

Vorstand des Verbandes der Theresienschwestern
Krottendorferstr. 51
8052 Graz
th.verband@gmx.at

03.09.2015

An das
Bundesministerium für Gesundheit
BMG – II/A/2 (Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und
Gesundheitsberufe)
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Per E-Mail: alexandra.lust@bmg.gv.at
begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Sehr geehrte Frau Mag. Lust, sehr geehrte Damen und Herren,

als Vorstand des Verbandes der Theresienschwestern erlauben wir uns zur GuKG-
Novelle 2015 folgende Stellungnahme abzugeben:

1. Beibehaltung bzw. Verkürzung der Ausbildungszeit bei Erweiterung der Kompetenzen:

Die Ausbildungszeit wird beibehalten (Pflegeassistent - derzeitige Pflegehilfe wird einfach umbenannt – bei gleichbleibender Ausbildungszeit kommt es zu einer enormen Kompetenzerweiterung). Jeder Berufserwerb nach dem Berufsausbildungsgesetz dauert in Österreich 3 Jahre. Es ist bemerkenswert, dass der Entwurf bei einer Ausbildung in einem sehr sensiblen und anspruchsvollen Feld bereits nach einem Jahr von einem „qualifizierten Gesundheitsberuf“ spricht (Besonderer Teil Seite 6/10).

Die zukünftig angedachte Pflegefachassistenz übernimmt bei einer zweijährigen Ausbildungszeit Kompetenzen, die bis jetzt die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (3jährige Ausbildung) bzw. die Ärzte hatten. Eine Verschlechterung der Pflegequalität mit Folgekosten ist zu erwarten (Aiken et al. 2014; Aiken et al. 2011; Aiken et al. 2008; Blegen et al. 2001; Eastabrooks et al. 2005; Friese et al. 2008; Kendall-Gallagher et al. 2011; Kutney-Lee & Aiken 2008; Lankshear et al. 2005; Person et al. 2004; Rambur et al. 2005; Ridley 2008)

2. Verantwortung des gehobenen Dienstes

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt laut § 12 (1) die Verantwortung für die „unmittelbare“ und „mittelbare Pflege“ für alle Altersstufen und alle Settings. Eine persönliche und unmittelbare Aufsicht kann durch eine „Draufsicht“, ja sogar eine „nachträgliche Kontrolle“ ersetzt werden. Bei der Pflegefachassistenz ist eine eigenverantwortliche Durchführung der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten ohne verpflichtende Aufsicht möglich (Besonderer Teil - Seite 6/10). Angesichts der erweiternden Kompetenzen der PA und der PFA bei weniger Ausbildungszeit und der angeführten Punkte kann der gehobene Dienst nicht für alles die Verantwortung tragen. Die Begriffe unmittelbare und mittelbare Pflege sind daher genauer zu definieren.

Die berufsrechtliche Situation des gehobenen Dienstes ist im Hinblick auf die Regelung der §§ 15, 83 bzw. 83a unbefriedigend. Der gehobene Dienst befindet sich in einem „Graubereich“. Nach § 15 soll künftig lediglich eine Anordnung des Arztes genügen - „(...) **nicht mehr jede ärztliche Anordnung zwingend im Vorhinein schriftlich zu erfolgen hat**“ (Besonderer Teil S. 3/10). Jede Nachvollziehbarkeit fehlt. Das könnte im Konfliktfall zu offenen Haftungsfragen zu Lasten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege führen. Der gehobene Dienst muss aber Anordnungen schriftlich weiter geben. Damit sind Missverständnisse vorprogrammiert. Dieser Ablauf ist für auch Patienten risikoreich und gehört beseitigt.

Zur Beweissicherung und zur Minimierung von Haftungsfällen wird die schriftliche Anordnung durch den Arzt bei medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen weiterhin im Vorhinein gefordert.

3. Im Entwurf fehlt jeder Ansatz zur Einbeziehung des geriatrischen Menschen

Der geriatrische Mensch mit seiner ganz speziellen Pflegesituation muss als größte Gruppe der zu Pflegenden **jetzt** ins Gesetz mit aufgenommen werden. Eine Diskussion im Nachhinein ist zu spät und daher abzulehnen (Allgemeiner Teil, Seite 2). Es ist zu befürchten, dass der alte Mensch in seinen Betreuungseinrichtungen in Zukunft sehr wenig Betreuung über den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erfahren wird, da an die Pflegefachassistenz und die Pflegeassistenz jede Pflegemaßnahme, ja sogar ärztliche Tätigkeiten weiter delegiert werden darf und eine verpflichtende Aufsicht beim Pflegefachassistenten wegfällt – **„Damit wird den besonderen Bedürfnissen im Langzeitpflegebereich (...) und in der Palliativversorgung Rechnung getragen**“ (Besonderer Teil, S. 5/10). Die in der Novelle 2015 angeführten „besonderen Bedürfnisse“ sind nicht aus Sicht des Klienten/Bewohners bzw. aus Sicht von Experten formuliert, sondern lassen einen rein ökonomischen Gedanken aufkommen.

Die Pflege alter Menschen ist so speziell, dass sie unbedingt im Bereich § 17 Spezialisierungen mit aufgenommen werden muss. Zur Qualitätssicherung im

Altenpflegebereich ist weiterhin in allen Einrichtungen die Anwesenheit des gehobenen Dienstes in ausreichender Anzahl erforderlich.

4. Überführung Kinder- und Jugendlichenpflege und Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Es kann nicht sein, dass bei einer Überführung von einer speziellen Grundausbildung in die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege die Verantwortung an die Berufsangehörigen der Spezialausbildungen abgeschoben wird, sich die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten selbst anzueignen (Entwurf Besonderer Teil, Seite 4). Der § 17 (4).

5. Spezialisierung

Die geplante Regelung des § 17 und Besonderer Teil, Seite 4/10 mit der fast vollständigen Deregulierung ist überschießend und daher völlig unbefriedigend. Lediglich die Lehr- und Führungsaufgaben sind von einer verpflichtenden Ausbildung erfasst.

Die Ausbildung für den Bereich Spezialisierungen § 17 muss weitgehend (kann Bestimmung § 17 (1) nicht ausreichend) im Gesetz verankert bleiben, da informelles Lernen nach einem 8 – 12 Stunden Arbeitstag und neben einer Familie ein Wunschdenken ist. Der Dienstgeber wird aus Gründen der Ökonomie auch nicht freiwillig die Zeit zur Verfügung stellen, die jetzt dafür aufgewendet wird um sich für diesen teilweise sehr vulnerablen Bereich (v.a. Intensivpatienten) das entsprechende Hintergrundwissen für die Pflege anzueignen. Es trifft wieder die PP am Patientenbett: Entwurf – Besonderer Teil, Seite 4/10 „(...) **wird die Eigenverantwortung der Berufsangehörigen im Hinblick auf die Einlassungs- und Übernahmungsverantwortung gestärkt** (...)“ Wenn die Auffassung besteht, dass die Eigenverantwortung der Berufsangehörigen gestärkt wird, wenn eine entsprechende Ausbildung für spezielle Tätigkeiten nicht verpflichtend sein soll, so bedeutet das, dass die Patienten davon abhängig sind, welchen Maßstab die Pflegepersonen an sich selbst anlegen. Eine Qualitätssicherung bei speziellen Tätigkeiten scheint damit aber nicht sichergestellt zu sein.

Es ist wünschenswert, dass die Pflege des geriatrischen Menschen, die Palliativpflege, die Schul-, Familiengesundheitspflege bzw. generell der Bereich Public Health und Gesundheitsförderung in den Bereich der Spezialisierungen aufgenommen wird.

Der Bereich „Pflege im Operationsbereich“ könnte heraus genommen werden, da für diesen Bereich eine Pflegegrundausbildung nicht unbedingt notwendig ist. Dieser Bereich ist so speziell, dass es eine eigene Ausbildung für den Operationsbereich geben sollte.

Ergänzung zu Punkt 4. und 5.: Die Regelung der Pflegequalität im Bereich Spezialisierung und Überführung der derzeitigen Spezialausbildung (Kinder- und Jugendlichenpflege, Psychiatrische Pflege) über Strukturqualitätskriterien

(Besonderer Teil, Seite 4/10) ist abzulehnen, da dadurch ein Ungleichgewicht bei der Versorgung der österreichischen Bevölkerung entsteht. Eine einheitliche Regelung über das Bundesgesetz (GuKG) ist wünschenswert.

6. Medizinisch-diagnostische Therapie

Die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten (Besonderer Teil Seite 3/10) sind derzeit größtenteils NICHT integraler Bestandteil der Ausbildung, da diese Tätigkeiten bis jetzt vom Arzt bzw. Intensivpflegepersonal umgesetzt wurden. Sollten diese Tätigkeiten im Gesetz verankert bleiben, ist eine Regelung (Vermittlung der Kompetenz und Ausführung) über den Master/ANP Bereich notwendig.

7. Anrechenbarkeit

Wenn es bei der Pflegeassistenz eine Anrechnung von Ausbildungszeiten § 44 (1) Z 2 auf die FH-Ausbildung zum gehobenen Dienst (tertiäre Ausbildung) gibt, müssen die Ausbildungen der Pflegefachassistenz und des gehobenen Dienstes mit der bis jetzt gültigen Ausbildung bzw. Übergangslösung ebenso angerechnet werden.

8. Pflegehilfe = Pflegeassistenz

Die Ausbildungszeit ist zu kurz um alle Pflegemaßnahmen laut § 83 (1) Z 3 delegiert zu bekommen. Wird auch noch der diagnostische und therapeutische Bereich erweitert, muss die Vermittlung zu Lasten des pflegerischen Kernbereichs (Kürzung dieser Inhalte) erfolgen.

Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden § 83 (1) Z 5 muss entfallen. Diese Aufgabe sollte ausschließlich durch den gehobenen Dienst bzw. der Pflegefachassistenz erfolgen.

Blutentnahme aus der Vene § 83 (3) Z 4 – die Praxis zeigt, dass sich PP auf solche Tätigkeiten „stürzen“. Wer wird den Kernbereich der Pflege durchführen? Es reicht wenn die Pflegefachassistenz und die diplomierte Pflegeperson für solche Tätigkeiten zugelassen werden. Es geht nicht allein um die Technik der Abnahme (die für PA erlernbar ist!). Ich brauche wieder Hintergrundwissen: Bei welcher Abnahme stauen, wann nicht? Die Reihenfolge der Abnahme,... damit es nicht zu fehlerhaften Werten bzw. Fehlinterpretationen mit unnötiger Therapiefolge kommt.

Mobilisation und Absaugen von Bronchialsekret in stabilen Pflegesituationen § 83 (3) Z 8 – zu gefährlich, gehört nur in die Hände des gehobenen Dienstes und des Arztes.

Wenn Pflegehilfelehrgänge rückwirkend mit 1. September 2015 § 113a (2) als Lehrgänge für Pflegeassistenz geführt werden können ist zu befürchten, dass die Ausbildungsstellen weder eine Verordnung zum GuKG noch ein Curriculum bis zum Abschluss dieses Lehrgangs haben und nur nach ihrem Ermessen die Inhalte vermitteln können, die neu in den Tätigkeitskatalog aufgenommen werden.

9. Pflegefachassistenz

Übernimmt Pflegemaßnahmen, die bis jetzt vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit einer dreijährigen Ausbildung (oder teilweise nur vom Arzt) durchgeführt wurden.

In einer zweijährigen Ausbildung kann nicht einmal von einer kompetenzvertiefenden Qualifikation in der Pflege (Pflege ist ein sehr komplexes Aufgabengebiet, das entsprechende theoretisches Hintergrundwissen erfordert), geschweige von einer kompetenz- bzw. befugnisweiternden Qualifikation im Bereich Diagnostik und Therapie (siehe Erläuterungen allgemeiner Teil, Seite 5) gesprochen werden.

Legen von nasogastralen Sonden § 83a. (1) Z 2- eine Dislokation birgt eine große Gefahr und kann sogar tödlich verlaufen (Ableiten ins Gehirn, ableiten in die Lunge zB. mit Nahrungsverabreichung, Perforationen,...) – ist nur vom Arzt oder gehobenen Dienst durchzuführen.

Setzen von transurethralen Kathetern § 83a. (1) Z 3 - beim Mann nur gehobener Dienst oder Arzt – durch die Anamnese oder die Symptomatik muss abgeleitet werden, ob die PP selbst kathetern darf oder einen Fachmann beiziehen muss, um Verletzungen mit schwerwiegenden Folgen zu vermeiden.

Anschluss von Infusionen § 83a. (1) Z 4 - das theoretische Hintergrundwissen insbesondere der Pharmakologie (Reihenfolge der Infusionen, Wechselwirkung, Tropfgeschwindigkeit, Unterscheidung der Anschlüsse peripher gelegener zentraler Zugang, zentraler oder peripherer Anschluss bei Vorhandensein beider Zugänge – Osmolarität, Überwachung auf Nebenwirkung bzw. Unverträglichkeit,...) kann in einer zweijährigen Ausbildung nicht vermittelt werden.

Die verpflichtende Aufsicht für Pflegefachassistenten wird gefordert!

10. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

§ 15 (2) Z 1., Z 2. & Z 6.: Ein Verabreichen von Zytostatika und Kontrastmittel sowie von Blutbestandteilen bzw. intravenöser Medikamente mit starker Nebenwirkung ist für Pflegepersonen zu risikoreich, da beim Auftreten einer Notfallsituation keine Therapiemaßnahmen eingeleitet werden dürfen.

§ 15 (2) Z 3.: Die Punktion der Arterie radialis war bisher nur dem Arzt und dem Intensivpflegepersonal vorenthalten und sollte aufgrund der Gefahreneigtheit auch so beibehalten werden. Eine arterielle Infusion § 15 (2) Z 5 ist in der täglichen Praxis unüblich bzw. kommt nur in Spezialsituationen vor und muss im Kompetenzbereich des Mediziners bleiben. Falls damit die arterielle Blutdruckmessung gemeint ist, sollte dieser Punkt ebenfalls in den Händen des Arztes bzw. Intensivpflegepersonals bleiben. Eine arterielle Leitung auf einer Normalstation ist abzulehnen, da zum Beispiel ein Fehlanschluss von Infusionen

schwerwiegende Folgen hat. Die Gefahr bei mutwilliger Entfernung durch einen kognitiven beeinträchtigten Patienten ist ebenfalls zu hoch, da keine ständige Überwachung erfolgen kann.

§ 15 (2) Z 17.: Zur Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie sollte unbedingt ein Masterstudium/ANP (wenn nicht nur dem Arzt vorbehalten) erforderlich sein. Die Einflüsse auf die Therapie sind zu komplex und erfordern ein umfangreiches Hintergrundwissen. Selbst ein vorgegebener Standard muss bei jeder Anpassung hinterfragt werden.

Leider wurde in diesem Entwurf die Verordnung von Pflegeprodukten (eigentlicher Aufgabenbereich der Pflege!) wieder nicht berücksichtigt. Diese Ergänzung ist unbedingt vorzunehmen.

Es ist auch zu bedenken, dass die Grundlagen der derzeitigen Spezialausbildungen (Kinder- und Jugendlichenpflege, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege) in die „Allgemeine Ausbildung“ integriert werden müssen. Zusätzliche Inhalte, die derzeit über Sonderausbildungen bzw. Universitätslehrgänge vermittelt werden finden daher in der Grundausbildung keinen Platz. Diese Inhalte müssen weiterhin über den Master bzw. ANP Bereich vermittelt werden.

Die Novelle 2015 zum GuKG (derzeitiger Entwurf) führt zu einer „Verflachung der Ausbildung“ und damit zu einer Überforderung des Pflegepersonals und einer gravierenden Abnahme der Pflegequalität mit Folgeschäden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Luise Knapp MA

DGKS Dr. med Luise Knapp, MA

Präsidentin

Verband der
Theresienschwestern
Krottendorfer Straße 51
A-8052 Graz

DGKS Christine Buchebner

DGKS Brigitte Hirn

DGKS Mag. Rosemarie Langbauer

DGKS Elisabeth Müller

DGKS Monika Paier-Grassl

DGKS Margarethe Roschanzamir

DGKS Gertraud Weber

DGKS Johanna Holzmann