BM für Gesundheit
Frau Mag. Alexandra LUST

alexandra.lust@bmg.gv.at

Wien, 03.09.2015

ATU 162 731 00
ZVR-Nr. 576 439 352
DVR-Nr. 004 66 55

BETREFF
Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Berufsreifeprüfungsgesetz geändert werden
(GuKG-Novelle 2015)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die ÖGB/ARGE-FGV bedankt sich für die Einladung zur Stellungnahme und stellt wie folgt fest.

Die ÖGB/ARGE-FGV für Gesundheits- und Sozialberufe begrüßt das Bestreben, das Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege auch gesetzlich in einen modernen, zukunftssicheren und europaweit vergleichbaren Status überführen zu wollen. Grundsätzlich ist daher die Initiative für diese Reform zu unterstützen.
Positiv fällt auch die Überführung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Bildungssektor auf und dass die bisherigen Tätigkeitsbereiche in Kompetenzbereichen neu definiert wurden.

Allerdings hätten in diesem Zusammenhang auch gleich einige Aufgaben, die der Gesundheits- und Krankenpflege international längst zugänglich sind (Family Health Nursing, Community Nursing, Schulgesundheitspflege, Advanced Nursing Practice,...), mitgeregelt werden können.

Ebenso ein wichtiger Punkt, der im Zuge einer solchen Reform nicht unbeachtet bleiben dürfte, ist die Verordnung von Heilbehelfen und Verbandsmaterial durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.

Bedauerlich ist auch, dass der Gesetzgeber im Zuge der Novellierung nicht auch die Sozialbetreuungsberufe bundeseinheitlich und auf einem Bundesgesetz basierend, geregelt hat. Die derzeitige rechtliche Zersplitterung ist nicht erstrebenswert und wäre, ganz im Sinne des Regierungsübereinkommens, wo die *"Harmonisierung der Sozial- und Gesundheitsberufe durch Schaffung einer Bundeskompetenz"* angeführt ist, nunmehr zu ändern gewesen.

Seitens der ÖGB/ARGE-FGV für Gesundheits- und Sozialberufe wird allerdings die neu geplante Dreigliedrigkeit der Pflege in Pflegeassistenz, Pflegefachassistenz und gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege abgelehnt. Durch das gleichzeitige Nebeneinander dieser Berufsgruppen besteht die Gefahr des fehlenden Überblicks und eines Kompetenzwirrwarrs.
Es ist generell damit zu rechnen, dass künftig vermehrt Tätigkeiten delegiert werden. Mit Umsetzung der vorliegenden Novelle würden die delegationsfähigen Tätigkeiten, durch Schaffung des Pflegefachassistenten und durch die Ausweitung des Tätigkeitsbereiches beim Pflegehelfer (Pflegeassistent), stark zunehmen und vermehrt auf Personen übertragen werden, die über eine kürzere Ausbildung verfügen. Dessen ungeachtet müsste der/die Delegierende jedes Mal genau wissen, welcher Berufsgruppe die „Pflegekraft" nun angehört und was genau man dieser alles delegieren darf. Der delegierten Person muss wiederum genau bekannt sein, welche Tätigkeiten sie eigentlich alle übernehmen darf.

An dieser Stelle ist auch auf heikle Haftungsfragen im Zusammenhang mit der Übernahmsfahrlässigkeit hinzuweisen, wonach jede Person, die eine Tätigkeit übernimmt (auch wenn sie grundsätzlich zur Übernahme der Tätigkeit berechtigt ist), selbst beurteilen und einschätzen muss, ob sie die dafür erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt und sich dazu im Stande fühlt. Durch die Zunahme von unterschiedlich qualifizierten Personen mit unterschiedlichen Befugnissen und vermehrt verkürzter Ausbildung werden Irrtümer und Missverständnisse zunehmen.

Werden PatientInnen durch Pflegekräfte in ihrer Gesundheit schuldhaft geschädigt, haften sie sowohl straf-, als auch zivilrechtlich. Die Haftungsgrundlagen sich vielschichtig, etwa eine nicht lege artis durchgeführt Handlung, Dokumentationsfehler, eigenmächtige Heilbehandlung, wenn berufsrechtliche Befugnisse (irrtümlich) überschritten werden und etwa ohne ärztlicher Delegation oder ohne ausreichende Aufklärung gewisse Handlungen (im guten Glauben) vorgenommen werden.

Diese Haftungsproblematik wird durch die Zunahme an Berufsgruppen, (Sozialbetreuungsberufsangehörige, Pflegeassistenten, Pflegefachassistenten, Diplomkräfte, Bachelor, Master, Doktor) zweifellos verstärkt. Durch die vermehrten Schnittstellen zwischen diesen Berufsgruppen ergeben zwangsläufig zahlreiche neue Fehlerquellen.

Aus all den genannten Gründen ist aus unserer Sicht auf die einjährige Ausbildung der bisherigen Pflegehilfe bzw. dann der Pflegeassistenz zu Gunsten der zweijährigen Pflegefachassistenz zu verzichten. Dadurch kann die Qualität der pflegerischen Versorgung für die PatientInnen nicht nur weiterhin garantiert werden, sie wird darüber hinaus sogar noch ausgebaut!

Hinzu kommt, dass durch den zu erwartenden Rückgang an Diplomkräften, der wohl nicht in gleicher Anzahl durch Fachhochschulabgänger kompensiert werden wird, ein massiver **Qualitätsverlust zu erwarten** ist.

Da in Spezialbereichen eine Zusatzausbildung nicht mehr, wie bisher nach 5 Jahren, notwendig ist sondern sich nur noch nach den, vom Land festgelegten Strukturqualitätskriterien richtet, wird befürchted, dass in Zukunft weniger ausgebildet werden wird. Der Bundesgesetzgeber muss daher die unterschiedlichsten Vorstellungen und Auslegungsversuchen der Länder bezüglich Strukturqualität kanalisieren und unmissverständliche qualitätserhaltende Vorgaben erlassen.
Bisher gibt es zu viele unterschiedlichen Auslegungen durch die einzelnen Bundesländer – was sich auch in den unterschiedlichen Personalkennzahlen, Personalschlüsseln, den im Berufsalltag eingesetzten Qualifikationsstufen aber auch in den verschiedenen Taschengeldbeträgen für Auszubildende oder in den stark divergierenden Gehälter der Pflegepersonen widerspiegelte.

Ganz allgemein wird noch angemerkt, dass die Übernahme der derzeit geltenden Berufsbezeichnung "Krankenschwester" etwas antiquiert erscheint. Die Novelle wäre ein guter Zeitpunkt, dies zu ändern.

Ebenfalls als antiquiert und einem "Miteinander" nicht dienlich ist der Terminus "anordnen". Dieser sollte, in zB delegieren oder übertragen, geändert werden.

Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Z. 23: § 12

Im Zug einer Aufwertung des Berufsbildes spricht sich die ÖGB/ARGE- FGV für die Aufnahme des in einem Vorentwurf enthaltenen Art. 5 aus. Dieser lautete:

(5) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, organisiert und implementiert Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chron. Erkrankungen im Rahmen der Familiengesundheitspflege (Family health nursing), der Schulgesundheitspflege (School nursing), der gemeindeorientierten Pflege (Comunity nursing), betriebsorientierte Pflege, sowie der bevölkerungsorientierten Pflege (Public health nursing).

Durch das breite Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege kommt es außerdem immer wieder zu Überschneidungen mit anderen Professionen. Oftmals geäußerte Befürchtungen, etwa der Berufsgruppe der MTD, Pflegepersonen würden künftig in Prävention und Beratung z.B. DiätologInnen ersetzen, werden mangels einer klaren Abgrenzung zu anderen Professionen nicht aus dem Weg geräumt.

Auch eine Festschreibung der Reihenfolge bei Routinetätigkeiten - §12(1) und (2) vor (3) ist erforderlich.

Zu Z. 23: § 14

§14 Abs (2) Z 6: Als pflegerische Kernkompetenz werden hier angeführt, "*Ableitung pflegerischer Maßnahmen aus dem Medizinisch-Therapeutischen Prozess".*

Welche Maßnahmen aber sind als pflegerische Maßnahme im Sinne einer Kompetenzerweiterung zu sehen? Das eigenständige Führen einer Harn- und Flüssigkeitsbilanz, eigenständiges Hinzuziehen von ErnährungsexpertInnen oder WundexpertInnen? Die vom Gesetzgeber verwendeten Formulierungen sind zu pauschal und lassen weitläufige Interpretationsmöglichkeiten zu.

§ 14 Abs. (2) Z.11: Neben der Anleitung und Begleitung wird nun auch Beurteilung von Auszubildenden als Tätigkeit aller gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen angesehen. Der zu erwartende Mehraufwand - vor allem, wenn sensible Aufgabenbereiche von der Ärzteschaft künftig übernommen und qualitätssichernd praktisch angelernt werden sollen - kann aus jetziger Sicht schwer kalkuliert werden, dürfte aber beachtlich sein. Hier gilt es, dem Bereich der Praxisanleitung eine tragende, und rechtlich abgesicherte Position, durch eine verpflichtende Sonderausbildung zu verleihen.

Zudem fehlt in § 14 die Aufzählung einer eigenständigen Verordnungskompetenz, die für einen praxisnahen, arbeitsteiligen und interprofessionell gelebten medizinisch-pflegerischen Alltag erforderlich sind, so etwa im Zusammenhang mit Pflegeutensilien, pflegeindizierten Arzneimitteln und Heilbehelfen, die bis zum heutigen Tag von ÄrztInnen angeordnet werden müssen um dann von der Pflege eingesetzt werden zu können. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege muss auch auf dieser Ebene **arztunabhängig** handeln können.

Zu Z. 23: § 15

§15 Abs (1): Die Schriftlichkeit einer ärztlichen Anordnung muss im Sinne der Qualitätssicherung, einer klaren Nachweisbarkeit und Rechtssicherheit sowie eines umfassenden Sicherheitsmanagements weiterhin bestehen bleiben.

§15 Abs (2): Bei den angeführten „Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie" erscheinen uns einige angeführte Bereiche zu weitgehend und sind zu streichen:

Z5: „…intraarteriell oder über Plexuskatheter..."

Z6: die „…patientennahe Blutgruppenüberprüfung mittels Bedside - Test".

Zu einigen anderen Ziffern möchten wir anmerken:

Z 10: "Durchführung der konservativen Wundversorgung und Assistenztätigkeiten..." sollte hinzugefügt werden

Z 11: hier sollte das Wort "transnasal" gestrichen werden

Z 14: die generelle Aufzählung zu- und ableitende Systeme lässt einen zu großen Interpretationsspielraum offen

Z 17: auch dieser Punkt ist sehr unbestimmt gehalten und lässt Fragen nach einer eventuellen Änderung einer allenfalls nötigen Therapie samt Bedarfsmedikation offen

Zusätzlich jedoch sollte eine neue Ziffer eingefügt werden, die eine **Verordnungsbefugnis** hinsichtlich der **Weiterverschreibung von Arzneimittel** vorsieht. Eine gehobene Gesundheits- und Pflegekraft ist unserer Ansicht nach hierfür jedenfalls kompetent.

Zu Z. 23: § 16

Im Sinn einer effizienten interdisziplinären Zusammenarbeit möchten wir hier einige Ergänzungen anregen:

In den Abs. (1) sollten die Sozialbetreuungsberufe aufgenommen werden.

Im Abs. (3) schlagen wir folgende zusätzliche Punkte vor:

5. Steuerung, Organisation und Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses einschließlich der klinischen Triage nach internationalen Standard

6. Anforderung von Angehörigen anderen Gesundheitsberufen

7. Sicherstellung der Behandlungskontinuität in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Gesundheitsberufen, insbesondere im Rahmen der Primärversorgung."

Zu Z. 23: § 17

§17 Abs.(1): im vorliegenden Entwurf ist die Spezialisierung eine "kann"-Bestimmung. Da dadurch ein enormer Qualitätsverlust zu erwarten ist muss die Verpflichtung zur Spezialisierungen weiter bestehen.

§17 Abs.(2): Die Auflistung der Spezialisierungen ist durch folgende Bereiche zu ergänzen:

- Kinderintensivpflege und Neonatologie
- Geriatrie und Langzeitpflege
- Wundmanagement

§17 Abs.(3): Nicht Ersichtlich ist, weshalb vor der Verordnung weiterer Spezialisierungen der Österreichischen Ärztekammer eine Anhörungsrecht zugesprochen werden soll. Aufgrund der Fachexpertise ist die Anhörung des Gesundheits- und Krankenpflege-Beirates unserer Ansicht nach sachgerecht und ausreichend. Eine derartige Eingriffsmöglichkeit der Ärztekammer in das Berufsrecht der Pflege ist nicht nachvollziehbar und nicht akzeptabel. Statt einer Anhörung der Ärztekammer schlagen wir daher eine Anhörung der gesetzlichen und freiwilligen Interessensvertretung der Berufsgruppe vor.

Zu den **Ausbildungen** ist allgemein festzuhalten, dass bei einer **tertiären Ausbildung** das Taschengeld künftig wegfällt. Wir fordern daher eine **Abgeltung der Praktika** (in Anlehnung an Absolventen des Klinischen Praktischen Jahres), welches über der Mindestsicherung liegt und den hohen Grad der Verantwortung der Auszubildenden widerspiegelt. Ebenso ist den Auszubildenden der Pflegefachassistenz die direkte Arbeit an den PatientInnen entsprechend abzugelten. Die Auszubildenden müssen daher nach § 4 ASVG vollversichert sein.

Zu Z. 30: § 44

Wir gehen davon aus, dass mit der Möglichkeit der verkürzten Ausbildung für PflegeassistentInnen auch die PflegfachassistentInnen umfasst sind.

Zu Z. 36: § 65c

Wir schlagen die Erweiterung des Beirates um Vertreter der gesetzlichen und freiwilligen Interessensvertretung (AK und ÖGB) vor.

Zu Z. 41: § 82 ff

Wie bereits erwähnt, wird das Berufsbild der einjährigen Pflegeassistenz abgelehnt. Ein Ausbau der Service- und Versorgungsassistenz macht aus unserer Sicht mehr Sinn. Im Bereich der Gesundheitsberufe sind der gehobene Dienst im tertiären Segment und die Pflegefachassistenz mit zweijähriger Ausbildung völlig ausreichend.

Besonders die im Abs. (2) vorgesehene Möglichkeit zur " Durchführung der ihnen angeordneten Aufgaben und Tätigkeiten in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen aller Altersstufen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie auf allen Versorgungsstufen." in Verbindung mit § 83 Abs. (1) Z. 3 " Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angeordneten Pflegemaßnahmen" würde es erlauben, dass die Pflegeassistenz *sämtliche* Maßnahmen einer diplomierten Pflegekraft durchführen dürfte, so lange es nur von einer solchen angeordnet würde. Eine solche Regelung erscheint weit überschießend und gefährlich und wird daher abgelehnt.

Die ÖGB/ARGE - FGV spricht sich daher entschieden gegen die Dreiteilung der Pflegeberufe aus. Sinnvollerweise kann die Einführung einer Pflegeassistenz nur mit einer zweijährigen Ausbildung erfolgen, ansonsten drohen massive Qualitätsverluste zu Lasten der Patienten.

Zu § 83a:

Im Abs. (1) regen wir die Streichung des Wortes eigenverantwortlich an.

Bei der Aufzählung der Tätigkeitsbereiche halten wir die Z. 2 und 3 für patientengefährdend. Sie könnten in der Praxis zu erheblichen Problemen führen und müssen daher gestrichen werden.

Zu Z. 46: § 90

Eine freiberufliche Berufsausübung der Pflegefachassistenz wird von uns abgelehnt. Es mangelt dort an der notwendigen fachlichen Kontrolle und Qualitätssicherung.

Zu Z. 47: § 92

Wie bereits oben erwähnt, wird seitens des ÖGB eine einjährige Ausbildung zur Pflegeassistenz abgelehnt.

Grundsätzlich sollte aber für möglichst viele Ausbildungen im Gesundheitsbereich gelten, dass sie berufsbegleitend absolviert werden können. Ein entsprechender Passus sollte hier aufgenommen werden.

Zu Z. 49: § 95 ff

Zu § 97 Abs.(2) Z.2: eine genauere Definition der "begründeten Ausnahmefälle" wäre sinnvoll.

Zu Z. 62: § 117

Im Abs. 22 wird den Ministern für Gesundheit und für Wissenschaft eine Verordnungsermächtigung eingeräumt, das Wirksamwerden der ausschließlichen Ausbildung für den gehobenen Dienst an Fachhochschulen zu verzögern. Unserer Meinung nach sind die Übergangsfristen mehr als ausreichend, die Verordnungsmöglichkeit soll daher entfallen.

Aus unserer Sicht sollten folgende Punkte im Gesetz noch ergänzt bzw. festgehalten werden:

1. Eine gesetzliche **Gleichstellung** der bisherigen Ausbildungen im gehobenen Dienst mit der Ausbildung auf FH- Niveau.

2. Eine gesetzliche Verankerung, dass bisher Ausgebildete keine Schlechterstellung in finanzieller Hinsicht, bei der Karriereplanung und der Ausübung ihrer Kompetenzen erfahren dürfen.

3. Verpflichtende, durch den Träger finanzierte, Sonderausbildungen in Spezialbereichen.

Mit freundlichen Grüßen

Josef Zellhofer
Bundesvorsitzender

Johann Hable
stellv. Bundesvorsitzender

Martha Fleschurz
stellv. Bundesvorsitzende

Willibald Steinkellner
stellv. Bundevorsitzender

Karl Preterebner
Bundessekretär