

Zl.: 9999-7/15

(Bei Antwortschreiben bitte anführen)

Auskunft: Mag. Regina Aistleithner

T: +43 1 515 61 334

regina.aistleithner@goeg.at

Wien, am 4. September 2015

Bundesministerium für Gesundheit
 Per E-Mail: alexandra.lust@bmg.gv.at

Stellungnahme zum Entwurf der GuKG-Novelle 2015, GZ: BMG-92252/0002-II/A/2/2015

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) war, wie in den Erläuterungen angeführt, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit dem Jahr 2009 mit vorbereitenden Arbeiten zum vorliegenden Entwurf aus fachlicher Sicht beauftragt. Die Reformvorschläge und Empfehlungen der GÖG wurden durch vollständige Einbindung der Berufsgruppe(n) und in Orientierung an internationalen Entwicklungen und Erkenntnissen erarbeitet. Sie berücksichtigen insbesondere die Ziele der Gesundheitsreform Zielsteuerung Gesundheit und in intensiver Zusammenarbeit mit dem BMG auch die Aufgabenverteilung zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen, die aus der verpflichtenden Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie für Krankenanstalten resultieren werden. Die Ziele aller Empfehlungen der GÖG sind die Patientensicherheit und Versorgungsqualität auf Grundlage soziodemografischer und epidemiologischer Entwicklungen sowie die Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, um langfristig Personen für diese Berufe zu interessieren und in diesen Berufen zu halten.

Die von der GÖG unterbreiteten Reformvorschläge für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe intendieren – aufgrund der Evaluierungsergebnisse zu den derzeitigen Ausbildungen, den zukünftigen Erfordernissen, den oben genannten Zielsetzungen und der aus diesen Umständen erforderlichen berufspädagogischen Herangehensweise – die Professionalisierung und damit Qualifizierung der gesamten Qualifikationskaskade durch Verschiebung um eine Qualifikationsstufe nach oben:

- Pflegeassistenz (2jährige Ausbildung) anstatt Pflegehilfe (1jährige Ausbildung) wie Fachsozialbetreuer/innen (2jährige Ausbildung)
- gehobener Dienst für GuK (3jährig, Bachelor) als Berufsbildung im Hochschulbereich anstatt Diplom auf Sekundarstufe 2
- Pflegeexperten/-innen mit Fach- und Kompetenzvertiefungen (30 bis 60 ECTS mit den Abschlüssen Zertifikat oder akademische/r Expertin/Experte) als Weiterbildung im Hochschulbereich anstatt Sonderausbildung
- Pflegeexperten/-innen mit Fach- und Kompetenzerweiterung (60 bis 120 ECTS aufbauend auf den Bachelor mit Masterabschluss) wie international in der Gesundheitsversorgung bereits etabliert.

Zur Entlastung der Pflegeberufe wurde am unteren Ende der Kaskade – wie international üblich – eine, nicht als Pflegeberuf definierte Unterstützungskraft mit Kompetenzen in den Bereichen Administration, Organisation, Logistik, Dokumentation und (pflegerische) Handreichungen (unter Anleitung und Draufsicht) vorgeschlagen.

Allgemeiner Teil der Stellungnahme

Nachdem im allgemeinen Teil der Erläuterungen auf folgende, im Evaluierungsprojekt der GÖG als wesentlich herauskristalisierte Eckpfeiler des Reformbedarfs Bezug genommen wird, erlauben wir uns zuerst allgemein dazu, vor dem Hintergrund des vorliegenden Begutachtungsentwurfes der GuKG-Novelle 2015, Stellung zu nehmen.

Ad „zeitgemäße Gestaltung und Aufwertung des Berufsbilds und Tätigkeitsbereichs sowie der Ausbildung der Pflegehilfe einschließlich Umbenennung in Pflegeassistenz“

Im Gegensatz zu den GÖG-Empfehlungen sind im Begutachtungsentwurf für den Pflegeassistenzbereich zwei Qualifikationsstufen und damit zwei Berufe verankert. Die Qualifikation/Ausbildung der Pflegehilfe hat sich bereits im Rahmen der Evaluierung des GuKG im Jahr 2011/2012 als unzureichend sowohl für den Gesundheits- als auch den Pflegebereich erwiesen. Einerseits reicht die Ausbildung für die Anforderungen insbesondere des akut-stationären Bereichs nicht aus, d. h. der akut-stationäre Bereich sah über weite Strecken keine ausreichenden Einsatzmöglichkeiten, da 24 Stunden adäquate medizinisch-pflegerische Kompetenzen vorgehalten werden müssen. Andererseits zeigte sich insbesondere in der Hauskrankenpflege und Langzeitpflege, dass vielfach die Kenntnisse nicht ausreichend waren und die gesetzlichen Kompetenzen überschritten wurden. Aufgrund der gestiegenen Komplexität und Anforderungen der Versorgung in allen Settings sollte daher gemäß Evaluierung (2012) die hier vorgeschlagene Qualifikation der Pflegefachassistenz die Mindestvoraussetzung für berufsmäßig ausgeübte Pflege und Betreuung sein.

Der Tätigkeitsbereich der neuen/zusätzlichen Berufsgruppe im Pflegebereich resultiert aus der Verlagerung von Tätigkeiten – und damit Kompetenzen – des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (3jährige Ausbildung) an die Pflegefachassistenz (2jährige Ausbildung), deren Berufsausübung auch eigenverantwortlich, d.h. ohne pflegerischer und/oder ärztlicher Aufsicht vorgesehen ist. Folglich kann z.B. der Nachtdienst von Pflegefachassistenten/innen auch alleine, d.h. ohne Anwesenheit einer/eines Diplomierten in der jeweiligen Versorgungseinheit geleistet werden.

Die Annahme, dass sich diese Tätigkeitsverlagerung nach unten nicht auf die Qualität der Dienstleistung und damit auf Patienten/-innen auswirken wird, muss an dieser Stelle in Zweifel gezogen werden. US-Daten zeigen, dass prozentuell gut ausgebildetes (und z.T. mehr) Pflegepersonal bestimmte schlechte Outcomes verringert. „[...] In Kliniken, in denen 60 % der Krankenschwestern einen Bachelor haben und sich im Durchschnitt um 6 Patienten kümmern, liegt die Sterblichkeit um 30 % unter jener von Kliniken, in denen die Schwestern nur in 30 % einen Bachelor-Abschluss vorweisen können und im Durchschnitt eine jede von ihnen 8 Patienten versorgt.[...]“ (Aiken LH, et al. 2014). Ein Ergebnis zum Ausbildungsgrad des Pflegepersonals auf die 30-Tages-Mortalität von hospitalisierten Patienten nach Routineoperationen: dazu wurden die Daten von rund 420 000 Patienten (mindestens 50 Jahre alt) aus neun der europäischen RN4CAST-Länder (Belgien, England, Finnland, Irland, Niederlande, Norwegen, Schweden, Spanien, Schweiz) ausgewertet. Es zeigte sich, dass ein Anstieg der Arbeitsbelastung, die mit der Versorgung der Kranken einhergeht, die Wahrscheinlichkeit für das Ableben eines stationären

Patienten um 7 % vergrößerte. Jede 10 %ige Erhöhung der Mitarbeiterzahl mit Bachelor-Abschluss dagegen ließ diese Wahrscheinlichkeit um 7 % sinken (Moreno-CasbasT. et al. 2011).

Beinahe alle Tätigkeiten und Maßnahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe werden durch Interaktion und Kommunikation umgesetzt oder zumindest durch diese begleitet. Das bedeutet, dass die konkrete Leistung jedes Mal nur in Interaktion mit der Patientin bzw. dem Patienten entsteht. *Jede* Pflegeperson muss daher in der Lage sein, in Interaktion mit der Patientin/dem Patienten bzw. der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person zu prüfen, ob die ihr zugeordneten Aufgaben/Tätigkeiten indiziert sind, welche gesundheitlichen Konsequenzen eine konkrete Maßnahme aufgrund des in diesem Moment vorliegenden Gesundheitszustandes nach sich ziehen könnte und daraus die entsprechenden Schlüsse ziehen und handeln. Negative gesundheitliche Konsequenzen verursacht durch die Qualität der Dienstleistung, lassen sich im Gegensatz zu „Produktionsfehlern“ oftmals nicht rückgängig machen.

Aus diesen Gründen schlägt die GÖG vor, sofern die beiden Qualifikationsstufen Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz beibehalten werden, strikte Vorkehrungen zur Sicherung der Strukturqualität (insbesondere Personalschlüssel) im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bzw. unter Einhaltung der Rahmenvorgaben des ÖSG in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit oder durch ähnliche bzw. vergleichbar verbindliche Grundlagen zu treffen. Andernfalls gilt es jedenfalls die eigenverantwortliche Berufsausübung (ohne Aufsicht) im Sinne der Patientensicherheit kritisch zu prüfen. Denn gefahrgeneigte Tätigkeiten, die derzeit aufgrund des Gefahrenpotentials nur unter besonderen Voraussetzungen von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen wahrgenommen werden können wie z. B. Setzen von transurethralen Kathetern bei Männern, sollen gemäß Entwurf für Personen mit einem Drittel weniger Ausbildung zulässig werden. Angesichts der Aufgaben gemäß § 83a GuKG-Novelle 2015 erscheint dies insbesondere in akutstationären Einrichtungen ebenso patientengefährdend wie eine freiberufliche Berufsausübung. Es darf darauf hingewiesen werden, dass bisher kein Gesundheitsberuf in Österreich mit einer derart kurzen Ausbildung auf diesem Qualifikationsniveau und einer Berechtigung zu solch gefahrgeneigten Tätigkeiten zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt ist!

Ad „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“

In diesem Zusammenhang korreliert der Begutachtungsentwurf mit den GÖG-Empfehlungen unter der Voraussetzung, dass im Bereich der Spezialisierungen sowohl adäquate Ausbildungen angeboten als auch die Strukturqualität, d.h. der Personalschlüssel insbesondere für pädiatrische bzw. kinderheilkundliche und psychiatrische Fachbereiche im ÖSG geregelt werden.

Ad „Aktualisierung der Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der Möglichkeit von Kompetenzvertiefung und -erweiterung“

Um der zunehmenden Komplexität von Behandlungs- und Pflegesituationen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung begegnen zu können, ist es dringend angezeigt den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege berufsrechtlich zu professionalisieren und damit auch im Hochschulbereich auszubilden. Auch dieser muss an die allseits bekannten Rahmenbedingungen und Tendenzen – wie z. B. die geringe Verweildauer in Krankenanstalten, Multimorbidität, chronische Erkrankungen, vielfältigere Behandlungsoptionen, Ausbau der Primärversorgung, geringer werdende ärztliche Anwesenheit in

Gesundheitseinrichtungen sowie vermehrte Übertragung und Substitution gefahrgeneigter ärztlicher Aufgaben – anpasst werden (Rappold et.al 2012).

Die berufsrechtliche Professionalisierung im vorliegenden Begutachtungsentwurf bezieht sich auf die Neuformulierung und Aktualisierung der Tätigkeitsbereiche, jetzt Kompetenzbereiche, und die Überführung der Diplompflegeausbildung in den Hochschulbereich (2024). Die Bestimmungen dieser Kompetenzbereiche gehen aber in keinem Punkt über jene hinaus, die derzeit bereits aufgrund der bestehenden Rechtslage zulässig sind. Damit können aus Sicht der in den GuK-Evaluierungsprozess eingebundenen Expert/innen, die zukünftigen Herausforderungen nicht bewältigt werden. Weder die zeitgerechte Verlagerung/Substitution ärztlicher Aufgaben/Tätigkeiten (u.a. Weiterverordnung gelisteter Medizinprodukte und Arzneimittel) – insbesondere für die Bereiche Primärversorgung und die Behandlung, Pflege und Betreuung chronisch Kranker – noch die für bestimmte Bereiche erforderliche Höherqualifizierung (Masterniveau) ist mit dieser GuKG-Novelle ins Auge gefasst.

Ad „Vollständige Überführung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in den tertiären Sektor“

Diese GuKG-Novelle sieht eine Überführung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in den Hochschulbereich bis zum Jahr 2024 vor und stimmt damit grundsätzlich mit den GÖG-Empfehlungen überein. In diesem Zusammenhang möchten wir jedoch auf die Konsequenz der langen Übergangsfrist hinweisen: Gemäß Bildungsberichten des Bundesministerium für Bildung und Frauen (BMBWF) sinkt die Anzahl der außerhalb des Hochschulbereiches für Ausbildungen zur Verfügung stehenden Personengruppe, um welche in Zukunft das Regelschulwesen (Sekundarstufe 2), die duale Ausbildung (Lehre) und der Gesundheitsbereich werben werden. Verschärft wird diese Situation durch die lang mögliche Parallelität von 3jähriger GuK-Schule (bis 2024) und Fachhochschule für den gehobenen Dienst, bei gleichzeitiger Intention eine zusätzliche Qualifikationsstufe – die Pflegefachassistenz – für die Pflege auf Sekundarstufe 2 auszubilden. Das bedeutet, dass die 3jährige GuK-Schule die 2jährige Ausbildung zur Pflegeassistenz massiv konkurrenzieren wird.

Ad „Notwendige Modernisierung der Regelungen über die Ausübung der und Sonderausbildung für Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben sowie der Regelungen über Weiterbildungen.“

In diesem Zusammenhang wurde die Möglichkeit geschaffen, die bestehenden Spezialisierungen im Verordnungswege zu erweitern, der Entwurf trifft jedoch keine Aussage zur bereits oben formulierten Höherqualifizierung (Masterniveau) für bestimmte Spezialbereiche. Für eine längere Personalbindung sowie aus berufspädagogischer Sicht erscheint es zielführend, einerseits allen derzeit geregelten Spezialisierungen die fachliche Höherqualifizierung zu ermöglichen und andererseits diese um für die Versorgung wesentliche Spezialisierungen wie u.a. für chronische und demenzielle Erkrankungen, Onkologie, Palliative Care und Familiengesundheitspflege zu erweitern. Gleichzeitig ist berufsrechtlich nicht sichergestellt, dass die bisherigen Spezialqualifikationen wie Intensivpflege etc. auch tatsächlich verfügbar sein müssen (keine verpflichtende Ausbildung innerhalb von 5 Jahren), was den Stellenwert/die Bedeutung der diesbezüglichen ÖSG-Empfehlungen deutlich in den Vordergrund rückt.

Für die Spezialbereiche liegt an der GÖG mittlerweile ein Konzept vor, das dem Bedürfnis nach Deregulierung von auf die Grundausbildung aufbauenden Qualifikationen sowie den Anforderungen des tertiären Bildungsbereichs entspricht. Wesentlich dabei ist, dass stufenweise Abschlüsse (Zertifikat und akademische Experten/-innen) bis hin zu einem Masterabschluss möglich sind und die Ausbildungen gemäß dem ECTS-System bewertet werden. Mit der Überführung der Ausbildung in den tertiären

Bildungsbereich erwerben künftig alle diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen einen Bachelorabschluss. Das ist auch für die darauf aufbauenden Qualifizierungsmaßnahmen zu berücksichtigen, insbesondere wenn diese mit zusätzlichen Befugnissen einhergehen. Die Regelungen über die Fort- und Weiterbildungen sollten sich am europäischen Konzept des lebenslangen Lernens im Sinne des „Continuing Professional Development“ orientieren anstatt konkrete Weiterbildungen aufzulisten.

Stellungnahme im Detail

Im folgenden Text werden Vorschläge zur Korrektur entlang einzelner Bestimmungen des Begutachtungsentwurfes (GuKG-Novelle 2015) unterbreitet.

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Die Regelungen über den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bewegen sich im Rahmen der bestehenden Rechtslage. Wie im allgemeinen Teil der Stellungnahme bereits angeführt, sollten die Bestimmungen für den gehobenen Dienst hinsichtlich zukünftiger Erfordernisse in insbesondere der Primärversorgung sowie der Behandlung, Pflege und Betreuung chronisch und demenziell Erkrankter überarbeitet werden.

Berufsbild (§ 12 GuKG)

§ 12 (2) Diese Bestimmung sollte nach

„...Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität bei.“ um *„Dazu bedient er sich neben fachlichen Kompetenzen auch einer professionellen pflegerischen Kommunikation und Gesprächsführung.“* ergänzt werden.

Begründung: Für die erfolgreiche Anwendung der angeführten Kompetenzbereiche bedarf es Kompetenzen in professioneller pflegerischer Kommunikation und Gesprächsführung (inkl. diesbezüglicher Kenntnisse, Fertigkeiten/Techniken und Strategien).

Pflegerische Kernkompetenzen (§ 14 GuKG)

§ 14 (1) Die Beschreibung der pflegerischen Kernkompetenzen sollte um kursiv Gesetztes ergänzt werden:

*„... umfassen die eigenverantwortliche **Pflegebedarfsfeststellung bzw. -beurteilung**, Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung, **Förderung der Gesundheitskompetenz** und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung. **Diese Kernkompetenzen werden zu einem beträchtlichen Teil über mündliche und schriftliche Kommunikationsprozesse realisiert, für die es entsprechender kommunikativer Kompetenzen bedarf.**“*

Begründung: Jeglicher Diagnostik und Planung geht die Bedarfsfeststellung voran und ist auch zwin- gender Bestandteil gutachterischer Tätigkeit. Über Gesundheitsberatung hinausgehend meint die Förderung der Gesundheitskompetenz die Förderung von Wissen, Motivation und Kompetenzen von Patienten, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu

beurteilen und anzuwenden. Ohne entsprechender kommunikativer Kompetenzen ist die erfolgreiche Anwendung der meisten der angeführten Kernkompetenzen gefährdet.

Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15 GuKG)

§ 15 (2) führt wesentliche Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie auf. Die Z 18 sollte um kursiv Gesetztes ergänzt werden und es sollten zwei weitere Bestimmungen aufgenommen werden:

„18. Anleitung und Unterweisung von Patienten sowie Personen, denen gemäß § 50a oder § 50b ÄrzteG 1998 einzelne ärztliche Tätigkeiten übertragen wurden, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung *und unter Anwendung professioneller Kommunikation und Gesprächsführung.*“

Begründung: Professionelle Kommunikation und Gesprächsführung sind für fast alle angeführten medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Maßnahmen und Tätigkeiten relevant und umfassen weit mehr als nur Anleitung und Unterweisung von Patienten.

„19. (Weiter)verordnung von ausgewählten Medizinprodukten und Arzneimitteln“

„20. Übernahme der Fallführung bei vom Arzt/von der Ärztin ausgewählten Patienten/-innen insbesondere im Rahmen der Primärversorgung“

Begründung: Einerseits liegt seit Jahren ein zwischen Vertreter/innen der Ärzteschaft und der Pflegeberufe erarbeitetes Konsenspapier zur (Weiter)verordnung von Medizinprodukten und Arzneimitteln am BMG vor und andererseits gilt es die Fallführung in delegierter Weise auch dem gehobenen Dienst zu ermöglichen. Davon könnte gemäß internationalen Beispielen insbesondere die Primärversorgung sowie die Versorgung chronisch Kranker – bei vorhandener Spezialisierung – profitieren.

Interdisziplinärer Kompetenzbereich (§ 16 GuKG)

§ 16 (3) führt die wesentlichen interdisziplinären Kompetenzbereiche auf. In Z 3 sollte der Bereich „Gesundheitsberatung“ ergänzt werden um

„ ... und Förderung der Gesundheitskompetenz“.

Begründung: Über Gesundheitsberatung hinausgehend ist damit die Förderung von Wissen, Motivation und Kompetenzen von Patienten, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, gemeint.

Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege

§ 117 (22) sollte dahingehend geändert werden:

„Mit 1 Jänner 2020 treten ...“

Begründung: Die Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Bildungsbereich sollte wie ursprünglich geplant mit 2020 abgeschlossen sein. Die vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege geforderten Kompetenzen (Kenntnisse, Fertigkeiten, situative Handlungsfähigkeit, Verantwortungsübernahme) erfordern aus Sicht der GuK-Evaluierung, mit Einstufung der Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen im nationalen Qualifikationsrahmens (NQR), eine Ausbildung im tertiären Bildungsbereich, d.h. auf einem hochschulischen Bildungsniveau. Die Kompetenzen gemäß GuKG-Novelle 2015 sind durch eine Ausbildung auf

Sekundarstufe 2 im Wesentlichen nicht erreichbar. Damit wäre auch nicht sichergestellt, dass der gehobene Dienst die definierten Aufgaben in vollem Umfang wahrnehmen kann.

Spezialisierungen

§ 17 (2) Die Spezialisierungen sollten aufgrund der Aktualität bereits anlässlich dieses Entwurfes um mindestens folgende ergänzt werden:

- „8. Pflege von Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (Demenz, Alzheimer, etc.)
- 9. Advanced Practice Nursing (u.a. in der Primärversorgung, Onkologie, Geriatrie, Palliativ Care)
- 11. Familiengesundheitspflege
- 12. Schulgesundheitspflege
- 13. Public Health Nursing“

Begründung: Gemäß Literaturrecherche im Rahmen der GuK-Evaluierung sind international oben gelistete Berufsbilder und damit Spezialisierungen bereits etabliert und aus der in der Gesundheits- und Pflegeversorgung nicht mehr wegzudenken.

§ 17 (3) Die verpflichtende Anhörung der Österreichischen Ärztekammer ist zu streichen.

Begründung: Die Österreichischen Ärztekammer kann wie alle Interessengruppen im Dienste einer Meinungsvielfalt und einer ausgewogenen Interessenabwägung ihre Stellung im Rahmen des Begutachtungsverfahrens beziehen. Die Österreichische Ärztekammer hat bisher ohnehin gegenüber anderen Interessengruppen eine Sonderstellung, da sie gemäß Geschäftsordnung des GuK-Beirats bei sie berührenden Themen einbezogen wird.

§ 65 (1) Die Bestimmung zur verpflichtenden Sonderausbildungen ist entweder durch Vorgaben

- im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bzw. unter Einhaltung der Rahmenvorgaben des ÖSG in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit oder durch ähnliche bzw. vergleichbar verbindliche Grundlagen zu ersetzen ODER
- im GuKG beizubehalten.

Begründung: Verbindliche Vorgaben für Strukturqualitätskriterien im Bereich Personalqualifikation – insbesondere in Hochrisikobereichen wie Intensiv, Anästhesie und OP – sind ein wesentliches Element für eine österreichweit gleiche Mindestqualität und wesentlicher Faktor zur Gewährleistung der Patientensicherheit.

§§ 66 bis 70 GuKG: Der Entwurf sollte darüber hinaus ergänzt werden um Bestimmungen,

- wie die weitere Qualifikation der (bisherigen) Sonderausbildungen geregelt werden soll, insbesondere in den bestehenden und künftigen Spezialbereichen.

Begründung: Die Qualifizierung nach der Grundausbildung ist im Entwurf offen. Die Sonderausbildungen Lehr- und Führungsaufgaben (§ 65 Abs 1 Z 2 und 3 GuKG) sind bisher bereits zunehmend im hochschulischen Bereich angesiedelt und gemäß § 65a GuKG der entsprechenden Sonderausbildung gleichgehalten. Für die Spezialbereiche/Sonderausbildungen hat die GÖG in Abstimmung mit dem BMG ein Konzept erarbeitet, welches das Bedürfnis nach Deregulierung von auf die Grundausbildung aufbauende Qualifikationen sowie die Anforderungen des tertiären Bildungsbereichs berücksichtigt. Wesentlich ist, dass stufenweise Abschlüsse bis hin zu einem

Masterabschluss möglich sind und die Ausbildungen gemäß dem ECTS-System bewertet werden. Mit der Überführung der Ausbildung in den tertiären Bildungsbereich erwerben künftig alle diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen einen Bachelorabschluss. Das ist auch für die darauf aufbauenden Qualifizierungsmaßnahmen zu berücksichtigen, insbesondere wenn dies mit zusätzlichen Befugnissen einhergehen.

§§ 63, 64, 104a sowie Weiterbildungsverordnungen:

Die Regelungen über die Fort- und Weiterbildungen sollten sich für alle Gesundheits- und Krankenpflegeberufe am europäischen Konzept des lebenslangen Lernens im Sinne des „Continuing Professional Development“ orientieren.

Begründung: Eine Auflistung konkreter Weiterbildungen ist aufgrund der dynamischen Entwicklung erforderlicher Bildungsmaßnahmen aus Sicht der GÖG nicht zielführend. Vielmehr sollte definiert werden, was vom Begriff der Fort- bzw. Weiterbildung umfasst ist. Als Beispiel dafür empfiehlt die GÖG die Richtlinie zur kontinuierlichen Fortbildung von MTD-Berufen das Konzept der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-CPD-Richtlinie) aus dem Jahr 2011.

Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz (§ 83 GuKG)

§ 83 (1) Z 4 sollte geändert werden in

„Professionelle Kommunikation, Gesprächsführung und Begleitung“.

Begründung: Im Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz wird in Abs 1 Z 4 Information, Kommunikation und Begleitung angeführt. Information stellt jedoch lediglich einen Aspekt professioneller Gesprächsführung dar. Die Formulierung ist aus Sicht der GÖG daher mit dem Rest des Textes zu vereinheitlichen.

§ 83 (1) Z 5 wäre zu ändern in:

„Mitwirkung bei der Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden“.

Begründung: Der Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz ist im Verhältnis zu Qualifikationsniveau und Ausbildungsumfang zu weit gefasst. Bei der Ausbildung zu *Assistenzberufen* ist zur Sicherstellung des erforderlichen Kompetenzerwerbs anzumerken, dass nur Fachpersonen lehren, die zumindest eine Qualifikationsstufe höher ausgebildet sind bzw. Lehrende nicht selbst wieder einem *Assistenzberuf* angehören. Dies gilt jedenfalls für die theoretische Ausbildung. Bei der praktischen Ausbildung ist jedoch im Gegensatz zur theoretischen Ausbildung eine Mitwirkung durch den jeweils auszubildenden Assistenzberuf selbst möglich.

§ 83 (3) Z 5 sollte geändert werden in:

„Durchführung von Einmalklistieren bis zu 200ml“.

Begründung: Die Durchführung von Darmeinläufen und Spülungen durch einjährig (Pflegeassistenz) und auch für zweijährig ausgebildete Pflegepersonen (Pflegefachassistenz) wird aufgrund des Gefährdungspotenzials als zu weitgehend betrachtet.

§ 83 (3) Z 8 sollte geändert werden in:

„Mobilisation von Bronchialsekret und orales Absaugen“.

Begründung: Die Mobilisation und das Absaugen von Bronchialsekret in stabilen Pflegesituationen ist für einjährig ausgebildete Personen zu umfangreich formuliert. Wesentlich ist nach Invasivität einer Maßnahme und nicht nach Sekretart zu differenzieren. Die Gefahreneigtheit korreliert mit dem Umfang an Invasivität. Angehörige der Pflegeassistenz sind aufgrund der Ausbildung nur kompetent, aus dem Mundraum abzusaugen.

§ 83 (3) sollte um folgende Z 11 ergänzt werden:

„11. Professionelle Kommunikation und Gesprächsführung im Rahmen aller angeführten Maßnahmen und Tätigkeiten.“

Begründung: Auch im Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz sollte professionelle Kommunikation und Gesprächsführung als entscheidende Kompetenz zur Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen explizit aufgeführt werden, um diese auch in diesem Zusammenhang sicher zu stellen.

Tätigkeitsbereich und Verantwortung der Pflegefachassistenz (§ 83a GuKG):

Der Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz ist wie jener der Pflegeassistenz im Verhältnis zum Qualifikationsniveau und zum Ausbildungsumfang zu weit gefasst.

§ 83a (1) Z 2 sollte ersetzt werden durch:

„Überprüfen der Funktionstüchtigkeit und Entfernen von nasogastralen Sonden“.

Begründung: Das Legen von nasogastralen Sonden als invasive Intervention ist zu gefahreneigtheit und sollte daher dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen vorbehalten bleiben.

§ 83a (1) Z 3 sollte geändert werden in:

„Setzen von transurethralen Kathetern bei der Frau, Entfernen von transurethralen Kathetern bei Frau und Mann“.

Begründung: Das Setzen von transurethralen Kathetern ist eine sehr gefahreneigtheit Tätigkeit. Wie beim Legen von nasogastralen Sonden ist ex ante der Eintritt einer Komplikation beim Setzen von transurethralen Kathetern oft sehr schwer vorhersehbar und muss daher selbst bei regelmäßiger Übung immer berücksichtigt werden. Daher wird z. B. im extramuralen Bereich oftmals auch von Ärztinnen und Ärzten insbesondere bei Männern kein Katheter gesetzt. Daher ist dafür unbedingt die Qualifikation von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und zusätzlich laufende Übung erforderlich.

§ 83 (3) Z 4 sollte geändert werden in:

„Wiederan- und Abschluss von Infusionen“

Begründung: Der An- und Abschluss von Infusionen bei liegendem peripherenösem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusion von Vollblut und/oder Blutbestandteilen, einschließlich der Entfernung des peripherenösen Gefäßzugangs, ist aufgrund der Komplexität insbesondere bei der Erstgabe abzulehnen.

Aus Sicht der GÖG könnte der Tätigkeitsbereich gemäß § 83a GuKG darüber hinaus um folgende Punkte ergänzt werden:

- » In § 83a (1) könnte für die Pflegefachassistenz „*Mobilisation von Bronchialsekret und transnasales Absaugen*“ eingefügt werden.
- » Die in § 83 (3) Z 2 vorgesehene Verabreichung von subkutanen Injektionen kann für die Pflegefachassistenz ergänzt werden um „*Verabreichung von subkutanen Injektionen zentral wirksamer Schmerzmittel*“.
- » Das in § 83 (3) Z 6 vorgesehene Anlegen von Verbänden kann für die Pflegefachassistenz ergänzt werden um „*Anlegen von Stützverbänden*“.

Begründung: Die hier angeführten Ergänzungen sind hinsichtlich der eigenverantwortlichen Verantwortungsübernahme (auch in Freiberuflichkeit), wie auch die anderen Befugnisse der Pflegefachassistenz, im Sinne der Patientensicherheit wie die anderen Tätigkeiten/Befugnisse zu behandeln. Wir weisen nochmal darauf hin, dass eine Berufsausübung ohne verpflichtende Aufsicht gemäß herrschender Ansicht auch bedeutet, dass bei der Berufsausübung von Angehörigen der Pflegefachassistenz keine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson in der Einrichtung bzw. in der Organisationseinheit anwesend sein muss.

Berufsausübung Pflegefachassistenz (§ 90)

Die rechtlich zulässigen Berufsausübungsmöglichkeiten der Pflegefachassistenz sind bis auf § 90 (3) des Entwurfs im Gegensatz zur Textgegenüberstellung nicht geregelt. Wir schlagen vor, die Textierung der Textgegenüberstellung in den Entwurf aufzunehmen. Aufgrund der o. a. Überlegungen wäre § 90 Abs 3 (freiberufliche Berufsausübung) zu streichen.

Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen

§ 92 (1) Es wird bei Beibehaltung der Qualifikationsstufe „Pflegeassistent“ vorgeschlagen, den § 92 (1) in seiner Diktion an die Z 6 desselben (Pflegefachassistenz) anzupassen und wie folgt zu formulieren:

„ ... 1 600 Stunden, wobei mindestens die Hälfte auf die theoretische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die praktische Ausbildung zu entfallen hat.“

Begründung: Gemäß Evaluierung der GuK-Ausbildungsbereiche wird die Qualität der praktischen Ausbildung gegenüber der theoretischen – auch bei der Pflegehilfe – wesentlich schlechter bewertet. Als Gründe dafür werden u.a. Strukturmängel und die fehlende Verantwortung der Praktikumsstelle für das Lernergebnis angegeben. Darüber hinaus wurden bei der Pflegehilfe Qualifikationsdefizite v.a. hinsichtlich neurodegenerativen (Demenz etc.) und chronischen Erkrankungen, Pharmakologie und der daraus resultierenden Gesundheits- und Krankenpflege geortet. Die vorgeschlagene Formulierung würde eine Ergänzung der theoretischen Ausbildung um genannte Inhalte und ein didaktisch fundiertes Fertigkeitentraining (Skillslab) ermöglichen. Darüber hinaus würden dann die beiden Qualifikationsstufen der Pflegeassistentenberufe bezüglich dieser Bestimmung gleich behandelt werden.

§ 95 (1) Um dem Prinzip der Durchlässigkeit zwischen den Bildungsbereichen gerecht zu werden, in diesem Fall zwischen Gesundheits- und Regelschulwesen, Sekundarstufe 2 und um alle potenziellen Zielgruppen für Pflegeberufe zu erreichen, wird vorgeschlagen für die Pflegeassistentenberufe zielgruppengerechte Bildungsangebote für Jugendliche (Regelschulwesen) und Erwachsene (Erwachsenenbildung) einzurichten.

Das muss für Jugendliche aus berufspädagogischer Sicht für die Stufe der

- » Pflegeassistent eine Ausbildung im Rahmen einer berufsbildenden mittleren Schule (vorzugsweise Fachschule für Sozialberufe) und für die
- » Pflegefachassistent eine Ausbildung im Rahmen einer berufsbildenden höheren Schule bedeuten.

Die GÖG regt an den § 95 (1) um die Möglichkeiten der Ausbildungen im Rahmen von BMS und BHS Modellen zu erweitern.

§ 96 (1) Für die Erwachsenenbildung kann sowohl bei der persönlichen Reife und Lebenserfahrung als auch bei der Vorbildung zumeist von anderen Voraussetzungen ausgegangen werden. Für diese Zielgruppe sind vorzugsweise *berufsbegleitende Lehrgänge im Rahmen der Erwachsenenbildung* einzurichten.

Anrechnung von Ausbildungsinhalten der Pflegefachassistent für die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Zur Sicherstellung der Durchlässigkeit von der Pflegefachassistent zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, wäre ein Vorschlag für den Hochschulbereich zur Anrechnung von Ausbildungsinhalten der Pflegefachassistent zu erarbeiten.

Abschließende Bemerkung

Die Qualifikation von Gesundheitsberufen ist ein entscheidender Faktor für die Qualität der Berufsausübung. Das hat die Europäische Union dazu bewogen, die Berufsankennungsrichtlinie 2005/36/EG zu ändern, siehe RL 2013/55/EU, und sollte auch in Österreich dazu führen, dass die Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und die Qualitätssicherung zur Gewährleistung der Patientensicherheit im Vordergrund steht.

Mit freundlichen Grüßen



Mag. Georg Ziniel, MSc
Geschäftsführer