruck "gleichwertig" in Abs. 1 angepaßt werden. Wie zu § 26 Abs. 4 so erhebt sich auch hier die Frage, wer die "Gleichwertigkeit" oder das nach den Erläuterungen geforderte "Wissen in grundlegenden Fächern" zu beurteilen hat. Die Möglichkeit zur Verlängerung der ersten Fortbildung und die Möglichkeit weiterer Fortbildungsjahre wird befürwortet. Unklar ist aber, unter welchen Voraussetzungen eine Verlängerung des ersten Fortbildungsjahres bewilligt werden kann. Im Hinblick auf die Zuständigkeit des Landeshauptmannes zur Erteilung dieser Bewilligung erhebt sich die Frage, ob nicht zur Vorbeugung vom Mißbräuchen eine zentrale Evidenthaltung aller Bewilligungen vorzusehen wäre.

Zu § 29:

In den Alten- und Pflegeheimen ist eine ständige Anwesenheit eines Arztes nicht gegeben. Die Berufsausübung von Bediensteten der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Pflegehilfe muß aber hinsichtlich dieser Einrichtungen ausdrücklich gewährleistet werden. Auch in der Hauskrankenpflege wird die ärztliche Aufsichtsfunktion über ärztliche Verordnung der Hauskrankenpflege mit Pflegekontrolle durchgeführt. Es soll daher ausdrücklich klargestellt werden, daß die Berufsausübung in diesen Einrichtungen auch ohne ärztliche Anwesenheit möglich ist.

Zu § 30:

Die Regelung im Abs. 6 über die freiberufliche Berufsausübung ist dem § 22 Abs. 2 des Ärztegesetzes nachgebildet. Eine nähere Aus-

führung hinsichtlich der Wahrung der Eigenverantwortlichkeit wie in § 23 Abs. 1 des Ärztegesetzes erschiene auch im vorliegenden Gesetz wünschenswert.

Zu § 31:

Eine der Voraussetzungen dafür, daß Staatsangehörige einer Vertragspartei des EWR-Abkommens ihren Beruf in Österreich vorübergehend ausüben dürfen, ist eine Bescheinigung des Heimat- oder Herkunftsstaates darüber, daß der Betreffende die Tätigkeit im Mitgliedstaat seiner Niederlassung rechtmäßig ausübt. In der Überschrift zu § 31 ist von einer freiberuflichen Berufsausübung die Rede, in § 31 Abs. 1 erster Satz ist diese Freiberuflichkeit aber nicht erwähnt. Auch in der Z. 2 und 3 ist nicht gefordert, daß der betreffende in seinem Heimat- oder Herkunftsland die entsprechende Tätigkeit freiberuflich ausüben darf. Dies stellt eine Schlechterstellung der österreichischen Staatsbürger gegenüber EWR-Bürgern dar und ist abzulehnen.

Zu § 35:

Die verkürzte Ausbildung im Rahmen eines Dienstverhältnisses ist für Pflegehelfer, Operationsgehilfen und Sanitätsgehilfen vorgesehen. Da aber gemäß Art. II Abs. 1 Z. 1 der Krankenpflegegesetznovelle BGBl.Nr. 449/1990 die lit. b des § 44 des Krankenpflegegesetzes erst mit 1. Jänner 1996 außer Kraft tritt, sollten auch Stationsgehilfen, die eine umfangreichere Ausbildung als die Sanitätsgehilfen haben, noch die Möglichkeit einer verkürzten Ausbildung im Rahmen eines Dienstverhältnisses erhalten, auch wenn die verkürzte Ausbildung erst nach dem 1. Jänner 1996 abgeschlossen werden kann. Dies scheint umsomehr geboten, als nach § 36 Stationsgehilfen, die eine Ausbildung zum Sanitätsunteroffizier im Bundesheer mit Erfolg abgeschlossen und die im 2. Ausbildungsjahr abzuhaltenden Prüfungen mit Erfolg abgelegt haben, die Ausbildung gemäß § 35 Abs. 1 ohne Nachweis der in § 35 Abs. 1 Z. 2 angeführten Voraussetzungen absolvieren können, wobei diese Ausbildung lediglich noch ein Jahr dauert.

Zu § 36:

Die Erfahrungen in der Praxis haben gezeigt, daß die Prüfungen nur abgelegt werden können, wenn auch die Theorie dazu gehört wird. Es wird daher angeregt, die Ausbildungsdauer auf zwei Jahre zu verlängern und die notwendigen Praktikumseinsätze genau zu regeln.

Zu § 37:

Die vorgesehene Zeit von sechs Monaten erscheint zu kurz, um das theoretische und praktische Wissen vermitteln zu können. Es wird daher angeregt, die Ausbildungsdauer auf ein Jahr zu verlängern und die Paktikumseinsätze genau zu regeln.

Zu § 38:

Die verkürzte Ausbildung für Hebammen soll nach Abs. 2 zwei Jahre dauern. Diese Möglichkeit ist nur für Personen vorgesehen, die ein Diplom über eine Ausbildung nach dem Hebammengesetz 1994 erworben haben. Im Hinblick auf die umfassende Ausbildung nach dem neuen Hebammengesetz erscheint die "verkürzte Ausbildung" mit einer Dauer von zwei Jahren zu lang. Andererseits erschiene es auch sinnvoll, Personen, die nach dem alten Hebammengesetz ihre Ausbildung erworben haben, in die Vergünstigung einer verkürzten Ausbildung aufzunehmen.

Zu § 39:

Die Ausbildungsdauer für Mediziner sollte auf zwei Jahre ausgedehnt werden, um das gesamte pflegerische Fachwissen sowohl in der Theorie als auch in der Praxis vermitteln zu können.

Zu § 41:

Die Erläuterungen rechtfertigen die Bestimmung des Abs. 2 über die Überprüfungstätigkeit durch den Landeshauptmann mit der Kontrollfunktion des Landeshauptmannes über diese Schulen. Weder dem Gesetz noch den Erläuterungen ist zu entnehmen, in welchen Zeitintervallen und anhand welcher Kriterien diese "regelmäßigen Überprüfungen" durchzuführen sind. Bereits das Erfordernis der Evidenzhaltung führt zu einem wesentlichen Verwaltungsmehraufwand für die Länder.

Zu § 42:

Nachdem im Gesetzentwurf keine Internatspflicht vorgesehen ist, ist auch die Internatsleitung kein Regelungsgegenstand des Gesetzes. Sollte ein Internat geführt werden, so sollte die Internatsleitung frei bestimmt werden können.

Zu § 44:

Die Aufnahme und der Ausschluß von Schülern gehört zu den

Führungsaufgaben. Dem Schülervertreter soll ein Recht auf Anhörung eingeräumt werden. Die Z. 3 des Abs. 3 sollte lauten:

"Das Vorschlagsrecht bei der Gestaltung des Unterrichtes und bei der Wahl der Unterrichtsmittel im Rahmen des Lehrplanes,"

Z. 5 des Abs. 3 sollte entfallen.

Zu § 45:

Im Abs. 1 sollten die Voraussetzungen des positiv abgeschlossenen Aufnahmetests bzw. des positiven Gesamteindrucks beim Aufnahmegespräch aufgenommen werden.

Zu den §§ 46 und 47:

Die Erläuternden Bemerkungen gehen im Widerspruch zur bisherigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes davon aus, daß die Aufnahmekommission keinen Behördencharakter habe und ihre Entscheidungen daher nicht bescheidmässig und somit auch nicht rechtsmittelfähig ergingen. Dies wird daraus abgeleitet, daß das Erfordernis der Ernennung der Kommissionsmitglieder durch den Landeshauptmann im Entwurf nicht mehr vorgesehen sei. Damit erfolge eine dem privatrechtlichen Bereich zuzuzählende Konstruktion der Kommissionen, denen somit kein hoheitlicher Charakter mehr zukomme. Im allgemeinen Teil der Erläuterungen wird auch begründet, warum dieser privatrechtlichen Gestaltung der Aufnahmekommission der Vorzug gegeben wurde. Dies stellt aber eine Schlechterstellung der Aufnahmewerber bzw. der Schüler dar, die nach der neuen Konstruktion im Falle eines Ausschlusses offensichtlich auf den Rechtsweg verwiesen werden. Wie den Erläuterungen zu entnehmen ist wird ein Mißbrauch der Monopolstellung befürchtet, dem dadurch vorzubeugen versucht wird, daß der Aufnahmekommission nicht nur Vertreter der Ausbildungseinrichtung, sondern auch die Interessensvertretung der Arbeitnehmer und die Schülervvertretung angehören sollen. Diese Konstruktion und die weitere Verpflichtung, daß die Aufnahmekommission vor Beschlußfassung über einen Ausschluß eine Stellungnahme der zuständigen Landessanitätsdirektion einzuholen habe, erscheinen systemwidrig. Zudem ist darauf hinzuweisen, daß nach § 47 Abs. 3 Z. 1 vor Beschlußfassung über den Ausschluß "die leitende Sanitätsbeamtin/der leitende Sanitätsbeamte zu hören" ist. Dies muß aber nicht zwingend die Landessanitätsdirektion sein. Es sollte aber vorgesehen werden, daß der Landessanitätsdirektor oder

ein von diesem bestellter fachlich und pädagogisch geeigneter Stellvertreter der Aufnahmekommission angehören muß. Der Aufnahmekommission sollte nämlich unbedingt eine neutrale Person von außen angehören, die zudem einen Überblick über die Schulen des Bundeslandes hat. Dies ist auch zur Steuerung der Ausbildungskapazitäten erforderlich. Die Stellung eines Schülervertreters in der Kommission ist fraglich. Die Bestimmung des § 47 sollte insoweit ergänzt werden, als ein Nichterreichen des Ausbildungszieles nach Ausschöpfung der Wiederholungsmöglichkeiten von Prüfungen und Ausbildungsjahren bzw. der Diplomprüfung zum Ausscheiden aus der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege führt, wobei hiezu kein Beschluß der Kommission erforderlich ist.

Zu § 48:

Im Abs. 1 sollten folgende Ergänzungen vorgenommen werden:

Z. 2:

Grundpflege, allgemeine und spezielle Gesundheits- und Krankenpflege;

Z. 3:

Pflege, Betreuung und Begleitung alter Menschen und chronisch Kranker;

Z. 15:

Betreuung und Begleitung von Sterbenden;

Z. 16:

Supervision und Kommunikation;

Z. 17:

Grundlagen der Pflegeforschung;

Z. 18:

Prävention, Rehabilitation und Betreuung von Behinderten;

Fraglich ist, ob die dem definierten Berufsbild entsprechende Wissensvermittlung in Theorie und Praxis im vorgesehenen Zeitraum von drei Jahren möglich ist. Im Abs. 2 sollte festgelegt werden, daß die praktische Ausbildung auch ein Praktikum im Alten- und Pflegeheim, ein Praktikum in der Hauskrankenpflege bzw. im extramuralen ambulanten Bereich, ein Praktikum in Präventionseinrichtungen

(z.B. Mütterberatung, Suchtgiftberatungsstelle, arbeitsmedizinische Einrichtung) sowie ein Praktikum in Rehabilitationseinrichtungen umfaßt. Im Abs. 3 sollte neben der Anleitung und Aufsicht des Ausbildenden Arztes auch die Anleitung und Aufsicht der für die Praxisausbildung verantwortlichen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson vorgesehen werden.

Zu § 50:

Nach Abs. 1 hat sich das Lehrpersonal während der gesamten Ausbildungszeit laufend vom Ausbildungserfolg der Schüler zu überzeugen. Zur Beurteilung des Ausbildungserfolges im Rahmen der theoretischen Ausbildung sind durch das Lehrpersonal Prüfungen abzuhalten. Am Ende des jeweiligen Ausbildungsjahres ist darüber ein Zeugnis auszustellen. Im Gesetzentwurf fehlt aber eine Bestimmung darüber, welche Folgen ein negatives Abschneiden bei diesen Kontrollprüfungen nach sich zieht. Da dieser Mangel bereits im Krankenpflegegesetz zu häufigen Fragen Anlaß gegeben hat, sollte eine entsprechende Klarstellung im Gesetz erfolgen.

Zu § 51:

Der Gesetzentwurf sieht vor, daß die Kommission beschlußfähig ist, wenn nach ordnungsgemäßer Ladung neben dem Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter mindestens drei weitere Kommissionsmitglieder anwesend sind. Im Widerspruch dazu führen die Erläuterungen zu § 50 aus, daß bei der Diplomprüfung dem Wesen einer kommissionellen Prüfung entsprechend sämtliche Mitglieder der Prüfungskommission anwesend zu sein haben. Nach den Erfahrungen der Praxis kann die Anwesenheit der Lehrschwestern bzw. Lehrpfleger des letzten Ausbildungsjahres nicht gewährleistet werden. Es sollte daher allenfalls der Klassenvorstand der Prüflinge vorgesehen werden.

Zu § 52:

Zum Abs. 2 ist zu bemerken, daß die Befreiung vom praktischen Unterricht nur erteilt werden kann, wenn das entsprechende Praktikum absolviert worden ist. Die Ablegung einer theoretischen Prüfung kann die praktische Ausbildung nicht ersetzen.

Zu § 55:

Es sollte klargestellt werden, daß die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Fortbildung nicht nur berechtigt sondern auch verpflichtet sind.

Zu § 59:

Die Sonderausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege sollte mindestens ein Jahr dauern, um die nötigen theoretischen und praktischen Kenntnisse vermitteln zu können.

Zu § 63:

Hinsichtlich der Sonderausbildung im kardiotechnischen Dienst wird auf die Ausführungen zu § 20 verwiesen.

Zu § 64:

Im Abs. 2 sollte als Z. 8 das Sachgebiet Öffentlichkeitsarbeit aufgenommen werden.

Zu § 70:

Unklar ist, warum bei der speziellen Grundausbildung in der psychiatrischen Krankenpflege im Abs. 2 eine Sonderbestimmung für die Ausbildung im Dienstverhältnis vorgesehen wird. Die übrigen Grundausbildungen erfolgen nämlich im Schülerstatus.

Zu § 73:

Es sollte ausdrücklich formuliert werden, daß die Pflegehilfe unter der Führung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, sowie von Ärzten und Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste erfolgt.

Zu § 75:

Zu Z. 7 des Abs. 1 ist darauf hinzuweisen, daß die Gefahr besteht, daß die Verabreichung von Medikamenten nicht auf den Einzelfall beschränkt bleibt, sondern in den täglichen Arbeitsablauf übergeht. Die Ausbildung für die Pflegehilfe ist aber nicht darauf abgestimmt. Im Abs. 3 sollte ausdrücklich festgelegt werden, daß die Durchführung der ärztlich angeordneten Maßnahmen von den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu überwachen ist.

Zu § 82:

Dieser Bestimmung sollte folgender Satz angefügt werden:

"Sie kann auch so gestaltet sein, daß die kommissionelle Abschlußprüfung frühestens nach zwölf Monaten und spätestens nach 24 Monaten stattfindet."

Die Erfahrungen der Praxis zeigen nämlich, daß gerade im Bereich der Alten- und Pflegeheime ältere Dienstnehmer eine Ausbildung nur berufsbegleitend absolvieren können. Um diesen Weg der Ausbildung weiter zu ermöglichen, sollte auch eine Verlängerung der Ausbildung in der vorgeschlagenen Form zugelassen werden.

Zu § 86:

Bei den Aufnahmebedingungen sollten ebenso wie beim gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege das positive Ergebnis des Aufnahmetestes bzw. der positive Gesamteindruck nach dem Aufnahmegespräch aufgenommen werden.

Zu § 87:

Diese Bestimmung soll durch die Feststellung ergänzt werden, daß ein Nichterreichen des Ausbildungszieles nach Ausschöpfung der Wiederholungsmöglichkeiten von Prüfungen zum Ausscheiden aus dem Pflegehilfelehrgang für Gesundheits- und Krankenpflege führt, ohne daß es hierzu eines Beschlusses der Kommission bedarf.

Zu § 88:

Der Abs. 1 sollte um folgende Sachgebiete ergänzt werden:

Z. 11:

Grundzüge der Somatologie, Grundzüge der medizinischen Terminologie;

Z. 12:

Prävention und Rehabilitation;

Z. 13:

Kommunikation und Supervision;

Zu § 90:

Die Z. 1 des Abs. 1 sollte lauten:

"Dem Lehrpersonal des entsprechenden Unterrichtsfaches"

Zu § 91:

Personen, die zwei Ausbildungsjahre in einem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgreich absolviert haben, haben auch die entsprechenden Prüfungen positiv abgeschlossen. Es ist nicht einzusehen, warum diese Personen eine kommissionelle Abschlußprüfung absolvieren sollten. Es ist vielmehr davon auszuge-

hen, daß bei einer zweijährigen fachspezifischen Ausbildung im gehobenen Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege ein entsprechendes Wissen erworben wird. Es sollte aber klar definiert werden, ob allenfalls ein ergänzender Unterricht, je nach Lehrplan, zu besuchen ist.

Zu § 93:

Es sollte ausdrücklich klargestellt werden, daß die Vornahme dieser Tätigkeiten nur nach erfolgreicher Absolvierung des Kurses und nach ärztlicher Anordnung durchgeführt werden dürfen. Weiters wird angeregt, auch für den Bereich der Pflegehilfe eine Bestimmung über die Fortbildung aufzunehmen (vgl. § 55 des Entwurfes).

zu § 98:

Es wird auf die Ausführungen zu § 13 verwiesen.

Zu § 99:

Vom Erfordernis einer Sonderausbildung sollte nur bei Personen mit einem Lebensalter über 45 Jahren abgesehen werden (Abs. 2).

Zu § 100:

Es wird auf die Ausführungen zu § 20 verwiesen.

Zu § 102:

Es wird auf die Ausführungen zu § 15 verwiesen.

III.

Zu den im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gestellten Fragen wird auf die Beilagen verwiesen. Zur Frage 4 kann mitgeteilt werden, daß derzeit in Tirol 166 Personen über eine Bewilligung zur freiberuflichen Ausübung des gehobenen Krankenpflegefachdienstes verfügen. Die Zahl der Anträge ist in letzter Zeit weiterhin steigend. Dies hängt mit dem Ausbau der ambulanten Strukturen, insbesondere der Gesundheits- und Sozialsprengel zusammen. In Tirol sind ca. 200 diplomierte Pflegekräfte in Einrichtungen, die Hauskrankenpflege anbieten, tätig.

Zu den vom Bundeseinigungsamt beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales aufgeworfenen Fragen, wird folgende Stellungnahme abgegeben:

Das Land Tirol schließt sich im wesentlichen der Argumentation des Bundeseinigungsamtes an, sofern als Voraussetzung für die Begründung eines Dienstverhältnisses, das nicht dem § 52 Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes bzw. dem § 29 des GuKG entspricht, die Pflegeperson die formelle Bewilligung des Landeshauptmannes zur freiberuflichen Berufsausübung besitzt. Ein Tätigwerden im mitverantwortlichen bzw. interdisziplinären Tätigkeitsbereich (§§ 11 bis 14 GuKG) müßte zumindest an die Zusammenarbeit und Aufsicht des behandelnden Hausarztes des Patienten bzw. der Familie gebunden werden. Richtig ist die Feststellung des Bundeseinigungsamtes, das Sanitätshilfsdienste nach geltendem Recht ebenfalls nur unter ärztlicher Aufsicht ausgeübt werden können. Die Ausübung der Pflegehilfe darf allerdings auch schon jetzt gemäß § 52 Abs. 5 des Krankenpflegegesetzes im Rahmen von Institutionen, die Hauskrankenpflege anbieten, jeweils unter der Führung diplomierter Krankenpflegepersonen erfolgen. Da das GuKG hinsichtlich der eigentlichen Sanitätshilfsdienste keine Änderung bringen dürfte, ergibt sich lediglich hinsichtlich der Pflegehilfe eine gewisse Erweiterung der Berufsausübungsmöglichkeiten durch § 80 des GuKG, wie es im derzeitigen Entwurf vorliegt. Wie das Bundeseinigungsamt in seiner Anfrage vom 20.10.1994 richtig ausführt, dürfen ungelernte Personen nur Kranke betreuen. Die vom Bundeseinigungsamt stillschweigend vorgenommene Gleichsetzung von "Krankenbetreuung" und "Krankenpflege" ist aber sicher bedenklich bzw. unzulässig.

25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme werden unter einem der Parlamentsdirektion zugeleitet.

Anlage (folgt per Post)

Für die Landesregierung:

Dr. Gstrein
Landesamtsdirektor

Abschriftlich

An alle Ämter der Landesregierungen

gesondert an die Verbindungsstelle der Bundesländer
beim Amt der Niederösterr. Landesregierung, Wien

an das Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst, Wien

an das Präsidium des Nationalrates, Wien, 25 Ausf.

an alle National- und Bundesräte in Tirol

an das Büro des Föderalismusministers

zur gefälligen Kenntnisnahme.

Für die Landesregierung:

Dr. G s t r e i n

Landesamtsdirektor

F.d.R.d.A.:

Riedl