

BMSGPK-Gesundheit -
VI/A/2 (Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe)

Stubenring 1
1010 Wien

Per E-Mail: begutachtungen@gesundheitsministerium.gv.at

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom
2024-0.438.425

Unser Zeichen, BearbeiterIn
CNS/BM

Klappe (DW) Fax (DW)
39174

Datum
19.06.2024

Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und das Rezeptpflichtgesetz geändert werden (GuKG-Novelle 2024)

Der ÖGB bedankt sich für die Übermittlung des gegenständlichen Entwurfs, weist aber ein weiteres Mal auf die stark verkürzte Begutachtungsfrist hin, die bei einer derart umfangreichen wie auch bedeutsamen Materie eine vertiefende Bewertung besonders erschwert. Allein aus Respekt gegenüber den für die Gesundheitsversorgung so maßgeblichen Gesundheits- und Krankenpflegeberufen, wäre eine längere und der Wichtigkeit der Materie entsprechend angemessene Begutachtungszeit erforderlich, um eine detaillierte Beurteilung und Vorbereitung einer Stellungnahme zu ermöglichen. Dies wird insbesondere dadurch erschwert, indem weder der ÖGB und die Gewerkschaften noch die gesetzliche Interessensvertretung der Pflegeberufe in die Entstehung dieser Novelle eingebunden waren.

Das beabsichtigte Ziel, den Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dem einer akademisierten Berufsgruppe entsprechend zu gestalten, wird prinzipiell begrüßt. Eine Stärkung der Gesundheits- und Krankenpflege und deren bessere Einbindung in die Gesundheitsversorgung wäre ein klar zu unterstützendes Ziel. Allerdings wird der vorliegende Gesetzesentwurf diesem Ziel nicht gerecht. Die in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit definierten Ziele eines Ausbaus niederschwelliger Zugänge zu einer patient:innenorientierten, bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Steigerung der Effektivität und Effizienz können nur mit einem optimalen Einsatz der personellen Ressourcen gewährleistet werden.

Gerade in der niedergelassenen Versorgung werden die vielfältigen Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege noch immer zu wenig berücksichtigt, indem sie vielfach nicht in die Behandlungsprozesse der Patient:innen einbezogen werden. Insbesondere in der Versorgung chronisch Erkrankter wäre eine

selbständige Mitwirkung in den Behandlungspfaden indiziert, um den Patient:innen die bestmöglichen Behandlungen im Rahmen der vorhandenen Ressourcen gewährleisten zu können.

Der von allen Systempartner:innen gewünschte Ausbau von Disease Management Programmen (DMP) sollte in der Entwicklung der Behandlungspfade von Beginn an auch die strukturierte Einbeziehung dieser Berufsgruppe vorsehen, um eine umfassende, aber auch effiziente Versorgung ermöglichen zu können. Für eine weitergehende, zielgerichtete Verbesserung in der Versorgung sind daher jedenfalls über dieses Gesetzesvorhaben hinausgehende Schritte erforderlich, wie insbesondere erforderliche Anpassungen in den sozialversicherungsrechtlichen Regelungen.

Zu den wesentlichen Bestimmungen im vorliegenden Entwurf:

Zu Artikel 1 – Änderungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes

Eingangs wird darauf hingewiesen, dass in mehreren Punkten der nachfolgenden Bestimmungen vielfach vage und unspezifische Formulierungen in den Gesetzestext aufgenommen werden sollen, die zu ungewolltem Interpretationsspielraum, Unklarheit und Rechtsunsicherheit führen können.

Zu Z11, § 3a – Unterstützung bei der Basisversorgung; Gruppengröße in Einrichtungen der Behindertenbetreuung

Die bisherige Festlegung einer „Gruppe von höchstens zwölf behinderten Menschen“ soll durch den Begriff „kleine Gruppe“ ersetzt werden. Diese Änderung wird ausdrücklich abgelehnt, da damit Interpretationsspielraum geschaffen wird, der geeignet ist zu einer schlechteren Versorgungsqualität zu führen. Dies zeigt sich bereits in den Erläuterungen, wonach unter dem Begriff „kleine Gruppe“ eine Anzahl von bis zu 12 oder auch 15 Personen zu sehen ist. Menschen mit Behinderung bedürfen jedoch in der Regel eine besondere, auf die individuellen Bedürfnisse angepasste Betreuung. Die Gruppengröße spielt eine sehr zentrale Rolle bei der Gewährleistung einer bedarfsorientierten Betreuung. Die Unterlassung der konkreten Nennung der maximalen Gruppengröße kann zur Verunsicherung bei den Trägern führen. Es wird daher angeregt eine Höchstgrenze von unter 12 Personen zu definieren, die sich auf die gesamte in einem Dienst betreute Personenanzahl zu beziehen hat.

In diesem Zusammenhang muss zudem erwähnt werden, dass gerade jene Beschäftigten mit dem Ausbildungsmodul zur Unterstützung bei der Basisversorgung nicht von den entgelterhöhenden Elementen des Pflegefondsgesetzes (vormals EEZG) umfasst sind – eine ungerechtfertigte Ungleichstellung, die umgehend beseitigt werden muss. Der ÖGB fordert daher auch an dieser Stelle die Einbeziehung dieser Beschäftigten in die maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen, um ihnen den Zuschuss zur Erhöhung des Entgelts nicht länger zu verwehren.

Zu Z16, § 15 - Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie

Mit § 15 sollen die Kompetenzen bei der medizinischen Diagnostik und Therapie neu geregelt werden. Dabei stellt sich aus Sicht des ÖGB die Frage, wieso die Bestimmungen zu den pflegerischen Kernkompetenzen (§14) nicht angepasst werden sollen, um im

2 / 7

Zusammenspiel zwischen den diversen Kompetenzbereichen aufeinander abgestimmte Regelungen zu haben und für ausreichend Klarheit zu sorgen.

Die im gegenständlichen Entwurf vorliegende Neutextierung des Absatzes 1 beschreibt anders als bislang den Anwendungsbereich für die eigenverantwortliche Durchführung nach ärztlicher Anordnung näher und sieht auch Bereiche vor, in denen eine „generelle ärztliche Anordnung“ erfolgen kann. Im Hinblick auf die als Ziel definierte Absicht, den Kompetenzbereich, dem einer akademisierten Berufsgruppe entsprechen zu lassen, erscheint diese Anpassung nicht zielführend. Sowohl zur Gewährleistung dieses Ziels als auch zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe erscheint es unerlässlich, in bestimmten Tätigkeitsbereichen (jedenfalls zur Durchführung standardisierter diagnostischer Maßnahmen) die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung entfallen zu lassen.

Absatz 2 regelt den Entfall der schriftlichen Anordnung und deren Dokumentation. Dies wird zu Unsicherheiten in der Praxis führen und bedeutet einen Rückschritt in punkto Patient:innensicherheit sowie Nachvollziehbarkeit und wird damit zu massiver Rechtsunsicherheit und zu Unklarheiten in Haftungsfragen führen. Außerdem bedeutet es noch mehr Arbeit in der Pflegedokumentation für Angehörige des gehobenen Dienstes. Es ist daher nicht geeignet, dass in den Erläuterungen diesbezüglich angeführten Ziel einer „Entbürokratisierung“ herbeizuführen.

Zudem könnte die neu vorgesehene Regelung dazu führen, dass bei Auftreten etwaiger Fehler – unabhängig von der Berufsgruppe – die Ursachen zwischen den Professionen „hin- und hergeschoben“ werden. Wir lehnen den Entfall dieser Bestimmung daher vehement ab – eine schriftliche Anordnung ist weiterhin unabdingbar. Zudem würde die damit in Verbindung stehende geplante Streichung des bisherigen Absatzes 3 eine deutliche Verschlechterung der Nachvollziehbarkeit ärztlicher Anordnungen zur Folge haben. Aus bereits im oberen Absatz angeführten Gründen lehnen wir auch diese Streichung in der vorgeschlagenen Fassung ab.

Im neu gefassten Absatz 4 entfallen die bislang (demonstrativen) Aufzählungen der Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, die nach ärztlicher Anweisung (mündlich/schriftlich) durchgeführt werden dürfen. Dieser Entfall wird grundsätzlich begrüßt, benötigt aber parallel dazu die Beseitigung von bestehenden Unstimmigkeiten. Nach der derzeit vorgesehenen Textierung passen Änderungen der Ausbildungsverordnungen automatisch die Kompetenzen an – laut den Ausführungen in den Erläuterungen würde die Praxis sich jedoch weiterhin an den bisher geregelten Tätigkeitskatalogen orientieren. Damit zeigen sich klare Widersprüchlichkeiten, die geeignet erscheinen für unterschiedliche Vorgehensweisen und für Rechtsunsicherheit der zusammenarbeitenden Berufsgruppen zu sorgen. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die anordnenden Ärzt:innen genaue Kenntnisse über den Kompetenzrahmen der Pflegekräfte sowie deren Ausbildung haben müssen. Es stellt sich zudem die Frage, wie die jeweiligen Qualitäts- und Kompetenzprofile überblickt werden.

Des Weiteren wird auf folgende Passage in den Erläuterungen verwiesen: *„[...]dementsprechend erweitern sich auch die Möglichkeiten für die Organisation und die Rolle der Pflegedienstleitung, indem die konkrete Umsetzung der in § 15 GuKG*

eingräumten berufsrechtlichen Ermächtigung in Zusammenspiel mit der ärztlichen Leitung hinsichtlich Prozedere, Delegation und Zusammenarbeit einrichtungsspezifisch festgelegt werden kann.“ Dieser Ansatz eröffnet einen sehr großen Interpretationsspielraum, der erhebliche Bedenken hinsichtlich der praktischen Umsetzung und der klaren Abgrenzung der Verantwortlichkeiten aufkommen lässt.

Zu Z 17, § 15b – Weiterverordnung von Arzneimitteln

Im Zuge der vorgesehenen Ermächtigung zur Weiterverordnung von spezifischen Arzneimitteln durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege werden nur die berufsrechtlichen Regelungen, nicht aber die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen angepasst. Ohne Aufnahme einer diesbezüglichen Ergänzung (vergleichbar mit § 350 Abs 1a ASVG in Bezug auf die Verordnung von ausgewählten Medizinprodukten), können die (weiter)verordneten Arzneimittel für die Patient:innen nicht auf Kosten der sozialen Krankenversicherung bezogen werden. Die diesbezüglichen Ausführungen in den Erläuterungen, wonach es sich bei den in Frage kommenden Produkten um Arzneimittelgruppen handle, die sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähig seien, zeigen zwar die Intention, hier die erforderlichen Anpassungen nicht vorzunehmen. Dieses Vorgehen ist jedoch nicht nachvollziehbar, da es durchaus Konstellationen geben kann, in denen die entsprechenden Arzneimittel sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig sind.

Den Patient:innen würde in derartigen Fällen die Möglichkeit eines Bezugs der für sie erforderlichen Arzneimittel auf Rechnung der Krankenversicherungsträgers verwehrt. Dies kann keineswegs im allgemeinen Interesse liegen und deckt sich nicht mit dem Ziel einer qualitätsgesicherten und leicht zugänglichen Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung. Eine entsprechende Anpassung der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen wird daher auch in Bezug auf die Weiterverordnung von Arzneimitteln angeregt. Des Weiteren benötigt es aus Sicht des ÖGB Klarheit darüber, welche organisatorischen Rahmenbedingungen für die Verordnungen geschaffen werden.

Zu Z 21, Z 22, § 17 Abs. 2 Z 10 und Abs 3 - Spezialisierungen

Angesichts der demografischen Entwicklung der kommenden Jahrzehnte ist der Entfall der psychogeriatrischen Pflege als Spezialisierung nicht nachvollziehbar. Wir lehnen diesen Vorschlag daher ab.

Die laut aktueller Gesetzeslage vorgesehene Voraussetzung, wonach für die „Ausübung von Spezialisierungen [...] die ist die erfolgreiche Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung oder Spezialisierung, Niveau 2 (Befugnisweiterung), innerhalb von fünf Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit.“ erforderlich ist, soll ersatzlos gestrichen werden.

Eine solche - ersatzlose – Streichung würde berufsrechtlich zu einigen Schwierigkeiten führen. Es ist zu befürchten, dass aufgrund von hoher Arbeitsbelastungen Ausbildungen zu Spezialisierungen gar nicht mehr absolviert werden und es in Folge zu Personalknappheit und damit zur Nichterfüllung von ÖSG-Personalvorgaben in einigen Bereichen, wie z.B. dem Intensivbereich, kommen wird. Wir lehnen den Entfall der Frist von fünf Jahren innerhalb derer die Spezialisierung abgeschlossen sein muss, ab und fordern deren Beibehaltung. Die Ausführungen zu diesem Entfall in den Erläuterungen, wonach nunmehr in § 65b GuKG

normiert sein soll, dass „Spezialisierungsausbildungen für die setting- und zielgruppenspezifische Höherqualifizierung angeboten werden müssen“ vermögen hier nicht zu überzeugen. Zum einen ist nicht nachvollziehbar, an wen sich die Aufforderung Höherqualifizierungen anzubieten konkret richtet. Da dies völlig offen verbleibt, drohen Qualifikationsdefizite, Qualitätsverlust und damit eine schleichende Reduktion der Patient:innensicherheit. Dies kann nicht die gewünschte Entwicklung sein. Vielmehr müsste dafür Sorge getragen werden, dass Höherqualifizierungen österreichweit öffentlich finanziert, berufsbegleitend und modular angeboten werden.

Z 26 und Z27, §§ 22, 22a: Infektionsprävention und Hygiene, Wundmanagement

Die unter diesen Bestimmungen angeführten Bereiche stellen Kernkompetenz der Pflege dar und müssten deshalb eigenverantwortlich, ohne ärztliche Anordnung, ausgeübt werden können. Wir schlagen daher für § 22 a folgende alternative Definition vor:

(1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der Spezialisierung Wundmanagement und Stomaversorgung sind berechtigt eigenverantwortlich ohne jegliche ärztliche Anordnung:

- 1. die Wundsituation (Wunddiagnostik) zu beurteilen, den Versorgungsbedarf festzustellen, den Therapieplan zu erstellen*
- 2. die lokaltherapeutische Wundversorgung evidenzbasiert und individuell angepasst zu planen, durchzuführen und zu delegieren*
- 3. Materialien und Lokaltherapeutika zur Wundversorgung auf Grundlage neuester Erkenntnisse auszuwählen und zu verordnen*
- 4. mechanisches Debridement durchzuführen*
- 5. Patient:innen im Hinblick auf Wundsituation aufzuklären, zu informieren, zu beraten, und gegebenenfalls zur Wundversorgung anzuleiten*
- 6. die Ergebnisse der Wundversorgung zu evaluieren*
- 7. Versorgungsdefizite zu identifizieren, Leitlinien evidenzbasiert zu entwickeln, Maßnahmen zur Versorgungsoptimierung zu planen*
- 8. Fachspezifische Probleme mit wissenschaftlichen Methoden zu bearbeiten und zu lösen.*

(2) Die Stomaversorgung und -beratung umfasst neben der Wundversorgung die individuelle Pflege von Patienten mit Stoma, Inkontinenzleiden, Fisteln und sekundär heilenden Wunden. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der Spezialisierung Wundmanagement und Stomaversorgung sind berechtigt Medizinprodukte und Arzneimittel aus dem Bereich des Illeo-, Jejuno-, Colon- und Uro-Stomas abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse und auf Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse eigenverantwortlich zu verordnen und anzuwenden.

Zu Z 30, § 22c - Psychogeriatrische Pflege

Die Abschaffung der psychogeriatrischen Spezialisierung wird aus den oben angeführten Gründen strikt abgelehnt.

Zu 31, § 23 Streichung „von Sonderausbildungen“

Wenn bei den Lehraufgaben der GuK Lehrer:innen die Sonderausbildungen gestrichen werden, stellt sich die Frage, wer diese in Zukunft unterrichten soll. Etwa auch pflegefremde Berufsgruppen, wie z.B. MTDs oder aber auch Berufsgruppen außerhalb der Gesundheitsberufe? Das scheint wenig sinnvoll.

Zu Z 42, § 65b – Höherqualifizierung - Setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen

Der Entwurf sieht vor, dass Spezialisierungen auf Hochschulen (FHs, Unis) mit mindestens 60 ECTS anzubieten sind. Unklar bleibt, an wen sich diese Bestimmung richtet. Die Streichung der angestrebten Kompetenzen und Lernziele (§70 (2) und (3) in der alten Fassung) ist darüber hinaus für die österreichweite Standardisierung der Spezialisierungen wenig hilfreich. Wir fordern für Spezialisierungen Masterlehrgänge (im Ausmaß von 120 ECTS) die österreichweit anzubieten und aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren sind. Diese müssen auch berufsbegleitend zur Verfügung stehen und modulartig angeboten werden.

Zu § 65c: Gesundheits- und Krankenpflege- Beirat:

Im Zuge der zahlreichen Adaptierungen, die das novellierte GuKG mit sich bringen soll, ist die mangelnde Änderung der Zusammensetzung des Beirats unverständlich. Weder ist die für den überwiegenden Großteil Pflegeberufsangehörigen zuständige gesetzliche Interessensvertretung als Mitglied vorgesehen noch der ÖGB. Eine Aufnahme der Bundesarbeitskammer und des ÖGB in den Beirat hätte durch breit gefächerte Expertise und Kenntnissen aus der Praxis positive Auswirkungen auf die Erfüllung der festgelegten Aufgaben.

Zu Z 44, § 83 - Tätigkeitsbereich der Pflegeassistentenz

Wie bereits oben unter Z16, § 15 ausgeführt, ist der Entfall schriftlicher Anordnungen auf Grund drohender Rechtsunsicherheit, mangelnder Nachvollziehbarkeit und unklarer Haftungsfragen als äußerst problematisch einzustufen. Der geplante Entfall wird daher abgelehnt.

Zu Z 45, §83a - Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistentenz

Durch die geplanten Änderungen kommt es zu einer massiven Kompetenzerweiterung der Pflegefachassistentenz, die jener des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nahekommt. Bereits aus grundsätzlichen Erwägungen ist dazu zu sagen, dass Kompetenzerweiterungen ohne zusätzliche Ausbildungszeit und ohne strukturelle Maßnahmen abzulehnen sind. So führen diese bei den betroffenen Pflegeassistentenzberufen zu einer Erhöhung der Aufgaben und einer höheren Verantwortung bei gleichen Zeitressourcen und Ausbildungszeiten. Bereits mit der GuKG-Novelle 2022 kam es zu Kompetenzerweiterungen, wobei seitens des ÖGB bereits zu diesem Zeitpunkt darauf hingewiesen wurde, dass die bloße Erweiterung von Befugnissen ohne strukturelle Veränderungen nicht geeignet ist, um Arbeitsbedingungen der Pflegenden oder die Versorgungssicherheit der zu pflegenden Menschen zu verbessern.

Die neuerliche Kompetenzerweiterung erweckt den Eindruck einer fortschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens bzw. des Vorantreibens der De-Professionalisierung der Pflege in Österreich. Dies wird vom ÖGB daher explizit abgelehnt.

Zu §116c – Übergangsbestimmungen - Sonderausbildungen

Die Bestimmung lässt offen, was mit den Sonderausbildungen ab dem 01.01.2030 geschieht. Es braucht Recht Klarheit über die Situation nach diesem Zeitpunkt, eine entsprechende Adaptierung wird daher als erforderlich erachtet.

Der Österreichische Gewerkschaftsbund ersucht um Berücksichtigung dieser Stellungnahme. Aufgrund der umfangreichen und teilweise problematischen Änderungen und Lücken muss dieser Gesetzesentwurf in seiner aktuellen Form - ohne die in dieser Stellungnahme ausgeführten Adapatierungserfordernisse – abgelehnt werden. Wir fordern eine Überarbeitung, um sicherzustellen, dass durch eine Novelle die Pflegequalität verbessert und die Berufsausübung der Pflegekräfte tatsächlich gestärkt wird.



Wolfgang Katzian
Präsident



Prof.ⁱⁿ Mag.^a Ingrid Reischl
Bundesgeschäftsführerin