

# Konsequenzen aus der GuKG – Novelle 2016 BGBl. I Nr. 75/2016

für den allgemeinen wie spezialisierten  
Palliativ- und Hospizbereich



[www.skyscrapercity.com](http://www.skyscrapercity.com)

DGKS Hilde Kössler, MMSc

(palliative care, advanced nursing education)

Mai 2017

## Inhalt

<b>1. Einführung</b>	<b>1</b>
1.1. Aufbau, Nutzererläuterungen und Abkürzungen	1
1.2. Gesetzwerdungsprozess	2
<b>2. Überblick über Änderungen durch GuKG Novelle 2016</b>	<b>4</b>
2.1. Allgemeine Herausforderungen	4
2.2. Berufsbezeichnungen und -bilder	5
2.2.1. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	6
2.2.2. Pflegeassistentenberufe	8
2.3. Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche	9
2.3.1. Kompetenzen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege	9
2.3.1.1. Kernkompetenzen	11
2.3.1.2. Kompetenzen bei Notfällen	13
2.3.1.3. Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie	14
2.3.1.4. Weiterverordnung von Medizinprodukten	18
2.3.1.5. Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam	19
2.3.2. Tätigkeitsbereiche Pflegeassistentenberufe	20
2.3.2.1. Tätigkeitsbereich Pflegeassistenten	20
2.3.2.2. Tätigkeitsbereich Pflegefachassistenten	22
<b>3. Aus-, Fort- und Weiterbildung</b>	<b>25</b>
3.1. Ausbildungen	25
3.1.1. Pflegeassistenten	26
3.1.2. Pflegefachassistenten	26
3.1.3. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege	27

3.2. Fortbildungen	27
3.3. Spezialisierung Hospiz- und Palliativversorgung	28
3.3.1. Derzeitige Weiterbildung Hospiz- und Palliativversorgung	30
3.3.2. Spezialisierung in Hospiz- und Palliativversorgung	30
3.3.3. Übergangsregelungen	32
<b>4. Literatur</b>	<b>36</b>
<b>5. Anhang</b>	<b>38</b>
Anhang 1a: Stellungnahme der OPG zur GuKG Novelle 2016, 03.09.2015	38
Anhang 1b: Stellungnahme der OPG zur GuKG Novelle 2016, 29.06.2016	42
Anhang 2a: Textvorschlag zu § 22 b. an die OPG zur Begutachtung, inkl. Änderungsvorschläge vom 22.02.2017	45
Anhang 2b: Nationalratsbeschluss und Regierungsvorlage/Erläuterungen vom 30.03.2017 zu § 22 b.	46
Anhang 3: Kundmachung BGBLA_2016 I 75, GuKG Novelle 2016, 01.08.2016	49
<b>6. Kontaktinformationen</b>	<b>71</b>

## 1. Einführung

Mit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 2016, das am 14.07.2016 beschlossen wurde, sollte eine bessere Zusammenarbeit auf hohem Niveau am Krankenbett erreicht werden.

Die Umsetzung des Gesetzes wird mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Die Zeitpunkte des Inkrafttretens der einzelnen Änderungen sind unterschiedlich, beginnend mit 01.09.2016. Theoretisch können noch bis 31.12.2024 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) nach altem Curriculum an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ausgebildet werden.

Die Novelle betrifft neben dem GuKG auch das Ärztegesetz 1998, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Berufsreifeprüfungsgesetz.

Im Rahmen dieser Erläuterung wird versucht, die voraussichtlich für den Palliativ- und Hospizbereich Österreichs wesentlichen Erkenntnisse nach derzeitigem Stand des Wissens zusammenzufassen und zu begründen.

Es gestaltet sich als Herausforderung, juristische Texte und Formulierungen allgemeinverständlich zu formulieren, ohne deren Exaktheit zu beeinträchtigen.

Zur einfacheren Lesbarkeit einer ohnehin schon komplexen Materie wird – wie überwiegend in der Novelle auch – dem grammatikalischen vor dem biologischen Geschlecht Vorrang gegeben.

### 1.1. Aufbau, Nutzererläuterungen, Abkürzungen

Originalgesetzestext ist *kursiv ev. zusätzlich* „unter Anführungszeichen“ angeführt.

Der Originaltext der Kundmachung BGBl. I Nr. 75/2016 findet sich im Anhang 3.

Erläuterungen und Interpretationen der Intention des Gesetzes sind so weit möglich und sinnvoll direkt im Anschluss an die entsprechenden Passagen angeführt.

## Abkürzungen

BScN	Bachelor of Science in Nursing
bzgl.	bezüglich
DGKP	Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in (Ausbildung alt) gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Ausbildung neu, umfasst sowohl DGKP als auch BScN)
ECTS	European Credit Transfer System
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflege
OPG	Österreichische Palliativgesellschaft
PA	Pflegeassistenz
PC	Palliative Care
PFA	Pflegfachassistenz
SOP	standing operating procedures (ärztlich vorgegebene, abgestufte Handlungsanweisungen)

## 1.2. Gesetzwerdungsprozess

Zum ersten Entwurf der Novelle des GuKG 2015 konnten Stellungnahmen bis zum Ende der Begutachtungsfrist am 04.09.2015 im Parlament abgegeben werden. In der Anlage finden Sie die damalige Stellungnahme der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG).

Obwohl eine Beschlussfassung der Novelle für Herbst 2015 geplant war, fand die erste Lesung vor dem Nationalrat wegen der Be- und Einarbeitung der umfangreichen Stellungnahmen erst am 14.06.2016 statt. Dieser Ministerialentwurf

wurde zuvor keiner neuerlichen Begutachtung unterzogen oder zur neuerlichen Stellungnahme freigegeben.

Die Forderungen aus der Stellungnahme der OPG wurden weitgehend umgesetzt. Allerdings fand sich im Ministerialentwurf, GuKG – Novelle 2016, § 22b. eine Definition von Palliativversorgung, die so nicht akzeptabel war: „Palliativversorgung ist die Pflege und Begleitung *sterbender* Menschen und deren Angehöriger...“

Umgehend wurde eine weitere Stellungnahme (siehe Anhang) mit einem konkreten Vorschlag zur Korrektur der Formulierung an Verantwortliche im Bundesministerium für Gesundheit sowie an den Gesundheitssprecher einer Regierungspartei gesandt. Erfreulicherweise kam es zur Korrektur bzw. Ergänzung der Definition entsprechend des Vorschlags der OPG.

Am 14.07.2016 wurde die GuKG Novelle 2016 beschlossen. Der volle Text der Kundmachung vom 01.08.2016 findet sich in Anhang 3, BGBl. I Nr. 75/2016.

Durch einen Kopierfehler der Bearbeiter fand sich in § 22b. ein Fehler (siehe 3.3. Spezialisierung Hospiz- und Palliativversorgung), der durch eine Gesetzesänderung nach neuerlicher Umformulierung unter Mitwirkung der OPG (siehe Anhang) am 30.03.2017 korrigiert wurde. Entsprechende Verordnungen für die Praxis, um das Gesetz mit Leben zu erfüllen, werden für die Jahre 2017 – 2019 erwartet.

Es ist zu hoffen, dass Fachleute der OPG als professionelle Vertreter in diesen Prozess eingebunden werden.

## 2. Überblick über Änderungen durch GuKG Novelle 2016

Die Änderungen in den Berufsbildern und den Tätigkeitsbereichen bzw. Kompetenzen der Pflegeassistentenberufe und des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind so umfangreich, dass im Rahmen dieses Papiers im Einzelnen nur dort darauf eingegangen wird, wo ein Bezug zu Palliative Care schon jetzt absehbar ist.

Erweiterungen und Änderungen der Tätigkeitsbereiche und Kompetenzen betreffen auch die derzeitigen Berufsbilder – Pflegehilfe und Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege. Daher ist ein genaues Studium, welche Kompetenzen im jeweiligen Arbeitsbereich noch erworben werden müssen ebenso angeraten, wie welche Möglichkeiten und Pflichten sich für Ärzte und DGKP in der Weiterdelegation im Rahmen medizinischer Diagnostik und Therapie für die einzelnen Berufsbilder ergeben (siehe Anhang 3: Kundmachung BGBl. I Nr. 75/2016, insbesondere §§ 14 – 16, §§ 83 & 83a.).

### 2.1. Allgemeine Herausforderungen

Folgende Herausforderungen werden durch das Gesundheitssystem in Verbindung mit der GuKG Novelle in den nächsten Jahren zu meistern sein:

- Gefahr eines Wissens - und Transferverlustes: PFA erhalten eine zweijährige Ausbildung, also um ein Drittel weniger, als bisherige DGKP  
BScN erhalten eine Ausbildung, die zugunsten von Wissenschaft und Forschung zur Reduktion bestimmter Inhalte führt - am Beispiel der Palliativpflege: Reduktion auf bis zu 16 Stunden im Vergleich zur derzeitigen DGKP Ausbildung von 60 Unterrichtsstunden
- Delegationsschwierigkeiten im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit am Krankenbett: vor allem im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie müssen unterschiedliche Delegations- und

Verantwortungsniveaus und vielfach unterschiedliche Kompetenz-/Tätigkeitsbereiche (PA, PFA, DGKP, spezialisierte DGKP) bewusst und geklärt sein

Dies gilt verstärkt im mobilen Bereich, in dem die Möglichkeiten und Pflichten bei der Einschulung und/oder Delegation an Angehörige, Personenbetreuer und persönliche Assistenten hinzukommen.

- Spannungsfeld zwischen wissenschaftlich/forschungsmäßig ausgebildeten DGKP/BScN und PFA: PFA führen Tätigkeiten zwar eigenverantwortlich aber ausschließlich auf Anordnung von DGKP/BScN (oder Ärzten) durch – entwickeln aber je nach Personalschlüssel möglicherweise durch ihren intensiven und regelmäßigen Patientenkontakt mehr pflegerische Intuition als die anordnenden DGKP/BScN
- Übergangsregelungen: PFA verfügen einerseits über einen Tätigkeitsbereich, der teilweise deutlich über die bisher den DGKP zugestanden Tätigkeiten im Bereich des mitverantwortlichen Bereichs hinausgeht – arbeiten andererseits auf Anordnung von DGKP nach alter GuKG Ausbildung, die in diese Tätigkeiten erst eingeschult werden müssen
- Weiterverordnung von Heilbehelfen und Medizinprodukten durch DGKP: Die praktische Umsetzung der Novelle im Zusammenspiel von §15a. GuKG und § 350. (1a) Sozialversicherungsgesetz wird interessant zu beobachten sein.

## 2.2. Berufsbezeichnungen, -bilder

Berufsbezeichnungen und –bilder werden den neuen Ausbildungen angepasst. Dies betrifft sowohl die derzeit in Gesundheitsberufen tätigen Personen, als auch die in Ausbildung befindlichen bzw. neu geschaffenen Berufsgruppen (Abb. 1).

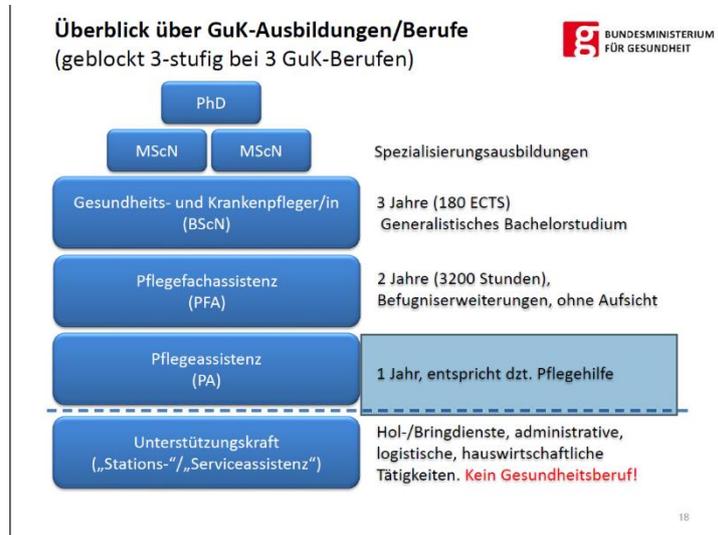


Abb. 1

(Resetarics, P.: GuKG Novelle 2016; Lange Nacht der Pflege, Graz;

[https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/lv\\_steiermark/2016/LNP\\_2016/Resetarics\\_GuKG\\_Novelle\\_-\\_Was\\_ist\\_neu.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/2016/LNP_2016/Resetarics_GuKG_Novelle_-_Was_ist_neu.pdf) 18.07.2016, 21:48)

## 2.2.1. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Die Berufsbezeichnungen und Bilder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege werden folgendermaßen geregelt:

### 2.2.1.1. Berufsbezeichnung DGKP

Der „gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ erhält die Berufsbezeichnung „*Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in*“. Dies gilt für die nach geltender Fassung des GuKG ausgebildeten Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/pfleger ebenso, wie für die bisher und künftig an (Fach)hochschulen ausgebildeten BScN (§ 11. (1)).

Die GuKG Novelle 2016 erlaubt ausschließlich eine Ausbildung zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. Psychiatrische bzw. Kinder- und Jugendlichen – GuKP wird zukünftig durch setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen (§

22) im Ausmaß von zusätzlich 90 ECTS nach Absolvierung der Allgemeinen GuKP abgedeckt (§ 17. (2)).

### 2.2.1.2. Berufsbild DGKP

Im Sinne einer palliativen Haltung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege erweisen sich folgende, insbesondere die hervorgehobenen Passagen der GuKG Novelle 2016, als wegweisend:

In § 12. (1) wird für das Berufsbild ausdrücklich erwähnt, dass DGKP „**Verantwortung** für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen ...“ trägt. „**Handlungsleitend** sind dabei **ethische, rechtliche, interkulturelle, psychosoziale und systemische** Perspektiven und Grundsätze.“

(2) „Auf der Grundlage **wissenschaftlicher** Erkenntnisse“ trägt der DGKP durch „gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie **palliative Kompetenzen** zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, **Linderung und Bewältigung** gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der **höchstmöglichen Lebensqualität** aus pflegerischer Sicht bei.“

(3) „Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie“ führen DGKPs die ihnen „von Ärzten aufgetragenen Maßnahmen und Tätigkeiten durch.“

(4) Im Rahmen der „**interprofessionellen Zusammenarbeit**“ tragen DGKPs „**zur Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität**“ bei.

(5) DGKP „**entwickelt, organisiert und implementiert pflegerische Strategien, Konzepte und Programme** zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahme der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege.“

Es wird geschätzt, dass ca. 20% (onkologischer) Patienten spezialisierter PC bedürfen. Dies bedeutet, dass ca. 80% der Schwerstkranken und Sterbenden zwar unter einem palliativen Versorgungsansatz nach den Grundprinzipien von PC aber

in der Grundversorgung durch allgemeine GuKP begleitet werden. (Vgl. Radbruch et al., S 224)

Es stellt sich die Frage, ob die entsprechenden Kompetenzen in der Ausbildung - neu durch Reduktion des Unterrichts in Palliativpflege auf bis zu weniger als ein Drittel (60 Unterrichtseinheiten DGKP auf ein ECTS/16 Unterrichtseinheiten bei BScN) entwickelt werden können. Schon bei der bisherigen Ausbildung zur DGKP an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, die immerhin mehr als den dreifachen Unterrichtsumfang umfasst, konnte eine entsprechende palliative Haltung bzw. ein Bewusstsein, wann ein Bedarf an spezialisierter Palliativ- und Hospizversorgung besteht, in manchen Bereichen nur äußerst rudimentär verankert werden.

### 2.2.2. Pflegeassistentenberufe

Die Berufe der Pflegeassistenten und der Pflegefachassistenten werden neu geschaffen.

#### 2.2.2.1. Berufsbezeichnungen Pflegeassistentenberufe

Die Berufe der Pflegeassistenten (bisher Pflegehelfer) und der Pflegefachassistenten werden neu geschaffen. Inwieweit PA in Krankenanstalten einsetzbar sind, wird durch das Bundesministerium für Gesundheit bis 31.12.2023 evaluiert.

§ 82. (1) Zu den Pflegeassistentenberufen gehören *„Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten“*.

#### 2.2.2.2. Berufsbild Pflegeassistentenberufe

Pflegeassistentenberufe werden zur *„Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärzten“* tätig.

(2) Ihre Aufgaben umfassen die Durchführung der ihnen nach Beurteilung durch DGKPs *„im Rahmen des Pflegeprozesses übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten“* und (3) *„Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie“* von Ärzten oder

DGKPs „übertragenen Maßnahmen“ entsprechend ihres jeweiligen Tätigkeitsbereiches.

## 2.3. Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche

Es kommt bei den derzeit bestehenden Berufen zu einer deutlichen Erweiterung der Kompetenzen (DGKP) und Tätigkeitsbereiche (PA). Die neu entstehende PFA übernimmt weitgehend selbstständig die Aufgaben der bisherigen DGKP, allerdings nur auf Anordnung/(Weiter)übertragung durch DGKP und/oder Ärzte.

### 2.3.1. Kompetenzen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

Die bisher (eigen-, mitverantwortlichen, interdisziplinären) Tätigkeitsbereiche werden nun in Form von Kompetenzen angeführt und ergänzt (Abb. 2 und 3)

*Pflegerische Kernkompetenzen (§ 14.)*

*Kompetenzen bei Notfällen (§ 14a.)*

*Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15.)*

*Weiterverordnung von Medizinprodukten (§ 15a.)*

*Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16.)*

*Spezialisierungen (§ 17.)*

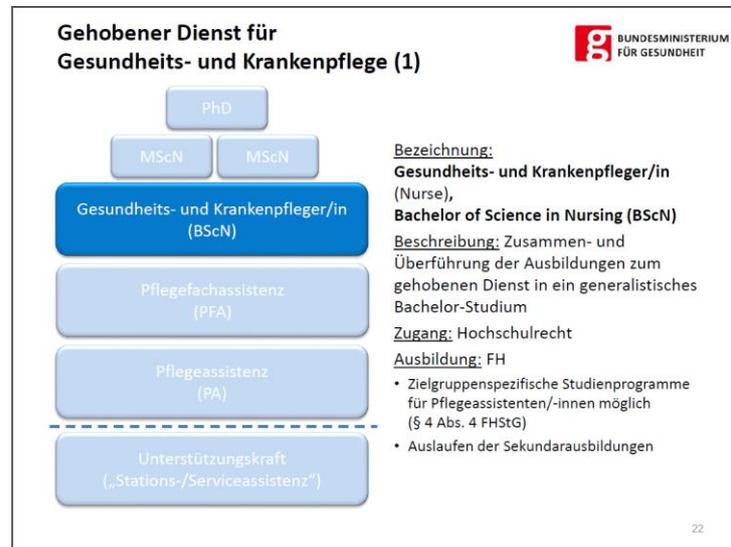


Abb. 2

(Resetarics, P.: GuKG Novelle 2016; Lange Nacht der Pflege, Graz;

[https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/lv\\_steiermark/2016/LNP\\_2016/Resetarics\\_GuKG\\_Novelle\\_-\\_Was\\_ist\\_neu.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/2016/LNP_2016/Resetarics_GuKG_Novelle_-_Was_ist_neu.pdf) 18.07.2016, 21:48)

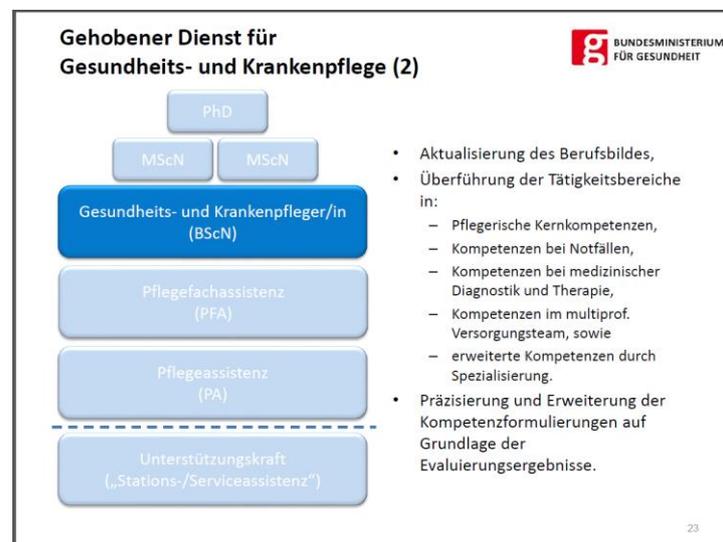


Abb. 3

(Resetarics, P.: GuKG Novelle 2016; Lange Nacht der Pflege, Graz;

[https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/lv\\_steiermark/2016/LNP\\_2016/Resetarics\\_GuKG\\_Novelle\\_-\\_Was\\_ist\\_neu.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/2016/LNP_2016/Resetarics_GuKG_Novelle_-_Was_ist_neu.pdf) 18.07.2016, 21:48)

### 2.3.1.1. Kernkompetenzen

In der Folge wird der Gesetzestext zur besseren Information weitgehend wörtlich wiedergegeben und bei besonderer Bedeutung für PC erläutert. Die vollständige Fassung findet sich im Anhang 3 BGBl. I Nr. 75/2016.

§ 14. (1) *„eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen...“*

(2) *...insbesondere:*

1. *Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess,*
2. *Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen bzw. -maßnahmen,*
3. *Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens,*
4. *Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes,*
5. *theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation,*
6. *Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen,*
7. *Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention,*
8. *Erstellen von Pflegegutachten,*
9. *Delegation, Subdelegation und Aufsicht entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation,*

Dieser Passus betrifft die (Sub)Delegation an PA und PFA. Daher müssen die jeweiligen Tätigkeitsbereiche, sowie die unterschiedliche Verpflichtung zu Anleitung, Aufsicht und Kontrolle in die Entscheidung zur (Weiter)Übertragung miteinbezogen werden. Zu beachten ist, dass die durchführende Person (PA/PFA) auch eine Übernahmeverantwortung trägt.

10. *Anleitung und Überwachung von Unterstützungskräften sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§ 3a. bis 3d.*

Dieser Passus betrifft Sozialbetreuungsberufe, Personenbetreuer (vulgo 24h Betreuer), Persönliche Assistenten sowie Studierende im Praktikum. Auch hier trägt die durchführende Person eine gewisse Übernahmeverantwortung. Sie kann die Übernahme einer Tätigkeit mit dem Hinweis auf fehlendes Wissen/Können ablehnen.

*11. Anleitung, Begleitung und Beurteilung von Auszubildenden,*

*12. ethisches, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln einschließlich Wissensmanagement,*

*13. Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz,*

*14. Mitwirkung an fachspezifischen Forschungsprojekten und Umsetzung von fachspezifischen Forschungsergebnissen,*

*15. Anwendung komplementärer Pflegemethoden,*

So erfreulich dieser Passus gerade auch für PC sein kann, bedarf es der Klärung der Voraussetzungen zur praktischen Umsetzung. Eine Kernkompetenz müsste nach derzeitigem Verständnis im Rahmen der Grundausbildung erworben werden können und innerhalb der ersten Berufserfahrung zur Anwendung kommen.

Komplementäre Pflegemethoden dürfen derzeit keine eigenmächtige Heilbehandlung umfassen, bedürfen der Aufklärung und Einwilligung der gepflegten Person und erfordern zumindest die Anleitung und Überwachung durch DGKPs, die einen Abschluss nach GuK Weiterbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 453/2006 und BGBl. II Nr. 359/2010 erlangt haben. Eine solche Weiterbildung umfasst mindestens 160 Stunden (GuK-WV § 12.). Derzeit genehmigte 45 Weiterbildungen sind in der Weiterbildungsverordnung Anhang 1 für DGKP angeführt.

Im deutschen Sprachraum existiert kein allgemeinverbindliches Klassifikationskonzept zu komplementären Pflegemethoden. Im Allgemeinen handelt es sich um bedürfnisgerechte, die Gesundheit sowie Selbstheilungskräfte fördernde Interventionen, die sich an einem Körper,

Geist und Seele umfassenden, von Respekt geprägten Menschenbild orientieren. (Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege, <https://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=487> , 06.08.2016, 20.51)

16. *Mitwirkung im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement,*

17. *Psychosoziale Betreuung in der Gesundheits- und Krankenpflege.*

### 2.3.1.2. Kompetenzen bei Notfällen

§ 14a. (1) „Die Kompetenz bei Notfällen umfasst:

#### 1. **Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen**

In Kombination mit Berufsbild § 12. (1) „Handlungsleitend sind dabei **ethische**, rechtliche,...Perspektiven und Grundsätze“, sowie der Kernkompetenz § 14. (2) 12. „**Ethisches**, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln“ kann/darf ein erwarteter Sterbeprozess oder Todesfall nicht als Notfall eingeschätzt werden. In Folge kann eine „entsprechende Maßnahme“ aus ethischen, rechtlichen, evidenz- und forschungsbasierten Gründen nur im Verzicht auf Reanimationsmaßnahmen bestehen.

Es wird selbstverständlich ein Fokus darauf zu legen sein, dass das Erkennen und Einschätzen von Notfällen entsprechend beherrscht wird. Im Idealfall kann im Vorhinein, z.B. durch nachweisliche Willensäußerungen des Patienten oder mit medizinischer Begründung dokumentiert werden, was als Notfall einzuschätzen ist, und welche Maßnahmen dann zu treffen sind.

Patienten, auch in palliativen Situationen, steht eine Verlängerung ihres Lebens durch lebensrettende Sofortmaßnahmen im Notfall oder auch nur im Zweifel, ob eine Situation als Notfall zu bewerten ist, zu.

Die Neuformulierung und offensichtliche Intention dieses Passus nimmt aber endlich die Verpflichtung vom DGKP, bei einem erwarteten Sterbeprozess und

erwartetem Versterben bis zum Eintreffen eines Arztes Sofortmaßnahmen wie Herzdruckmassage, Beatmung oder Defibrillation zu ergreifen.

### 2.3.1.3. Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie

§ 15. (2) ...haben ärztliche Anordnungen schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den gehobenen Dienst der GuKP (DGKP) zu dokumentieren.

(3) Die ärztliche Anordnung kann mündlich erfolgen, sofern

1. die Dringlichkeit ... dies erfordert oder diese (Tätigkeiten) bei unmittelbarer Anwesenheit des anordnenden Arztes vorgenommen werden und

2. die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit der Anordnung sichergestellt sind.

Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist nach Maßgabe des Gesundheitstelematikgesetzes 2012, BGBl. I Nr. 111/2012, zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich zu erfolgen.

Ärztliche Anordnungen haben in erster Linie schriftlich zu erfolgen, außer sie werden in unmittelbarer Anwesenheit des Arztes durchgeführt. Die Durchführung der übertragenen Tätigkeit hat der DGKP in jedem Fall zu dokumentieren.

Gerade für den ambulanten Bereich ist wesentlich, dass eine Anordnung bei entsprechender Dringlichkeit auch mündlich oder automationsunterstützt übertragen werden kann. Dabei ist zu beachten, dass die „eindeutige Identität“ des Senders, des Empfängers und des Patienten gewährleistet ist. Bei elektronischer Weitergabe sind aktuelle Standards der Netzwerksicherheit und des Datenschutzes, allenfalls durch Verschlüsselung der Daten im Rahmen eines IT – Sicherheitskonzeptes, einzuhalten und die entsprechenden Übertragungen zu speichern. (Vgl. Gesundheitstelematikgesetz 2012, BGBl. I Nr. 111/2012)

(4) „Kompetenzen umfassen insbesondere:

1. *Verabreichung von Arzneimitteln, einschließlich Zytostatika und Kontrastmitteln,*
2. *Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen und Infusionen,*
3. *Punktion und Blutentnahme aus den Kapillaren, dem periphervenösen Gefäßsystem, der Arterie Radialis und der Arterie Dorsalis Pedis sowie Blutentnahme aus dem zentralvenösen Gefäßsystem bei liegendem Gefäßzugang,*
4. *Legen und Wechsel periphervenöser Verweilkanülen, einschließlich Aufrechterhaltung deren Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls Entfernung derselben,*
5. *Wechsel der Dialyselösung im Rahmen der Peritonealdialyse,*
6. *Verabreichung von Vollblut und/oder Blutbestandteilen, einschließlich der patientennahen Blutgruppenüberprüfung mittels Bedside-Tests,*
7. *Setzen von transurethralen Kathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung bei beiden Geschlechtern sowie Restharnbestimmung mittels Einmalkatheter,*
8. *Messung der Restharnmenge mittels nichtinvasiver sonographischer Methoden einschließlich der Entscheidung zur und Durchführung der Einmalkatheterisierung,*
9. *Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge bei endoskopischen Eingriffen,*
10. *Assistentztätigkeiten bei der chirurgischen Wundversorgung,*
11. *Entfernen von Drainagen, Nähten und Wundverschlussklammern sowie Anlegen und Wechsel von Verbänden und Bandagen,*
12. *Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden,*
13. *Durchführung von Klistieren, Darmeinläufen und -spülungen,*
14. *Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma,*
15. *Wechsel von suprapubischen Kathetern und perkutanen gastraln Austauschsystemen,*
16. *Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen bei vorgegebener Einstellung des Bewegungsausmaßes,*
17. *Bedienung von zu- und ableitenden Systemen,*
18. *Durchführung des Monitorings mit medizin-technischen Überwachungsgeräten einschließlich Bedienung derselben,*
19. *Durchführung standardisierter diagnostischer Programme,*

*20. Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen (z.B. Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie), insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP),*

Es ist zu beachten, dass Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie hier als Beispiele für den Komplexitätsgrad angeführt werden. Im Bedarfsfall kann Therapie daher symptom- und kontextentsprechend flexibel angepasst werden.

*21. Anleitung und Unterweisung von Patienten sowie Personen, denen gemäß § 50a. oder § 50b. ÄrzteG 1998 einzelne ärztliche Tätigkeiten übertragen wurden, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung.“*

Diese Anleitung und Unterweisung betreffen Laien, also An- und Zugehörige sowie Persönliche Assistenten und Personenbetreuer außerhalb von Institutionen.

Im Palliativbereich kann die Unterweisung und Einschulung von Personenbetreuern über die in ÄrzteG § 50b. genannten Tätigkeiten unter bestimmten Voraussetzungen auch hinausgehen. Kurzgefasst muss die Übernahme der entsprechenden Tätigkeit durch einen Personenbetreuer dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entsprechen, der Personenbetreuer muss die entsprechenden Fähigkeiten aufweisen, ausdrücklich auf die Möglichkeit der Ablehnung der Tätigkeit hingewiesen werden, die Durchführung der Tätigkeit dokumentieren und die Dokumentation Mitarbeitern von Gesundheitsberufen zugänglich machen, sowie dem Anordnenden sämtliche Informationen, die für die Anordnung von Bedeutung sein können, unverzüglich mitteilen. (Vgl. Kössler, H. 2009, Konsequenzen aus dem GesBRÄG 2007 (BGBl. Nr. 57/2008) für Mitarbeiter Mobiler Palliativteams).

(5) Die Weiterdelegation von ärztlichen Anordnungen an

1. *Angehörige eines Pflegeassistentenberufs, der Desinfektionsassistenten, der Ordinationsassistenten und der Operationsassistenten und*
  2. *in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen*
- kann dann stattfinden, wenn der Tätigkeitsbereich der jeweiligen Berufsgruppe diese Tätigkeit umfasst und der entsprechende Aufsichtsgrad gegeben ist.

(6) Die Weiterdelegation von ärztlichen Anordnungen an § 3b (Personenbetreuer) und § 3c (persönliche Assistenten) kann im Einzelfall erfolgen und umfasst in erster Linie

1. *Verabreichung von Arzneimitteln*
2. *Anlegen von Bandagen und Verbänden*
3. *Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,*
4. *Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifen,*
5. *einfache Licht- und Wärmeanwendungen.*

Für den Palliativbereich wesentliche Bedeutung hat die Möglichkeit, subkutane Therapien (z.B. Schmerztherapie) an Personenbetreuer zu übertragen. Laut ÄrzteG § 50b. (2) 6. können „*weitere einzelne ärztliche Tätigkeiten, sofern diese einen zu den in den Z 1 bis 5 genannten Tätigkeiten vergleichbaren Schwierigkeitsgrad sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweisen*“ an Personenbetreuer delegiert werden, die Einschulung und Unterweisung kann durch DGKP stattfinden. (Vgl. Kössler, H. 2009, Konsequenzen aus dem GesBRÄG 2007 (BGBl. Nr. 57/2008) für Mitarbeiter Mobiler Palliativteams).

(7) DGKP sind „*berechtigt nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung an Personen gemäß § 50a ÄrzteG 1998 einzelne ärztliche Tätigkeiten weiter zu übertragen und die erforderliche Anleitung und Unterweisung zu erteilen. Sie haben sich zu vergewissern, dass diese über die erforderlichen Fähigkeiten zur Durchführung der*

*Tätigkeiten verfügen, und auf die Möglichkeit der Ablehnung der Übertragung der entsprechenden ärztlichen Tätigkeiten gesondert hinzuweisen.“*

Hierbei handelt es sich um Angehörige des Patienten, um Personen, in deren Obhut der Patient steht, oder um Personen, die zum Patienten in einem örtlichen und persönlichen Nahverhältnis stehen – dies gilt nur außerhalb von Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

#### 2.3.1.4. Weiterverordnung von Medizinprodukten

*§ 15a. (1) „Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung vom Arzt verordnete Medizinprodukte in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Inkontinenzversorgung, Mobilisations- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien, prophylaktische Hilfsmittel und Messgeräte sowie im Bereich des Ileo-, Jejun-, Colon- und Uro-Stomas solange weiterzuverordnen, bis die sich ändernde Patientensituation die Einstellung der Weiterverordnung oder die Rückmeldung an den Arzt erforderlich machen oder der Arzt die Anordnung ändert. Bei Ablehnung oder Einstellung der Weiterverordnung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist dies dem anordnenden Arzt mitzuteilen.*

*(2) Eine **Abänderung** von ärztlich verordneten Medizinprodukten durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist **nicht zulässig**.“*

Nach Sozialversicherungsgesetz § 350. (1a) dürfen vom DGKP verordnete Heilbehelfe von Apotheken und Hausapotheken führenden Ärzten nur dann für Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegeben werden, wenn der DGKP „im Rahmen einer Tätigkeit für eine Vertragseinrichtung des leistungszuständigen Krankenversicherungsträgers oder für eine/einen den Heilbehelf verordnende/n Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Vertragsgruppenpraxis weiterverordnet“ und der Patient sich nicht in einer Anstaltspflege befindet.

Mit diesem Passus werden die Möglichkeiten zur Weiterverordnung massiv eingeschränkt. Erscheint durch die Novelle des GuKG noch möglich, dass die betreuende diplomierte Hauskrankenpflege die angeführten Produkte weiterverordnet, wird dies im Sozialversicherungsgesetz auf DGKP eingeschränkt, die für Vertragseinrichtungen, Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen tätig sind. (Auf welche Weise die Apotheke oder die Hausapothekenführende Arztpraxis diese Berechtigung feststellen kann, wer im Falle einer fälschlichen Abgabe zur Verrechnung an den Krankenversicherungsträger die Kosten übernimmt (Apotheke oder Patient), und wie die entsprechenden Kontrollen stattfinden werden, wird interessant zu beobachten sein.

In Ausnahmefällen kann es sinnvoll sein, dass Palliativpflegepersonal Heilbehelfe verordnet (z.B. Verbandsmaterial). Für den mobilen Palliativbereich wird zu klären sein, ob definierte Palliativteams den Status eines Vertragsarztes oder einer Vertragsgruppenpraxis erhalten, da sonst die Gefahr besteht, dass der Krankenversicherungsträger die Kosten einer Verordnung nicht übernimmt.

#### 2.3.1.5. Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam

**§ 16.** Bisher umfasst dieser Passus Kompetenzen, die bisher im „interdisziplinären Tätigkeitsbereich“ beschrieben waren. Nun sind sie ergänzt bzw. besonders herausgehoben unter (3):

4. *der interprofessionellen Vernetzung,*
5. *dem Informationstransfer und Wissensmanagement,*
6. *der Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses einschließlich der Sicherstellung der Behandlungskontinuität*

## 2.3.2. Tätigkeitsbereiche Pflegeassistentenberufe

Die Tätigkeitsbereiche der Pflegeassistentenberufe stimmen teilweise überein. Bereiche, die unterschiedlich zu handhaben sind, werden in den nächsten Unterkapiteln eigens behandelt.

### 2.3.2.1. Tätigkeitsbereiche Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten

Prinzipieller Unterschied zwischen PA und PFA ist das Ausmaß der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung. Beide Pflegeassistentenberufe arbeiten ausschließlich auf Anordnung/Übertragung bzw. Weiterübertragung (Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie) durch DGKP oder Arzt. Im extramuralen Bereich kann die Anordnung auch per Telefax oder automationsgestützt stattfinden, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. (siehe Übertragung ärztlicher Anordnungen an DGKP, 2.3.1.3.)

**PA** wird ausschließlich unter „Anordnung und Aufsicht“ tätig, wobei die Aufsicht im extramuralen Bereich in Form „begleitender, in regelmäßigen Intervallen auszuübender Kontrollen“ durchgeführt werden kann.

Da die **PFA** eigenverantwortlich tätig wird, entfallen hier Aufsicht und Kontrolle durch DGKP oder Ärzte. Nur im Falle der Weiterdelegation von Tätigkeiten im Rahmen von Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie kommt DGKPs die Verpflichtung zur Aufsicht, im extramuralen Bereich wiederum in Form begleitender, in regelmäßigen Intervallen auszuübender Kontrollen, zum Tragen.

**§ 83. Pflegemaßnahmen (2):** 1. Mitwirkung beim Pflegeassessment,  
2. Beobachtung des Gesundheitszustands,

3. *Durchführung der ihnen entsprechend ihrem Qualifikationsprofil von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen,*
4. *Information, Kommunikation und Begleitung.*
5. *Mitwirkung an der praktischen Ausbildung in der Pflegeassistenz*

**Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie (PA/PFA) (4):**

1. *Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln,*
2. *Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,*
3. *standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests),*
4. *Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern, Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren,*
6. *Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen,*
7. *Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,*
8. *Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen,*
9. *Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen) sowie*
10. *einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendungen.*

**Notfälle (PA/PFA) (3):** „1. *Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und*

Wie in 2.3.1.2. für DGKP ausgeführt, stellt dieser Passus gerade in palliativen Situationen sowohl Chance, als auch eine Gefahr dar. Hier werden im

Rahmen von Aus- und Fortbildungen entsprechende Fähigkeiten laufend geschult, reflektiert und qualitätsgesichert werden müssen.

2. eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht, insbesondere

a) Herzdruckmassage und Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen,

b) Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie

c) Verabreichung von Sauerstoff;

die Verständigung eines Arztes ist unverzüglich zu veranlassen.

### 2.3.2.2. Tätigkeitsbereiche Pflegeassistenz

§ 83. Tätigkeiten der PA finden auf „**Anordnung und unter Aufsicht**“ von DGKPs oder Ärzten statt - im extramuralen Bereich auf schriftliche oder automationsgestützte Anordnung.

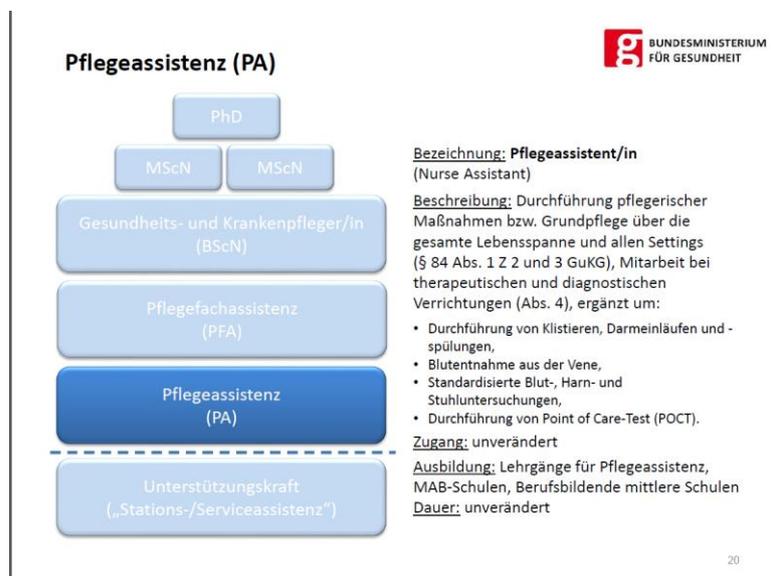


Abb. 4

(Resetarics, P.: GuKG Novelle 2016; Lange Nacht der Pflege, Graz;

[https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/lv\\_steiermark/2016/LNP\\_2016/Resetarics\\_GuKG\\_Novelle\\_-\\_Was\\_ist\\_neu.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/2016/LNP_2016/Resetarics_GuKG_Novelle_-_Was_ist_neu.pdf) 18.07.2016, 21:48)

§ 15. (5) Einzelne ärztliche Tätigkeiten (aus dem Bereich Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie), die vom Tätigkeitsbereich des PA umfasst sind, können durch DGKPs schriftlich weiterdelegiert werden, sofern die Aufsicht über deren Durchführung gewahrt wird.

Die **Aufsicht** kann dann in Form einer begleitenden in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle erfolgen - § 83. (5) wenn: „die Anordnung schriftlich erfolgt, Dokumentation gewährleistet ist und es die Möglichkeit einer Rückfrage“ bei DGKP oder Arzt gegeben ist.

**Kontrollintervalle** werden nach qualitätssichernden Notwendigkeiten durch DGKP oder Arzt schriftlich festgelegt.

### 2.3.2.3. Tätigkeitsbereiche Pflegefachassistenz

#### NEU: Pflegefachassistenz (PFA)



#### Bezeichnung: Pflegefachassistent/in

Eigenverantwortliche Durchführung von Tätigkeiten gem. § 14 und § 15 GuKG auf Anordnung, ohne Aufsicht.

1. Durchführung von standardisierten diagnostischen Programmen,
2. Legen und Entfernen nasogastraler Sonden,
3. Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern,
4. Ab-/Anschluss von Infusionen bei liegendem PVK,
5. Anlegen von Mieder, Orthesen und elekt. Bewegungsschienen.

**Zugang:** PA, berufliche Erstausbildung

**Ausbildung:** Lehrgänge für Pflegeassistent, GUK-Schulen, MAB-Schulen, Berufsbildende mittlere Schulen

**Dauer:** 2 Jahre (3200 Stunden)

21

Abb. 5

(Resetarics, P.: GuKG Novelle 2016; Lange Nacht der Pflege, Graz;

[https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/lv\\_steiermark/2016/LNP\\_2016/Resetarics\\_GuKG\\_Novelle\\_-\\_Was\\_ist\\_neu.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/2016/LNP_2016/Resetarics_GuKG_Novelle_-_Was_ist_neu.pdf) 18.07.2016, 21:48)

Zusätzlich zu den oben für beide Pflegeassistentenberufe angeführten Tätigkeiten aus dem Bereich der Mithilfe bei Diagnostik und Therapie, fallen der PFA folgende Aufgaben zu:

- § 83a. (2): 1. Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie EKG, EEG, BIA, Lungenfunktionstest,
2. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden,
3. Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei der Frau, ausgenommen bei Kindern,
4. Ab- und Anschluss von laufenden Infusionen, ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem periphervenösen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben,
5. Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung.

Die Tätigkeitsbereiche umfassen die „**eigenverantwortliche Durchführung**“ der ihnen von DGKP oder Ärzten aufgetragenen Tätigkeiten, sowie die „*Anleitung und Unterweisung Auszubildender der Pflegeassistentenberufe.*“ Dies bedeutet, dass hier die verpflichtende Aufsicht und Kontrolle, die beim PA gegeben ist, wegfällt.

Nur im Falle der schriftlichen Übertragung einzelner ärztlicher Tätigkeiten § 15. (5), die vom Tätigkeitsbereich des PFA umfasst sind, hat eine **Aufsicht** in Form einer begleitenden in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle zu erfolgen, vgl. § 83. (5)wenn: die Anordnung schriftlich erfolgt, Dokumentation gewährleistet ist und die Möglichkeit einer Rückfrage bei DGKP oder Arzt gegeben ist).

### 3. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Änderungen durch die GuKG Novelle 2016 bedingen eine weitreichende, systematisch abgestufte Neuregelung und Anpassung des gesamten Bildungsbereiches der GuKP – Berufe.

In der Folge wird in erster Linie auf Konsequenzen für die Neuordnung des Palliativbildungssystems eingegangen.

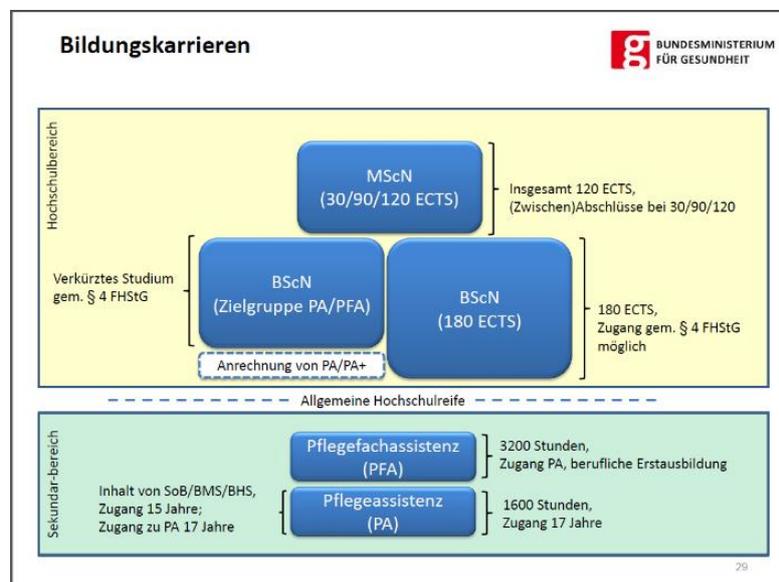


Abb. 6

(Resetarics, P.: GuKG Novelle 2016; Lange Nacht der Pflege, Graz;

[https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/lv\\_steiermark/2016/LNP\\_2016/Resetarics\\_GuKG\\_Novelle\\_-\\_Was\\_ist\\_neu.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/2016/LNP_2016/Resetarics_GuKG_Novelle_-_Was_ist_neu.pdf) 18.07.2016, 21:48)

#### 3.1. Ausbildungen

Entsprechend den Änderungen der Novelle, sowohl die Berufsbilder und Kompetenzen/Tätigkeitsbereiche als auch den neu geschaffenen Beruf des PFA betreffend, sind weitreichende Anpassungen in den Bildungsinstitutionen durchzuführen.

### 3.1.1. Pflegeassistentenz

Wie in Abb. 6 übersichtsweise dargestellt, bleibt die PA (bisher Pflegehelfer) eine berufliche Sekundärausbildung für Personen ab 17 Jahren. Bisherige Anbieter von Pflegehilfeausbildungen behalten ihre Genehmigungen. Absolventen erhalten bei Abschluss die Berufsbezeichnung „Pflegeassistent/in“.

Aufgrund der Schulungszeit, die für die Erweiterung der Tätigkeitsbereiche notwendig wird, wurde nach neuester Erkenntnis (Stand April 2017) Palliativpflege aus den PA - Curricula gestrichen.

### 3.1.2. Pflegefachassistentenz

Die PFA wird als berufliche, zweijährige Erstausbildung, die ab dem 15. Lebensjahr begonnen werden kann, angelegt. PA, die zwei Jahre in Vollzeit (oder entsprechend länger in Teilzeit) beruflich tätig waren, können eine verkürzte, einjährige Ausbildung zum „Pflegefachassistent/in“ absolvieren.

Es wird die Aufgabe der Fachgesellschaften für Palliative Care (OPG) und Hospiz (Dachverband Hospiz Österreich/Landesverbände Hospiz) sein, eine Bewusstseinsentwicklung bei den Ländern, bei der Genehmigung/Bewilligung der Curricula und Ausbildungsinhalte für PFA, zu erreichen: Palliativpflege muss in ausreichendem Stundenmaß eingefordert werden und entsprechend der bisherigen Ausbildung zur DGKP mindestens 60 Unterrichtseinheiten umfassen.

Nach § 95. (3) 2. Müssen die für die theoretische und praktische Ausbildung erforderlichen Lehr- und Fachkräfte *„hiez zu fachlich und pädagogisch geeignet“* sein und *„über die notwendige Berufserfahrung verfügen.“*

Es ist zu hoffen, dass in einem Bereich wie der Palliative Care, der sich so stark in Entwicklung befindet, Palliativexperten mit aktueller Berufserfahrung in den Unterricht einbezogen werden.

### 3.1.3. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege findet spätestens ab 01.01.2024 ausschließlich an Fachhochschulen statt. Für PA/PFA mit Hochschulreife soll ein verkürztes Studium angeboten werden.

Abgeschlossen wird mit einem BScN (Bachelor of Science in Nursing), als Berufsbezeichnung dient „diplomierter/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ und die Ausbildung gilt als „gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“.

## 3.2. Fortbildungen

Wie in 2.2.1.2. dargelegt, stellt sich die Frage, ob entsprechende palliative Basiskompetenzen in der Ausbildung neu wegen der Reduktion des Unterrichts in Palliativpflege auf Null (PA) bis weniger als ein Drittel (60 Unterrichtseinheiten bei DGKP auf ein ECTS/16 Unterrichtseinheiten bei BScN) in ausreichendem Maße entwickelt werden können.

DGKP haben verpflichtend Fortbildungen in der Dauer von mindestens 60 Stunden innerhalb von fünf Jahren zu besuchen (§ 63. (1)), PA/PFA im Ausmaß von 40 Stunden. Es steht zu hoffen, dass diese Fortbildungen auch, in bestimmten Bereichen (z.B. Pflegeheimen, Hauskrankenpflege, stationäre Facheinrichtungen mit einem hohen Anteil an unheilbaren, progressiven Krankheitsbildern,...) aber vornehmlich, für den Erwerb palliativen Basiswissens genutzt werden.

Postgraduale Fortbildungen für DGKP und PFA nach Empfehlungen der European Association for Palliative Care (EACP), Level A. bieten ein Basistraining, dessen Zielgruppe die Grundversorgung darstellt (vgl. EAPC, 2004, S 9; EAPC, 2009, S. 9 -

13). Ein den Ansprüchen der EACP entsprechendes Curriculum wurde 2014 für Österreich entwickelt, durchgeführt und positiv evaluiert. (Basisqualifikationen in Palliative Care. Fortbildungscurriculum für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege entsprechend den Empfehlungen der EACP, Palliative Education Level A. Kössler, 2014)

Eine Herausforderung wird die Erweiterung der Kompetenzen/Tätigkeitsbereiche für DGKP und Pflegehelfer, die nach bisherigen Curricula ausgebildet wurden, darstellen. Die Verantwortung für entsprechende Aufschulungen zu sorgen liegt einerseits bei den Pflegepersonen und deren Arbeitgebern, andererseits bei den Bildungsstätten durch ein entsprechendes Angebot an qualitativvollen Fortbildungen.

### 3.3. Spezialisierung Hospiz- und Palliativversorgung

Es hebt den Stellenwert von Palliative Care, dass DGKP, die in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung arbeiten, innerhalb von fünf Jahren eine Spezialisierung durchlaufen müssen.



Abb. 7

(Resetarics, P.: GuKG Novelle 2016; Lange Nacht der Pflege, Graz;  
[https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/lv\\_steiermark/2016/LNP\\_2016/Resetarics\\_GuKG\\_Novelle\\_-\\_Was\\_ist\\_neu.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/2016/LNP_2016/Resetarics_GuKG_Novelle_-_Was_ist_neu.pdf) 18.07.2016, 21:48)

Weiters hervorzuheben und zu begrüßen ist, dass eine Spezialisierung zu einer Befugnisenerweiterung führen kann. Aus der Alltagspraxis sinnvoll könnten beispielsweise neben erweiterten Befugnissen bei der Anpassung medikamentöser Therapien im Rahmen von SOPs, auch die Befugnis zu Erstverordnungen, insbesondere in der palliativen Wundversorgung, angeregt werden. Aus Sicht der Autorin, die ein Mobiles Palliativteam in Niederösterreich leitet, könnte die Befugnis zur Feststellung des Todes durch DGKP mit Spezialisierung in Hospiz- und Palliativpflege einerseits Verstorbene und Hinterbliebene vor unethischen Reanimationsversuchen bewahren. Andererseits würde das Einsparen sinnloser und ethisch fragwürdiger Notfarzteinsätze zu Ressourcen- und Kostenersparnis führen.

2016 wurde in die GuKG Novelle betreffend § 22b. Hospiz- und Palliativversorgung irrtümlich eine Passage einer anderen Spezialisierung eingefügt. Eine entsprechende Korrektur durch Zusammenführung der entsprechenden Passagen des Entwurfes vom 14.06.16 und der vorläufigen Fassung vom 31.07.16 wird lt. BMG (nach schriftlicher Intervention durch Kössler, OPG, telefonische Information vom 10.11.2016) angestrebt und wurde nach neuerlichen Umformulierungen unter Mitwirkung der OPG (siehe Anhang) am 30.03.2017 wie folgt beschlossen (diesmal leider mit grammatikalischen Fragwürdigkeiten versehen – Korrektur des Originaltextes in Grau).

**§ 22b.** *Die Hospiz- und Palliativversorgung beinhaltet die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren und damit lebensbedrohlichen Erkrankung sowie die Betreuung von deren Angehörigen und sonstigen nahestehenden Personen vor dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses von Krankheit unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und Berücksichtigung des Patientenwillens, die das Ziel haben, die Lebensqualität zu verbessern, insbesondere durch*

*1. Identifikation des Bedarfs an Hospizversorgung und spezialisierter Palliativpflege,*

- 2. vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase (advance care planning),*
- 3. Erfassung und Beurteilung von Intensität und Verlauf der Symptome,*
- 4. Mitwirkung beim Einsatz medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapien zur Symptomlinderung im gesamten Krankheitsverlauf einschließlich kontinuierlicher Evaluierung deren Wirkung,*
- 5. Beratung und/oder Schulung der Palliativpatienten und -patientinnen sowie deren Angehöriger und sonstiger nahestehender Personen im Umgang mit den Symptomen,*
- 6. kontinuierliche und enge Zusammenarbeit und Kommunikation mit verschiedenen Professionen, Disziplinen sowie Einrichtungen,*
- 7. Mitwirkung in der umfassenden multiprofessionellen Versorgungsplanung und Unterstützung im Zugang zu externen Ressourcen,*
- 8. Beistand in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied, Sterben und Tod.*

Die Erläuterungen zur Nationalratsvorlage (siehe Anhang: 1518 der Beilagen XXV. GP - Regierungsvorlage – Erläuterungen) stellen klar, „*dass die Ausbildung und Ausübung der neuen Spezialisierungen – Wundmanagement und Stomaversorgung (§ 22a), Hospiz- und Palliativversorgung (§ 22b) und Psychogeriatrische Pflege (§ 22c) erst nach Erlassung von Durchführungsbestimmungen einschließlich Festlegung von Qualifikationsprofilen möglich sein werden.*“

### **3.3.1. Derzeitige Weiterbildung in Hospiz- und Palliativversorgung**

Derzeit besteht das sehr bewährte Bildungsangebot für DGKP in PC aus drei Stufen mit jeweils eigenem Schwerpunkt und Abschluss (siehe Abb. 8).

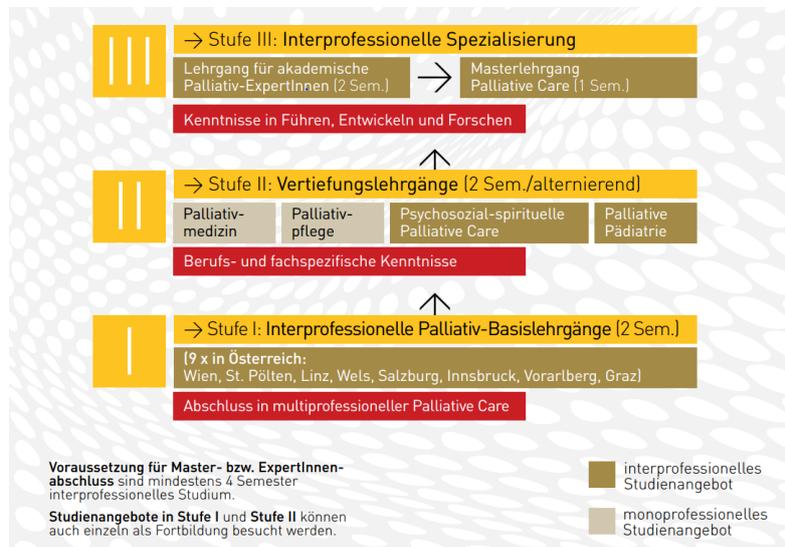


Abb. 8

[http://www.hospiz.at/PMU/pdf\\_dl/ULG-Pall.Care-Folder-FINAL-Maerz2015.pdf](http://www.hospiz.at/PMU/pdf_dl/ULG-Pall.Care-Folder-FINAL-Maerz2015.pdf)

### 3.3.2. Spezialisierung in Hospiz- und Palliativversorgung

Die Erläuterungen zur Nationalratsvorlage zur Korrektur des § 22 b. (siehe Anhang: 1518 der Beilagen XXV. GP - Regierungsvorlage – Erläuterungen) stellen klar, „dass die Ausbildung und Ausübung der neuen Spezialisierungen – Wundmanagement und Stomaversorgung (§ 22a), Hospiz- und Palliativversorgung (§ 22b) und Psychogeriatrische Pflege (§ 22c) erst nach Erlassung von Durchführungsbestimmungen einschließlich Festlegung von Qualifikationsprofilen möglich sein werden.“

Dies bedingt als ersten Schritt eine Erstellung von Qualifikationsprofilen/Kompetenzen durch Experten aus dem Palliativbereich. Eine Abstufung nach Berufsbild (PA, PFA, DGKP), Arbeitskontext (selten bis regelmäßige Betreuung von Palliativpatienten) und Spezialisierungsgrad (Grundversorgung, spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung). Der Zeitpunkt für einen Nationalen Qualifikationsrahmens für Palliativpflege, besser Palliative Care, scheint gekommen.

Um die Chancen der Gesetzesnovelle weitgehend zu nützen und den Gefahren zuvorzukommen, sollten außerdem verpflichtende Personalschlüssel (bzw. Qualifikationsabstufungen) für die unterschiedlichen, spezialisierten Versorgungskontexte (Palliativstation, stationäres Hospiz, Tageshospiz, Palliativkonsiliardienst, Mobiles Palliativteam) festgelegt werden.

Die bestehenden Weiterbildungscurricula in der Palliative Care (Interprofessioneller Basislehrgang, Monoprofessioneller Vertiefungslehrgang, Akademischer Palliativexperte und Master of Science, palliative Care) lassen sich voraussichtlich dem gesetzlichen Rahmen für postgraduale Weiterbildung und Spezialisierung anpassen:

*§70a. (1) Spezialisierungen umfassen insgesamt mindestens 90 ECTS theoretische und praktische Ausbildung. Sie können als in sich geschlossene Studiengänge oder gestuft in Lehrgängen mit Einzelabschlüssen (Niveau 1 und 2) angeboten werden.*

*(2) Das Niveau 1 (ohne Befugnisweiterung) umfasst die medizinische, pflegerische und wissenschaftliche Vertiefung in den entsprechenden Fachbereichen im Umfang von mindestens 30 ECTS.*

*(3) Das Niveau 2 (mit Befugnisweiterung) setzt das Niveau 1 voraus und umfasst die medizinische, pflegerische und wissenschaftliche Erweiterung in den entsprechenden Fachbereichen im Umfang von mindestens 60 ECTS.*

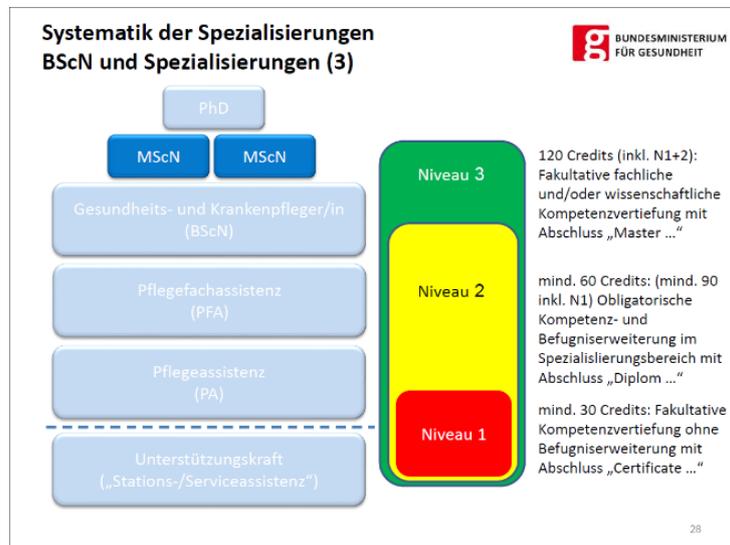


Abb. 9

(Resetarics, P.: GuKG Novelle 2016; Lange Nacht der Pflege, Graz;

[https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/lv\\_steiermark/2016/LNP\\_2016/Resetarics\\_GuKG\\_Novelle\\_-\\_Was\\_ist\\_neu.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/2016/LNP_2016/Resetarics_GuKG_Novelle_-_Was_ist_neu.pdf) 18.07.2016, 21:48)

Eine Anpassung an das neue Ausbildungssystem unter Einbezug der geänderten Grundausbildung (geringere Basiskenntnisse in PC) und durch die Erlangung erweiterter Kompetenzen und Befugnisse durch die Spezialisierung bietet sich in folgender Form an:

1. Die bisherige Stufe 1 (Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care) wird um einen Lehrgangsblock ergänzt und auf 30 ECTS erweitert. Die Schwerpunktsetzung des zusätzlichen Lehrgangsblocks vermittelt einerseits die Kenntnisse und Haltungen, die im Rahmen der Grundausbildung eingespart werden. Andererseits können die etwas unterschiedlichen Inhalte und Erfahrungen der derzeitigen Anbieter ausgeglichen werden, sodass österreichweit ein gleiches Niveau in allen Bereichen und bei allen Anbietern gegeben ist.

2. Die bisherige Stufe 2 (Vertiefungslehrgang Palliativpflege) wird auf insgesamt 60 ECTS erweitert. Diese setzen sich aus 30 ECTS des berufsspezifischen monoprofessionellen Vertiefungslehrgangs und 30 ECTS aus komplementären Pflegemethoden zusammen. Stufe 1 und 2 gemeinsam ergeben 90 ECTS, Spezialisierung in Hospiz- und Palliativpflege
3. In der Folge kann der Mastergrad durch weitere 30 ECTS (insgesamt 120 ECTS) erreicht werden – dadurch wird den zukünftigen DGKP/Bachelorabsolventen (180 ECTS) durch ein Erreichen der Gesamtsumme von 300 ECTS ein Weiterführen ihrer Studien zum PhD ermöglicht.

Eine breite interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammensetzung von Palliativteams erhöht für die betroffenen Patienten und deren An- und Zugehörige die Chance auf höchstmögliche Lebensqualität.

Palliativexperten mit unterschiedlichen Abschlüssen in komplementären Pflegemethoden stellen eine große Bereicherung für den Palliativbereich dar.

Das bestehende Angebot an Weiterbildungen für komplementäre Pflegemethoden ebenso wie Bereiche aus der Psychoonkologie, –therapie und verwandter Fachbereiche sollten durch ein Gremium von Palliativ- und Hospizexperten aller Versorgungskontexte daraufhin untersucht werden, welche Fachgebiete und Anbieter mit welcher Anzahl an ECTS für den Vertiefungslehrgang anerkannt und bewertet werden.

So kann einerseits fundiertes Expertentum, andererseits ein breites, vielfältiges Wissensspektrum der Palliativpflegepersonen erreicht werden.

Für die Planung des gemeinsamen Vertiefungslehrgangs erscheint es sinnvoll, das/ein Gremium mit je einem Experten aus den unterschiedlichen palliativen Versorgungskontexten zu bilden. Dieses Gremium legt fest, welche erweiterten Kompetenzen und Befugnisse im Rahmen des Spezialisierungslehrgangs zu erwerben sind.

### 3.3.3. Übergangsregelungen

Sobald feststeht, welche erweiterte Kompetenzen und Befugnisse im Rahmen der Spezialisierung erworben werden müssen, werden Weiterbildungen, die gezielt den Erwerb dieser Kompetenzen vermitteln, für schon mehr als fünf Jahre im Palliativ- und Hospizbereich tätige DGKP entwickelt und angeboten. Diese Weiterbildungen werden nach ECTS bewertet.

Sämtliche absolvierte Fort- und Weiterbildungen dieser DGKP werden unter palliativen Aspekten überprüft und ebenfalls mit ECTS versehen. Fehlende ECTS können mittels Fort- und Weiterbildungen im komplementären Bereich (siehe oben) erworben werden.

So müsste langfristig eine Angleichung in Wissen und Befugnissen der nach altem und neuem GuKG ausgebildeten Pflegepersonen im Palliativ- und Hospizbereich stattfinden.

## 4. Literatur

### Gesetze

- Ärztegesetz 1998, RIS § 50a.:  
<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40049278>  
§ 50b.:  
<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40097464> , 18.07.2016, 22.09
- Gesundheitstelematikgesetz 2012, BGBl. I Nr. 111/2012  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120> , 07.08.2016, 23.09
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997, BGBl. Nr. 108/1997
- GuK Weiterbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 453/2006 und BGBl. II Nr. 359/2010;  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005140>, 06.08.2016, 20:17
- Regierungsvorlage: Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifeprüfungsgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden (GuKG-Novelle 2016); 1194 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV.GP; <http://www.parlament.gv.at>  
18.06.2016, 21:45
- Vorblatt zur Regierungsvorlage; 1194 der Beilagen XXV.GP – Regierungsvorlage – Vorblatt und WFA; <http://www.parlament.gv.at>  
18.06.2016, 21:45

- Textgegenüberstellung; 1194 der Beilagen XXV.GP – Regierungsvorlage  
– Textgegenüberstellung; <http://www.parlament.gv.at> 18.06.2016, 21:46

## Literatur

- EAPC (European Association for Palliative Care) Task Force on Palliative Nurse Education: Report. A Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe. Report of the EAPC Task Force, European Association for Palliative Care (EAPC), Milano, 2004. ISBN 978-88-902961-0-9.
- EAPC (European Association for Palliative Care) Task Force on Medical Education: Report. The Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine. European Association for Palliative Care (EAPC). Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, 2009. ISBN: 978–88–902961–7–8.
- KÖSSLER, H.: Konsequenzen aus dem GesBRÄG 2007 (BGBl. Nr. 57/2008) für Mitarbeiter Mobiler Palliativteams. Masterarbeit zur Erlangung des MSc (palliative care) an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg, 2014
- RADBRUCH, L. et al.: Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weißbuch zur Empfehlung der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EACP). Zeitschrift für Palliativmedizin 2011:12; S 216 – 227. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2011.
- RESETARICS, P.: GuKG Novelle 2016; Lange Nacht der Pflege, Graz; [https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/lv\\_steiermark/2016/LNP\\_2016/Resetarics\\_GuKG\\_Novelle\\_-\\_Was\\_ist\\_neu.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/2016/LNP_2016/Resetarics_GuKG_Novelle_-_Was_ist_neu.pdf) 18.07.2016, 21:48
- ZQP: (Zentrum für Qualität in der Pflege): Komplementäre Pflege: <https://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=487> , 06.08.2016, 20:51

## 5. Anhang

### Anhang 1a

KÖSSLER, H. & FUCHS, C.: Stellungnahme GuKG Novelle 2015, OPG;  
03.09.2015

Sehr geehrte Fr. Bundesministerin!

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Arbeitsfassung zur Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes liegt der Österreichischen Palliativgesellschaft vor.

Wir erlauben uns eine Stellungnahme:

Unsere Stellungnahme bezieht sich auf die erwarteten bzw. befürchteten Auswirkungen der Gesetzesnovelle auf die besonderen Erfordernisse der Hospiz- und Palliativversorgung - sowohl im stationären als auch im mobilen Bereich.

Primär ist hervorzuheben, dass die Überführung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in die akademische Berufsausbildung zu begrüßen ist. Auch eine verpflichtende Ausbildung im tertiären Ausbildungssektor für Lehr- und Führungsaufgaben wird positiv gesehen.

Das stete Ansteigen einer hohen Anzahl an Spezialisierungen im Beruf und der Anstieg an komplexen Betreuungsfällen erfordern eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Herangehensweise, welche eine fundierte hochwertige Ausbildung, effiziente Praxis, anteiliges Forschungswissen und enorme Lösungskompetenz zur Grundlage haben müssen. Die Neudefinition von Kompetenzbereichen in der Pflege und in der sozialen Interaktion in der Gesellschaft kann hier nur unterstrichen werden.

**Im Sinne der Versorgungsqualität Schwerstkranker und Sterbender sowie der Begleitung deren Angehöriger regen wir folgende dringende Ergänzungen und/oder Änderungen an:**

#### **Abschnitt 2. Berufsbild und Kompetenzbereich**

*Ad §12. (2) ... palliative Kompetenzen ...* So erfreulich es ist, dass „palliative Kompetenzen“ für die Grundausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eigens erwähnt werden,

wird mit Nachdruck auf die Tatsache hingewiesen, dass das Ausmaß der Unterrichtseinheiten (UI) auf knapp 27% gesunken ist. (Curriculum DGKP: 60 UI, Curriculum Fachhochschul Bachelor: 1 SWS = 15 – 16 UI).

Insbesondere in Zusammenhang mit § 14. (2) 9. *Delegation, Subdelegation und Aufsicht entsprechend dem Komplexitäts- Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation*

sowie 12. *Ethisches, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln...* muss angenommen werden, dass die ohnehin nur marginale palliative Grundversorgung aus folgenden Gründen qualitativ abnimmt:

- Meist hoher Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der palliativen Pflegesituation
- Reduktion palliativer Inhalte – somit palliativen Wissens/Haltung in der Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auf knapp 27%
- Delegation und Subdelegation von Tätigkeiten an Pflegefachassistenten, deren Gesamtausbildungszeit gegenüber den bisherigen DGKP um ein Drittel verkürzt wurde
- Einschätzung und Bewältigung komplexer Situationen auch in der Angehörigenbegleitung schwerstkranker und sterbender Menschen über mehrere Informations- und Vermittlungsstufen erhöht die Gefahr wenig ethischen, evidenz- oder forschungsbasierten Handelns
- Verschärfung dieser Wissens-, Delegations- und Schnittstellenproblematik im mobilen Bereich

Gefordert wäre ein **bundesweit verpflichtendes Mindestausbildungsausmaß** in Abstimmung mit den entsprechenden Fachgesellschaften (Österreichische Palliativgesellschaft, Dachverband Hospiz Österreich), sowie laufende Fort- und/oder Weiterbildungsmaßnahmen um stabiles, palliatives Basiswissen für die Grundversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu erreichen.

*Ad Spezialisierungen §17. (3) Der Bundesminister für Gesundheit kann entsprechend Erfordernissen in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Anhörung des Gesundheits- und Krankenpflegebeirats gemäß §65c und der Österreichischen Ärztekammer weitere Spezialisierungen einschließlich der Qualifikationsanforderungen durch Verordnung festlegen.*

Für eine Tätigkeit im **spezialisierten Hospiz- und Palliativbereich** müssen österreichweit verbindliche Qualifikationsanforderungen durch Einbeziehen der entsprechenden Fachgesellschaften (Österreichische Palliativgesellschaft, Dachverband Hospiz Österreich) in den Beirat per Verordnung festgelegt werden.

Diese Qualifikationsanforderungen müssen entsprechend der verminderten Ausbildungsinhalte in Bezug auf Palliative Care in der Grundausbildung (Pflegefachassistent, tertiärer Sektor) gegenüber den

derzeit erforderlichen Weiterbildungsanforderungen (Interdisziplinärer Basislehrgang Palliative Care) erweitert werden – eine Spezialisierung statt Weiterbildung wäre in Anbetracht der Verminderung der Ausbildungsinhalte überlegenswert. Diese müsste aber wiederum unter Einbindung der Fachverbände (Österreichische Palliativgesellschaft, Dachverband Hospiz Österreich) stattfinden. (Siehe auch Kommentar zu §§ 104 ff.)

## **Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege**

Inhaltliche Ergänzung und Kompetenzerweiterung:

Im Bereich der Mobilen Palliativbetreuung, aber auch der Geriatrie, der Alten- und

Pflegeheime ist die Begleitung im Sterbeprozess eine Kernaufgabe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP/BSc). Die Aufgabe der

Begleitung im Sterbeprozess beinhaltet beim erwarteten Sterben zu Hause und im Alten- und Pflegeheim auch die Feststellung des eingetretenen Todes anhand der sicheren Todeszeichen.

Die Novelle des GuKGs bietet die Chance sowohl im Gesetzestext als auch bei den Erläuterungen zum Gesetz Klarheit und weitgehende Rechtsicherheit zu schaffen. Unklarheiten in der derzeitigen Gesetzeslage führen regelmäßig zu Reanimationen durch Pflegepersonal und Einsätzen der Notfallmedizin - selbst dann, wenn dies aufgrund des bereits eingetretenen unumkehrbaren Sterbeprozesses oder des bereits eingetretenen Todes aus ethischer wie aus fachlicher Sicht als unangemessen zu bewerten ist.

## **Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz**

*Ad §83a. (1) – (3):* Insbesondere im mobilen Bereich sind trotz der Vorgaben zu schriftlicher bzw. automationsunterstützter Datenübertragung von Anordnungen an Pflegefachassistenten für den komplexen, sensiblen und instabilen Bereich der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie deren Angehöriger sehr kritisch zu sehen. Insbesondere in Zeiten struktureller Engpässe, in denen Personal für unterschiedliche Spezialbereiche ohne Spezialisierung und/oder Weiterbildung nach organisatorischen Bedürfnissen eingesetzt werden kann, ist ein massiver Qualitätsverlust in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie deren Angehöriger vorhersehbar. Im Hinblick auf die budgetären Entwicklungen sind kostengünstige, qualitativ minderwertige aber dauerhafte Zwischenlösungen zu befürchten.

Hier sollte eine grundlegende, verpflichtende Strukturqualität in der Zusammensetzung der Palliativteams (anteilig PFA und DGKP/BSc) bundesweit vorgegeben werden. In Anbetracht der speziellen Anforderungen der mobilen Palliativbetreuung muss davon ausgegangen werden, dass

Pflegefachassistenten aufgrund ihrer Ausbildung diesen Anforderungen nicht (gesetzeskonform) entsprechen können. Es wird daher erforderlich sein, im mobilen Palliativbereich ausschließlich DGKP/Bsc. mit Weiterbildung oder Spezialisierung in Palliative Care einzusetzen.

## **§ 104. ff: Lehr-, und Fachkräfte, Weiterbildungen**

*Ad § 104. 2. die fachlichen Voraussetzungen für die Leitung und Lehr- und*

*Fachkräfte von Schulen für Pflegeassistentenberufe bzw. Lehrgänge für Pflegeassistenten*

*§ 104.a und b. ... Weiterbildung zur Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu absolvieren. Diese haben mindestens vier Wochen zu umfassen.*

In einem Bereich wie der Hospiz- und Palliative Care, der sich sowohl auf gesellschaftlicher, als auch struktureller und wissenschaftlicher Ebene in enormer Entwicklung befindet, ist eine Kombination der Lehre durch theoretisch wie praktisch tätige Lehrende wesentlich.

Eine bundesweit verpflichtende Verordnung, die sich an den Empfehlungen der entsprechenden Fachgesellschaften für Palliative Care (Österreichische Palliativgesellschaft, Dachverband Hospiz Österreich) orientiert, ist zur Sicherung der Qualität der palliativen Versorgung dringend zu empfehlen.

In der Novelle wird keine **Übergangslösung/Übergangsregelung** für die bisher diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/schwester beschrieben. Im Sinne einer konstruktiven Zusammenarbeit, Verantwortung und Sicherheit im multiprofessionellen Team sind verbindliche Delegationsschemata von Übergangslösungen auf gesetzlicher Ebene zu erarbeiten.

Aus Sicht der Palliative Care erscheint es höchst bedauerlich, dass der Bereich

„Kompetenzen zu Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention“ aus dem

Gesetzesentwurf verschwunden ist. Die in § 12. (2) aufgezählten Kompetenzen ersetzen diesen Paragraphen nicht, da sie zu viel Spielraum für Interpretation lassen, beispielsweise in Bezug auf die An/Zugehörigenbetreuung.

Eine Übernahme und gegebenenfalls Überarbeitung aus dem derzeitigen GuKG wird dringend empfohlen.

In der Hoffnung, dass unsere Vorschläge Eingang in den Gesetzestext finden, bzw.

in bundesweit verbindliche Verordnungen umgewandelt werden,

verbleiben wir mit freundlichen Grüßen,

DGKS Claudia Fuchs, MSc

DGKS Hilde Kössler, MMSc

Vorsitzende der AG Palliativpflege der  
Österreichischen Palliativgesellschaft

Vizepräsidentin der Österreichischen  
Palliativgesellschaft

Koordinatorin des Mobilen Palliativteams  
Baden

Lehrbeauftragte für Palliativpflege an der FH  
Wr. Neustadt

## Anhang 1b

KÖSSLER, H. & WASL, M.: Stellungnahme GuKG Novelle 2016, OPG; 29.06.2016

Baden, 27.06.2016

### Sehr geehrte Damen und Herren

am 14.06.2016 wurde dem Nationalrat die vorgeschlagene Fassung zur GuKG – Novelle vorgelegt. Mit Erleichterung nehmen wir zur Kenntnis, dass die Stellungnahme der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) im Sinne unserer Patienten weitreichend Berücksichtigung gefunden hat.

Vor Beschluss der Novelle bedarf es dringend folgender Änderung:

Unter **§ 22b.** heißt es derzeit: **„Die Palliativversorgung umfasst die Pflege und Begleitung von sterbenden Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen,...“**

Als „sterbend“ werden Menschen je nach Quelle in ihren letzten 48 – 72 Stunden, umgangssprachlich teilweise noch todesnäher, bezeichnet. Eine Begrenzung der Palliativversorgung auf „sterbende“ Menschen widerspricht sowohl dem internationalen wie auch dem in Österreich gelebten Verständnis von Palliative Care.

Nach der WHO Definition von 2002 handelt es sich bei Palliativpatienten um „...Patienten und ihre Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind,...“; nach der WHO Definition von 1990 um „...Patienten, deren Erkrankung auf kurative Behandlungsmaßnahmen nicht mehr anspricht.“

Ein Festhalten am Begriff „sterbend“ hätte folgende Auswirkungen auf die Palliativversorgung, die der Absicht des § 22b. (1) – (4) selbst weitgehend widersprechen:

- Patienten und deren An- und Zugehörige würden erst in der unmittelbaren Sterbephase palliative Begleitung erhalten

- Andere Versorgungskontexte würden (zu) spät palliative Versorgung zuziehen
- Aus Angst als „sterbend“ eingestuft zu werden, würden Patienten und deren An- und Zugehörige palliative Versorgung so lange wie möglich vermeiden und aufgrund fehlender palliativer Expertise unnötig leiden
- Palliativstationen würden zu „Sterbestationen“ und umfangreiche, individuelle Betreuung in komplexen Situationen, um ein „Zuhause sein“ zu ermöglichen, würden zu spät oder gar nicht eintreten
- Eine Erfassung des Patientenwillens und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts sowie Verbesserung der Lebensqualität (§ 22b, Z 3-5) beginnend in der Sterbephase ist nur eingeschränkt möglich
- Durch das späte Einbeziehen palliativer Betreuung treten vermeidbare Symptome und Leid in der letzten Lebenszeit (Monate und Wochen vor dem Tod) auf (§ 22b. (2))
- Eine umfassend multiprofessionelle Versorgungsplanung (§ 22b. (1)) für Patienten (inklusive Sterbephase) wird für alle Beteiligten schwierig bis unmöglich, wenn sie erst in der Sterbephase beginnt
- Eine kontinuierliche Symptomlinderung im gesamten Krankheitsverlauf (§ 22b. (2)) kann nicht stattfinden, wenn Palliativbetreuung nur auf die Sterbephase begrenzt ist
- Eine kontinuierliche und enge Zusammenarbeit und Kommunikation verschiedener Professionen, Disziplinen sowie Einrichtungen (§ 22b. (3)) könnte nur unter Zeitdruck und begrenzt hilfreich für die betroffenen Sterbenden stattfinden
- Beistand in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied und Tod und im Zugang zu externen Ressourcen (§ 22b. (4)) beginnend erst in der Sterbephase gelingt nur in Ausnahmefällen unter höchstem personellen Einsatz

Folgende Formulierungsvorschläge könnten Unsicherheit und Unklarheit in der Umsetzung von Palliativbetreuung sowie eine umfassende öffentliche Diskussion zur Klärung des Begriffs der Palliativpflege vermeiden:

**Formulierungsvorschlag:**

§ 22b. Die Palliativversorgung umfasst die Pflege von Menschen, die an einer unheilbaren, progressiven Erkrankung leiden, sowie die Begleitung ihrer An- und Zugehörigen...

Oder nach WHO Definition und damit weiter gefasst:

§ 22b. Die Palliativversorgung umfasst die Pflege und Begleitung von Menschen und deren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind... Weiters möchten wir an folgenden Passus unserer Stellungnahme vom September 2015 erinnern:

### **Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege**

Inhaltliche Ergänzung und Kompetenzerweiterung:

Im Bereich der Mobilen Palliativbetreuung, aber auch der Geriatrie, der Alten- und Pflegeheime ist die Begleitung im Sterbeprozess eine Kernaufgabe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP/BSc). Die Aufgabe der Begleitung im Sterbeprozess beinhaltet beim erwarteten Sterben zu Hause und im Alten- und Pflegeheim auch die Feststellung des eingetretenen Todes anhand der sicheren Todeszeichen.

Die Novelle des GuKGs bietet die Chance sowohl im Gesetzestext als auch bei den Erläuterungen zum Gesetz Klarheit und weitgehende Rechtsicherheit zu schaffen. Unklarheiten in der derzeitigen Gesetzeslage führen regelmäßig zu Reanimationen durch Pflegepersonal und Einsätzen der Notfallmedizin - selbst dann, wenn dies aufgrund des bereits eingetretenen unumkehrbaren Sterbeprozesses oder des bereits eingetretenen Todes aus ethischer wie aus fachlicher Sicht als unangemessen zu bewerten ist.

Gerne stehen wir für Klärungen oder Diskussionen zur Verfügung.

In der Hoffnung auf Berücksichtigung insbesondere der Korrektur des Ausdrucks „sterbender“ in § 22b., verbleiben wir

mit besten Grüßen,

DGKS Hilde Kössler, MMSc

2. Vizepräsidentin der OPG

Koordinatorin des  
Mobilen Palliativteams Baden

Lehrbeauftragte für Palliativpflege  
an der FH Wr. Neustadt

[hilde.mpt@gmx.at](mailto:hilde.mpt@gmx.at)

DGKS Manuela Wasl

Vorsitzende AG Palliativpflege

Palliativteam des Universitäts-  
klinikums Krems

Koordinatorin des Ehrenamts-  
teams Krems

[wasl-jaeger@gmx.at](mailto:wasl-jaeger@gmx.at)

## Anhang 2a

### Textvorschlag an die OPG vom 22.02.2017, zur Begutachtung bis 23.02.2017 mit entsprechenden Änderungsvorschlägen:

Originaltext: schwarz und grau

Gewünschte Änderungen: grau – entfernen, rot – OPG Mediziner, grün – OPG

Kössler

Erläuterungen OPG Kössler: blau

§ 22b. Die Hospiz- und Palliativversorgung umfasst ~~umfasst~~ **beinhaltet** die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren und damit ~~/oder lebensbedrohlichen Erkrankung und von sterbenden Menschen~~ sowie **die Betreuung** von deren An- und Zugehörigen vor dem Hintergrund eines umfassenden bio-psycho-sozialen **und spirituellen** Verständnisses von Krankheit, unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und Berücksichtigung des Patientenwillens mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, insbesondere durch

1. Identifikation des Bedarfs an Hospiz- und Palliativ- Care **spezialisierte Palliative Care und Hospizbetreuung** (es geht um den Bedarf an **spezialisierte Palliativpflege, nicht um Palliativpflege im Allgemeinen**)
- ~~2. Erkennen und Vermindern von Risiken und Problembereichen,~~
2. vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche/Bedürfnisse für die letzte Lebensphase (advance care planning),
3. **zeitnahe** und (**zeitnah wozu? falls engmaschig gemeint wäre: nicht immer erforderlich – vor allem siehe 4.**) differenzierte Erfassung und Beurteilung von Intensität und Verlauf der Symptome ~~in ihrer Gesamtheit (bio-psycho-sozial-spirituell)~~
4. Mitwirkung beim Einsatz medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapien zur Symptomlinderung im gesamten Krankheitsverlauf einschließlich kontinuierlicher Evaluierung **deren** Wirkung,
5. Aufklärung **Beratung** und/oder Schulung der Palliativpatienten und -patientinnen sowie deren An- und Zugehörigen **und Betreuungspersonen (Hauskrankenpflege, Personenbetreuer und persönliche Assistenten)** im Umgang mit den Symptomen,

6. **Förderung der Behandlungskontinuität durch** kontinuierliche und enge Zusammenarbeit und Kommunikation **mit** verschiedenen Professionen, Disziplinen sowie Einrichtungen,
7. **Progressionsverzögerung** **Mitwirkung in der umfassenden multiprofessionellen Versorgungsplanung und Unterstützung** im Zugang zu externen Ressourcen
8. Beistand in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied und Tod

## Anhang 2b

### Nationalratsbeschluss und Regierungsvorlage/Erläuterungen vom 30.03.2017

#### § 22b lautet:

„§ 22b. Die Hospiz- und Palliativversorgung beinhaltet die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren und damit lebensbedrohlichen Erkrankung sowie die Betreuung von deren Angehörige und sonstige nahestehende Personen vor dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses von Krankheit unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und Berücksichtigung des Patientenwillens, die das Ziel haben, die Lebensqualität zu verbessern, insbesondere durch

1. Identifikation des Bedarfs an Hospizversorgung und spezialisierter Palliativpflege,
2. vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase (advance care planning),
3. Erfassung und Beurteilung von Intensität und Verlauf der Symptome,
4. Mitwirkung beim Einsatz medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapien zur Symptomlinderung im gesamten Krankheitsverlauf einschließlich kontinuierlicher Evaluierung deren Wirkung,
5. Beratung und/oder Schulung der Palliativpatienten und -patientinnen sowie deren Angehörige und sonstige nahestehende Personen im Umgang mit den Symptomen,

6. kontinuierliche und enge Zusammenarbeit und Kommunikation mit verschiedenen Professionen, Disziplinen sowie Einrichtungen,
7. Mitwirkung in der umfassenden multiprofessionellen Versorgungsplanung und Unterstützung im Zugang zu externen Ressourcen,
8. Beistand in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied, Sterben und Tod.“

### **1518 der Beilagen XXV. GP - Regierungsvorlage - Erläuterungen**

Erläuterungen Allgemeiner Teil Inhalt: In Folge der Evaluierung der Entschließung des Nationalrates vom 7. Juli 2016 betreffend § 12 Gesundheitsberuferegister-Gesetz (vgl. 165/E NR 25. GP) ist es erforderlich, § 12 GesundheitsberuferegisterGesetz anzupassen. Weiters haben die Vorbereitungsarbeiten für die Umsetzung des Gesundheitsberuferegister-Gesetzes gezeigt, dass weitere Anpassungen insbesondere im Hinblick auf das Registrierungsverfahren, den Beginn der Registrierung und die Entscheidungsfrist für die Registrierungsbehörden erforderlich sind. Diese Änderungen des GBRG erfordern auch entsprechende Adaptierungen in den beiden betroffenen Berufsgesetzen, dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und dem MTD-Gesetz. Im Rahmen dieser GuKG-Novelle erfolgen weiters Anpassungen an die im Rahmen der GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 75/2016, geänderten Bezeichnungen bzw. einzelne Nachbesserungen. Kompetenzgrundlage: In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das vorliegende Bundesgesetz auf Artikel 10 Abs. 1 Z 12 BVG („Gesundheitswesen“).

Zu Z 6 (§ 22b GuKG): Da der in der 2. Lesung zur GuKG-Novelle 2016 eingebrachte und beschlossene Abänderungsantrag zu § 22b GuKG betreffend die Spezialisierung Hospiz- und Palliativversorgung fälschlicherweise die Aufzählung der Tätigkeiten der Spezialisierung Psychogeriatrische Pflege (§ 22c) enthalten hat, hat in der vorliegenden Novelle nunmehr die entsprechende Korrektur zu erfolgen. [www.parlament.gv.at](http://www.parlament.gv.at) 1518 der Beilagen XXV. GP - Regierungsvorlage - Erläuterungen 5 von 6 Es handelt sich dabei um Tätigkeiten der entsprechenden Spezialisierung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung nach der Definition der World Health Organization, d.h. einem Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von

Menschen und ihrer Familien, welche sich im Erleben und der Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohlichen, unheilbaren und fortschreitenden Krankheit befinden. Dies soll durch Prävention und Linderung von Leiden, durch eine frühzeitige Identifikation, durch eine fachgerechte Einschätzung und die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Ereignissen physischer, psychischer, sozialer, kultureller und spiritueller Natur erfolgen. Klargestellt wird, dass die Ausbildung und Ausübung der neuen Spezialisierungen – Wundmanagement und Stomaversorgung (§ 22a), Hospiz- und Palliativversorgung (§ 22b) und Psychogeriatrische Pflege (§ 22c) erst nach Erlassung von Durchführungsbestimmungen einschließlich Festlegung von Qualifikationsprofilen möglich sein werden.

## Anhang 3

KUNDMACHUNG Beschluss BGBLA\_2016 I 75

# BUNDESGESETZBLATT

## FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

---

Jahrgang 2016	Ausgegeben am 1. August 2016	Teil I
---------------	------------------------------	--------

---

	<b>GuKG-Novelle 2016</b>
<b>75. Bundesgesetz:</b>	<b>(NR: GP XXV RV 1194 AB 1240 S. 138. BR: 9615 AB 9636 S. 856.)</b>

---

**75. Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifepfungsgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden (GuKG-Novelle 2016)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

### **Artikel 1 Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes**

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 8/2016, wird wie folgt geändert:

*1. Im Inhaltsverzeichnis lauten die Einträge zum 1. und 2. Abschnitt des 2. Hauptstücks:*

#### **„1. Abschnitt Berufsbezeichnungen**

§ 11 Berufsbezeichnungen

#### **2. Abschnitt**

#### **Berufsbild und Kompetenzbereich**

§ 12 Berufsbild  
§ 13 Kompetenzbereich  
§ 14 Pflegerische Kernkompetenzen  
§ 14a Kompetenz bei Notfällen  
§ 15 Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie  
§ 15a Weiterverordnung von Medizinprodukten  
§ 16 Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam  
§ 17 Spezialisierungen  
§ 18 Kinder- und Jugendlichenpflege  
§ 19 Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege  
§ 20 Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie  
§ 21 Pflege im Operationsbereich

§ 22	Krankenhaushygiene
§ 22a	Wundmanagement und Stomaversorgung
§ 22b	Hospiz- und Palliativversorgung
§ 22c	Psychogeriatrische Pflege
§§ 23 bis 25	Lehraufgaben
§ 26	Führungsaufgaben“

2. *Im Inhaltsverzeichnis entfallen die Einträge zu den §§ 32 und 33.*
3. *Im Inhaltsverzeichnis entfallen die Einträge zum 4. Abschnitt des 2. Hauptstücks.*
4. *Im Inhaltsverzeichnis wird die Zeile „§ 44 ... Verkürzte Ausbildung für Pflegehelfer“ durch die Zeile „§ 44 ... Verkürzte Ausbildung für Pflegeassistenten“ ersetzt.*
5. *Im Inhaltsverzeichnis wird die Zeile „§ 65 ... Sonderausbildungen“ durch die Zeile „§ 65 ... Spezialisierungen – Ausbildung“ ersetzt.*
6. *Im Inhaltsverzeichnis wird die Zeile „§ 65a ... Gleichhaltungsverordnung“ durch die Zeile „§ 65a ... Anerkennung – Lehr- und Führungsaufgaben“ ersetzt.*
7. *Im Inhaltsverzeichnis wird nach der Zeile „§ 70 ... Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene“ die Zeile „§ 70a ... Spezialisierungen“ ersetzt.*
8. *Im Inhaltsverzeichnis entfallen die Einträge zu den §§ 71 und 72.*
9. *Im Inhaltsverzeichnis entfallen die Einträge zum 6. Abschnitt des 2. Hauptstücks.*
10. *Im Inhaltsverzeichnis wird die Bezeichnung des 3. Hauptstücks „Pflegehilfe“ durch die Bezeichnung „Pflegeassistentenberufe“ ersetzt.*
11. *Im Inhaltsverzeichnis lauten die Einträge zu den §§ 83 bis 84:*

„§ 83	Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenten
§ 83a	Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenten § 84

*Berufsbezeichnungen“*
12. *Im Inhaltsverzeichnis wird die Zeile „§ 92 ... Ausbildung in der Pflegehilfe“ durch die Zeile „§ 92 ... Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen“ ersetzt.*
13. *Im Inhaltsverzeichnis entfallen die Einträge zu den §§ 93, 98, 99, 101 und 102.*
14. *Im Inhaltsverzeichnis lauten die Einträge zu den §§ 95 bis 97:*

„§ 95	Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege
§ 96	Lehrgänge für Pflegeassistenten
§ 97	Berufliche Erstausbildung“
15. *Im Inhaltsverzeichnis wird die Zeile „§ 103 ... Zeugnis“ durch die Zeile „§ 103 ... Zeugnis und Diplom“ ersetzt.*
16. *§ 1 lautet:*

„§ 1. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind:

1. der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege,
2. die Pflegefachassistenz und
3. die Pflegeassistenz.“

17. § 3 Abs. 4 Z 9 lautet:

„9. Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013,“

18. In § 3a Abs. 1 Z 1, § 87 Abs. 2 und § 94 Abs. 1 und 2 wird jeweils das Wort „Pflegehilfe“ durch das Wort „Pflegeassistenz“ ersetzt.

19. Der 1. Abschnitt des 2. Hauptstücks lautet:

## **„1. Abschnitt Berufsbezeichnungen**

### **Berufsbezeichnungen**

§ 11. (1) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt sind (§ 27), sind berechtigt, die Berufsbezeichnung „Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“/„Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin“ zu führen.

(2) Personen, die

1. eine Sonderausbildung oder Spezialisierung gemäß §§ 65 bis 72,
2. eine gemäß § 65a oder § 65b gleichhaltene oder anerkannte Ausbildung,
3. eine spezielle Grundausbildung nach den Bestimmungen des 6. Abschnitts des 2. Hauptstücks in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 75/2016,
4. eine Weiterbildung gemäß § 64 oder
5. eine Sonderausbildung gemäß § 57b Krankenpflegegesetz

erfolgreich absolviert haben, sind berechtigt, nach der Berufsbezeichnung gemäß Abs. 1 die absolvierte Fachrichtung in Klammer als Zusatzbezeichnung anzufügen. Personen, die eine Sonderausbildung für Lehraufgaben oder eine gemäß § 65a oder § 65b gleichhaltene oder anerkannte Ausbildung für Lehraufgaben erfolgreich absolviert haben, können auch die Zusatzbezeichnung „Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege“/„Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege“ führen.

(3) Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Staatsangehörige) oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft, die auf Grund dieses Bundesgesetzes zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt sind (§ 27), dürfen die im Heimat- oder Herkunftsstaat gültigen rechtmäßigen Ausbildungsbezeichnungen bzw. deren Abkürzung führen, sofern

1. diese nicht mit der Berufsbezeichnung gemäß Abs. 1 identisch sind und nicht mit einer Bezeichnung verwechselt werden können, die in Österreich eine zusätzliche Ausbildung voraussetzt, und
2. neben der Ausbildungsbezeichnung Name und Ort der Lehranstalt oder des Prüfungsausschusses, der diese Ausbildungsbezeichnung verliehen hat, angeführt werden.

(4) Die Führung

1. einer Berufs- oder Ausbildungsbezeichnung gemäß Abs. 1 bis 3 durch hiezu nicht berechtigte Personen,
2. anderer verwechselbarer Berufs- und Ausbildungsbezeichnungen durch hiezu nicht berechtigte Personen oder

3. anderer als der gesetzlich zugelassenen Berufsbezeichnungen ist verboten.“

20. Die Überschrift des 2. Abschnitts des 2. Hauptstücks lautet:

### **„Berufsbild und Kompetenzbereich“**

21. Die §§ 12 bis 17 samt Überschriften lauten:

#### **„Berufsbild**

§ 12. (1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung sowie stationäre Versorgung). Handlungsleitend sind dabei ethische, rechtliche, interkulturelle, psychosoziale und systemische Perspektiven und Grundsätze.

(2) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative

Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei.

(3) Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie führen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die ihnen von Ärzten übertragenen Maßnahmen und Tätigkeiten durch.

(4) Im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit tragen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität bei.

(5) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, organisiert und implementiert pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege.

#### **Kompetenzbereich**

§ 13. Der Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst

1. die pflegerischen Kernkompetenzen (§ 14),
2. Kompetenz bei Notfällen (§ 14a),
3. Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15),
4. Weiterverordnung von Medizinprodukten (§ 15a),
5. Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16), 6. Spezialisierungen (§ 17).

#### **Pflegerische Kernkompetenzen**

§ 14. (1) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung.

(2) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege insbesondere:

1. Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess,
2. Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen bzw. -maßnahmen,
3. Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
4. Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes,
5. theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation,
6. Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen,
7. Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention,
8. Erstellen von Pflegegutachten,
9. Delegation, Subdelegation und Aufsicht entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation,
10. Anleitung und Überwachung von Unterstützungskräften sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§ 3a bis 3d,
11. Anleitung, Begleitung und Beurteilung von Auszubildenden,
12. ethisches, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln einschließlich Wissensmanagement,
13. Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz,
14. Mitwirkung an fachspezifischen Forschungsprojekten und Umsetzung von fachspezifischen Forschungsergebnissen,
15. Anwendung komplementärer Pflegemethoden,
16. Mitwirkung im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement,
17. Psychosoziale Betreuung in der Gesundheits- und Krankenpflege. **Kompetenz bei Notfällen**

§ 14a. (1) Die Kompetenz bei Notfällen umfasst:

1. Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
2. eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht; die unverzügliche Verständigung eines Arztes ist zu veranlassen.

(2) Lebensrettende Sofortmaßnahmen gemäß Abs. 1 Z 2 umfassen insbesondere

1. Herzdruckmassage und Beatmung,
2. Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie
3. Verabreichung von Sauerstoff.

#### **Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie**

§ 15. (1) Die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen die eigenverantwortliche Durchführung medizinischdiagnostischer und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung.

(2) Im Rahmen der Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie haben ärztliche Anordnungen schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu dokumentieren.

(3) Die ärztliche Anordnung kann mündlich erfolgen, sofern

1. die Dringlichkeit der Maßnahmen und Tätigkeiten dies erfordert oder diese bei unmittelbarer Anwesenheit des anordnenden Arztes vorgenommen werden und

2. die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit der Anordnung sichergestellt sind.

Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist nach Maßgabe des Gesundheitstelematikgesetzes 2012, BGBl. I Nr. 111/2012, zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich zu erfolgen.

(4) Die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen insbesondere:

1. Verabreichung von Arzneimitteln, einschließlich Zytostatika und Kontrastmitteln,
2. Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen und Infusionen,
3. Punktion und Blutentnahme aus den Kapillaren, dem periphervenösen Gefäßsystem, der Arterie Radialis und der Arterie Dorsalis Pedis sowie Blutentnahme aus dem zentralvenösen Gefäßsystem bei liegendem Gefäßzugang,
4. Legen und Wechsel periphervenöser Verweilkanülen, einschließlich Aufrechterhaltung deren Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls Entfernung derselben,
5. Wechsel der Dialyselösung im Rahmen der Peritonealdialyse,
6. Verabreichung von Vollblut und/oder Blutbestandteilen, einschließlich der patientennahen Blutgruppenüberprüfung mittels Bedside-Tests,
7. Setzen von transurethralen Kathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung bei beiden Geschlechtern sowie Restharnbestimmung mittels Einmalkatheter,
8. Messung der Restharnmenge mittels nichtinvasiver sonographischer Methoden einschließlich der Entscheidung zur und Durchführung der Einmalkatheterisierung,
9. Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge bei endoskopischen Eingriffen,
10. Assistenz Tätigkeiten bei der chirurgischen Wundversorgung,
11. Entfernen von Drainagen, Nähten und Wundverschlussklammern sowie Anlegen und Wechsel von Verbänden und Bandagen,
12. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden,
13. Durchführung von Klistieren, Darmeinläufen und -spülungen,
14. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma,
15. Wechsel von suprapubischen Kathetern und perkutanen gastralen Austauschsystemen,
16. Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen bei vorgegebener Einstellung des Bewegungsausmaßes,
17. Bedienung von zu- und ableitenden Systemen,
18. Durchführung des Monitorings mit medizin-technischen Überwachungsgeräten einschließlich Bedienung derselben,
19. Durchführung standardisierter diagnostischer Programme,
20. Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen (z. B. Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie), insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP),
21. Anleitung und Unterweisung von Patienten sowie Personen, denen gemäß § 50a oder § 50b ÄrzteG 1998 einzelne ärztliche Tätigkeiten übertragen wurden, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung.

(5) Im Rahmen der Kompetenzen bei Diagnostik und Therapie sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung

1. an Angehörige eines Pflegeassistentenberufs, der Desinfektionsassistenten, der Ordinationsassistenten und der Operationsassistenten und

2. an in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen  
einzelne ärztliche Tätigkeiten weiter zu übertragen, sofern und soweit diese vom Tätigkeitsbereich des  
entsprechenden Gesundheitsberufs umfasst sind, und die Aufsicht über deren Durchführung  
wahrzunehmen.

(6) Im Rahmen der Kompetenzen bei Diagnostik und Therapie sind Angehörige des gehobenen  
Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung  
folgende Tätigkeiten im Einzelfall an Personen gemäß § 3b und § 3c weiter zu übertragen:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Anlegen von Bandagen und Verbänden,
3. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von  
blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,
4. Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens, 5.  
einfache Wärme- und Lichtenwendungen.

§ 3b Abs. 3 bis 6 und § 3c Abs. 2 bis 5 sind anzuwenden.

(7) Im Rahmen der Kompetenzen bei Diagnostik und Therapie sind Angehörige des gehobenen  
Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung an  
Personen gemäß § 50a ÄrzteG 1998 einzelne ärztliche Tätigkeiten weiter zu übertragen und die  
erforderliche Anleitung und Unterweisung zu erteilen. Sie haben sich zu vergewissern, dass diese über  
die erforderlichen Fähigkeiten zur Durchführung der Tätigkeiten verfügen, und auf die Möglichkeit der  
Ablehnung der Übertragung der entsprechenden ärztlichen Tätigkeiten gesondert hinzuweisen.  
Familien- und pflegschaftsrechtlich gebotene Maßnahmen bleiben unberührt.

#### **Weiterverordnung von Medizinprodukten**

§ 15a. (1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt,  
nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung vom Arzt verordnete Medizinprodukte in den Bereichen  
Nahrungsaufnahme, Inkontinenzversorgung, Mobilisations- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien,  
prophylaktische Hilfsmittel und Messgeräte sowie im Bereich des Illeo-, Jejunio-, Colon- und Uro-Stomas  
solange weiterzuverordnen, bis die sich ändernde Patientensituation die Einstellung der  
Weiterverordnung oder die Rückmeldung an den Arzt erforderlich machen oder der Arzt die Anordnung  
ändert. Bei Ablehnung oder Einstellung der Weiterverordnung durch den gehobenen Dienst für  
Gesundheits- und Krankenpflege ist dies dem anordnenden Arzt mitzuteilen.

(2) Eine Abänderung von ärztlich verordneten Medizinprodukten durch Angehörige des gehobenen  
Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist nicht zulässig.

#### **Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam**

§ 16. (1) Der multiprofessionelle Kompetenzbereich umfasst die pflegerische Expertise des  
gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Teil des multiprofessionellen  
Versorgungsteams bei der Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialberufen sowie anderen Berufen.

(2) Im multiprofessionellen Kompetenzbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für  
Gesundheits- und Krankenpflege im multiprofessionellen Versorgungsteam das Vorschlags- und  
Mitwirkungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen  
gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

(3) Der multiprofessionelle Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die pflegerische Expertise insbesondere bei

1. Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement,
3. der Gesundheitsberatung,
4. der interprofessionellen Vernetzung,
5. dem Informationstransfer und Wissensmanagement,
6. der Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses einschließlich der Sicherstellung der Behandlungskontinuität,
7. der Ersteinschätzung von Spontanpatienten mittels standardisierter Triage- und Einschätzungssysteme,
8. der ethischen Entscheidungsfindung, 9. der Förderung der Gesundheitskompetenz.

#### **Spezialisierungen**

§ 17. (1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege können

1. setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen  
sowie 2. Spezialisierungen für Lehr- oder Führungsaufgaben  
erwerben.

(2) Setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen sind:

1. Kinder- und Jugendlichenpflege

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

3. Intensivpflege

4. Anästhesiepflege

5. Pflege bei Nierenersatztherapie

6. Pflege im Operationsbereich

7. Krankenhaushygiene

8. Wundmanagement und Stomaversorgung 9. Hospiz- und Palliativversorgung

10. Psychogeriatrische Pflege.

(3) Voraussetzung für die Ausübung von Spezialisierungen gemäß Abs. 2, die über die Kompetenzen gemäß §§ 14 bis 16 hinausgehen, ist die erfolgreiche Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung oder Spezialisierung, Niveau 2 (Befugnisweiterung), innerhalb von fünf Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit.

(4) Personen, die eine spezielle Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege nach den Bestimmungen des 6. Abschnitts in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 75/2016 erfolgreich absolviert haben, sind

1. zur Ausübung der Spezialisierungen gemäß § 18 bzw. § 19 und

2. zur Ausübung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, sofern und soweit sie über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, berechtigt.

(5) Lehraufgaben sind insbesondere:

1. Lehrtätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege und

2. Leitung von Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege.

(6) Führungsaufgaben sind insbesondere:

1. Leitung des Pflegedienstes an einer Krankenanstalt
2. Leitung des Pflegedienstes an Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen.

(7) Voraussetzung für die Ausübung von Lehr- und Führungsaufgaben ist

1. eine rechtmäßige zweijährige vollbeschäftigte Berufsausübung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege oder entsprechend länger bei Teilzeitbeschäftigung und
2. die erfolgreiche Absolvierung
  - a) einer gemäß § 65a für Lehraufgaben bzw. für Führungsaufgaben anerkannten Ausbildung oder
  - b) der entsprechenden Sonderausbildung gemäß §§ 71 bzw. 72 in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 75/2016 oder
  - c) einer individuell gleichgehaltenen Ausbildung gemäß § 65b in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 185/2013.“

22. Nach § 22 werden folgende §§ 22a bis 22c samt Überschriften eingefügt:

#### **„Wundmanagement und Stomaversorgung**

**§ 22a.** (1) Das Wundmanagement umfasst alle übertragenen medizinischen und originär pflegerischen Maßnahmen und Interventionen, die dazu dienen, die Entstehung einer chronischen Wunde zu verhindern, eine Wunde zu erkennen, den Wundheilungsprozess zu beschleunigen, Rezidive zu vermeiden und die Lebensqualität sowie Selbst- und Gesundheitskompetenz der Patienten zu erhöhen.

(2) Die Stomaversorgung und -beratung umfasst neben der Wundversorgung die individuelle Pflege von Patienten mit Stoma, Inkontinenzleiden, Fisteln und sekundär heilenden Wunden. **Hospiz- und Palliativversorgung**

**§ 22b.** (1) Die Hospiz- und Palliativversorgung umfasst die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden unheilbaren und/oder lebensbedrohlichen Erkrankung und von sterbenden Menschen sowie von deren An- und Zugehörigen vor dem Hintergrund eines umfassenden biopsychosozialen Verständnisses von Krankheit unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und Berücksichtigung des Patientenwillens mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, insbesondere

1. das Erkennen und Vermindern von Risiken und Problembereichen,  
die Informationssammlung zum Lebenswerdegang und zu den Lebenserfahrungen als Teil des Pflegeassessments (Biografiearbeit in der Pflege),
3. psychosoziale Interventionen, insbesondere mittels wahrnehmungs- und körperbezogenen sowie verhaltensorientierten Konzepten, kognitiver Stimulation bzw. kognitivem Training, Aktivitätsaufbau, Aromapflege und Entlastungsstrategien,
4. den Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung,
5. die Progressionsverzögerung und
6. das Monitoring der medikamentösen Symptombehandlung. **Psychogeriatrische Pflege**

**§ 22c.** (1) Die psychogeriatrische Pflege umfasst die Pflege von alten und hochbetagten Menschen mit insbesondere Demenz, Delir, Depression, Angst, Sucht und Suizidalität mit dem Ziel, die geistigen

und körperlichen Fähigkeiten, die Persönlichkeit bzw. Identität des Kranken und dessen soziale Bindungen möglichst lange zu erhalten und zu fördern, wobei die pflegenden An- und Zugehörigen einzubinden und in ihrer Betreuungskompetenz zu stärken sind.

(2) Sie umfasst insbesondere

1. das Erkennen und Vermindern von Risiken und Problembereichen,
2. die Informationssammlung zum Lebenswerdegang und zu den Lebenserfahrungen als Teil des Pflegeassessments (Biografiearbeit in der Pflege),
3. psychosoziale Interventionen, insbesondere mittels wahrnehmungs- und körperbezogenen sowie verhaltensorientierten Konzepten, kognitiver Stimulation bzw. kognitivem Training, Aktivitätsaufbau, Aromapflege und Entlastungsstrategien,
4. den Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung,
5. die Progressionsverzögerung und
6. das Monitoring der medikamentösen Symptombehandlung.“

23. *In § 27 Abs. 2 lautet der Einleitungssatz:*

„Nicht vertrauenswürdig ist jedenfalls,“

24. *In § 28 Abs. 4 Z 4 wird der Ausdruck „1. März“ durch den Ausdruck „30. September“ ersetzt.*

25 § 31 lautet:

„§ 31. (1) Eine im Ausland erworbene Urkunde über eine erfolgreich absolvierte Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, die nicht unter §§ 28a ff. fällt, gilt als Qualifikationsnachweis, wenn der an einer ausländischen Fachhochschule oder einer vergleichbaren postsekundären oder tertiären Bildungseinrichtung erworbene Grad als an einem FachhochschulBachelorstudiengang gemäß § 28 Abs. 2 erworbener akademischer Grad gemäß § 6 Abs. 6 FHStG nostrifiziert wurde.

(2) Weiters gilt als Qualifikationsnachweis eine im Ausland erworbene Urkunde über eine erfolgreich absolvierte Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, wenn

1. die Gleichwertigkeit der Urkunde mit einem österreichischen Diplom gemäß § 32 dieses Bundesgesetzes in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 75/2016 festgestellt oder die Urkunde den vor Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes geltenden Regelungen des Krankenpflegegesetzes als gleichwertig anerkannt wurde und
2. die im Nostrifikationsbescheid vorgeschriebenen Bedingungen erfüllt sind.“

26. *Die §§ 32 und 33 samt Überschriften entfallen.*

27. § 35 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Berufsausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege besteht in der eigenverantwortlichen Ausübung der im Berufsbild und Kompetenzbereich gemäß §§ 12 ff. umschriebenen Tätigkeiten, unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ausgeführt werden.“

28. *Der 4. Abschnitt des 2. Hauptstücks entfällt.*

29. Die Überschrift zu § 44 lautet:

**„Verkürzte Ausbildung für Pflegeassistenten“**

30. § 44 Abs. 1 lautet:

„(1) Personen, die

1. eine Berufsberechtigung in der Pflegeassistenz gemäß diesem Bundesgesetz besitzen und
2. die Pflegeassistenz in einem Dienstverhältnis durch zwei Jahre vollbeschäftigt oder entsprechend länger bei Teilzeitbeschäftigung ausgeübt haben,

sind berechtigt, eine verkürzte Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege zu absolvieren.“

31. In § 49 Abs. 1 entfällt der Klammersausdruck.

32. In § 63 Abs. 1 wird die Zahl „40“ durch die Zahl „60“ ersetzt.

33. In § 64 Abs. 6 wird der Ausdruck „§ 12 Abs. 4“ durch den Ausdruck „§ 11 Abs. 2“ ersetzt.

34. Die Überschrift zu § 65 lautet:

**„Spezialisierungen – Ausbildung“**

35. § 65 Abs. 1 lautet:

„(1) Sonderausbildungen haben die für die Ausübung der entsprechenden Spezialisierung erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln.“

36. § 65 Abs. 4 zweiter Satz entfällt.

37. In § 65 Abs. 5 wird der Ausdruck „Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben“ durch die Wortfolge „die entsprechende Spezialisierung“ ersetzt.

38. § 65a samt Überschrift lautet:

**„Anerkennung – Lehr- und Führungsaufgaben**

§ 65a. (1) Der Bundesminister für Gesundheit hat durch Verordnung

1. ordentliche Studien und Universitätslehrgänge gemäß Universitätsgesetz 2002 (UG 2002), BGBl. I Nr. 120/2002,
2. Universitätslehrgänge gemäß Bundesgesetz über die Universität für Weiterbildung Krems (DUKGesetz 2004), BGBl. I Nr. 22/2004,
3. Lehrgänge universitären Charakters gemäß Universitäts-Studiengesetz (UniStG), BGBl. I Nr. 48/1997,
4. Fachhochschul-Studiengänge oder Lehrgänge zur Weiterbildung gemäß Fachhochschul-Studiengesetz und
5. Studien gemäß Privatuniversitätengesetz (PUG), BGBl. I Nr. 74/2011,

als Ausbildung für Lehraufgaben bzw. für Führungsaufgaben gemäß § 17 anzuerkennen, sofern sie die Vermittlung der für die Ausübung von Lehraufgaben bzw. für Führungsaufgaben gemäß § 23 bzw. §§ 24 f. erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten gewährleisten.

(2) Zur fachlichen Beurteilung ist ein Gutachten des Gesundheits- und Krankenpflege-Beirats gemäß § 65c einzuholen.

(3) Dem Bundesminister für Gesundheit sind

1. alle Änderungen von Studienplänen von Ausbildungen, die gemäß Abs. 1 anerkannt sind, und 2. Studienpläne von Ausbildungen, die für eine Anerkennung gemäß Abs. 1 geeignet erscheinen, von der jeweiligen Ausbildungseinrichtung innerhalb von vier Wochen nach deren Inkrafttreten zur Kenntnis zu bringen.“

39. § 65c Abs. 1 lautet:

„(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit ist ein Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat einzurichten, der insbesondere folgende Aufgaben wahrnimmt:

1. Gutachten betreffend die Anerkennung von Ausbildungen für Lehraufgaben und für Führungsaufgaben gemäß § 65a und
2. Beratung in fachlichen Angelegenheiten dieses Bundesgesetzes.“

40. In § 68a Abs. 1 entfällt die Wortfolge „für Angehörige der Kinder- und Jugendlichenpflege“.

41. Nach § 70 wird folgender § 70a samt Überschrift eingefügt:

#### **„Spezialisierungen**

**§ 70a.** (1) Spezialisierungen umfassen insgesamt mindestens 90 ECTS theoretische und praktische Ausbildung. Sie können als in sich geschlossene Studiengänge oder gestuft in Lehrgängen mit Einzelabschlüssen (Niveau 1 und 2) angeboten werden.

(2) Das Niveau 1 (ohne Befugnisserweiterung) umfasst die medizinische, pflegerische und wissenschaftliche Vertiefung in den entsprechenden Fachbereichen im Umfang von mindestens 30 ECTS.

(3) Das Niveau 2 (mit Befugnisserweiterung) setzt das Niveau 1 voraus und umfasst die medizinische, pflegerische und wissenschaftliche Erweiterung in den entsprechenden Fachbereichen im Umfang von mindestens 60 ECTS.

(4) Spezialisierungen mit mehreren Fachbereichen können im Niveau 1 auch getrennt voneinander angeboten und absolviert werden, sind jedoch im Niveau 2 zusammenzuführen.“

42. Die §§ 71 und 72 samt Überschriften entfallen.

43. In § 73 werden im Einleitungssatz nach dem Wort „Vorschriften“ das Wort „insbesondere“ und in Z 1 nach dem Wort „Sonderausbildungen“ die Wortfolge „bzw. Spezialisierungen“ eingefügt sowie in Z 4 der Ausdruck „§ 12 Abs. 2 Z 2“ durch den Ausdruck „§ 11 Abs. 2 Z 4“ ersetzt.

44. Der 6. Abschnitt des 2. Hauptstücks entfällt.

45. Die Überschrift des 3. Hauptstücks lautet:

#### **„Pflegeassistentenberufe“**

46. Die §§ 82 bis 84 samt Überschriften lauten:

#### **„Berufsbild**

**§ 82.** (1) Pflegeassistentenberufe sind

1. die Pflegeassistenten und 2. die Pflegefachassistenten.

Sie sind Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zur Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärzten.

(2) Die Pflegeassistentenberufe umfassen die Durchführung der ihnen nach Beurteilung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen des Pflegeprozesses übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen aller Altersstufen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie auf allen Versorgungsstufen.

(3) Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie führen Pflegeassistentenberufe die ihnen von Ärzten übertragenen oder von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege weiterübertragenen Maßnahmen durch.

### **Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenten**

§ 83. (1) Der Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenten umfasst die Durchführung folgender Aufgaben:

1. Mitwirkung an und Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen (Abs. 2),
2. Handeln in Notfällen (Abs. 3),
3. Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie (Abs. 4).

(2) Die Pflegemaßnahmen gemäß Abs. 1 Z 1 umfassen:

1. Mitwirkung beim Pflegeassessment,
2. Beobachtung des Gesundheitszustands,
3. Durchführung der ihnen entsprechend ihrem Qualifikationsprofil von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen,
4. Information, Kommunikation und Begleitung,
5. Mitwirkung an der praktischen Ausbildung in der Pflegeassistenten.

Die Durchführung von Pflegemaßnahmen darf nur nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen. Im extramuralen Bereich haben Anordnungen schriftlich zu erfolgen. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist nach Maßgabe des

Gesundheitstelematikgesetzes 2012 zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist.

(3) Das Handeln in Notfällen gemäß Abs. 1 Z 2 umfasst:

1. Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
2. eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht, insbesondere
  - a) Herzdruckmassage und Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen,
  - b) Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie
  - c) Verabreichung von Sauerstoff; die Verständigung eines Arztes ist unverzüglich zu veranlassen.

(4) Die Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß Abs. 1 Z 3 umfasst:

1. Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln,
2. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,

3. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests),
4. Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern,
5. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren,
6. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen,
7. Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,
8. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen,
9. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen) sowie
10. einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendungen.

Im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie hat die Durchführung der Tätigkeiten im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Ärzten oder Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu erfolgen. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 5 kann die Anordnung auch durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist nach Maßgabe des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist.

(5) Die Aufsicht gemäß Abs. 2 und 4 kann in Form einer begleitenden in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle erfolgen, sofern

1. die Anordnung durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. den Arzt schriftlich erfolgt und deren Dokumentation gewährleistet ist,
2. die Möglichkeit der Rückfrage bei einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Arzt gewährleistet ist und
3. die Kontrollintervalle nach Maßgabe pflegerischer und ärztlicher einschließlich qualitätssichernder Notwendigkeiten durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. durch den Arzt schriftlich festgelegt sind.

#### **Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz**

§ 83a. (1) Der Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz umfasst

1. die eigenverantwortliche Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder Ärzten übertragenen Aufgaben der Pflegeassistenz gemäß § 83 Abs. 2 und 4,
2. das Handeln in Notfällen gemäß § 83 Abs. 3,
3. die eigenverantwortliche Durchführung der ihnen von Ärzten übertragenen weiteren Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß Abs. 2 und
4. die Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistenzberufe.

(2) Weitere Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß Abs. 1 Z 3 sind:

1. Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie EKG, EEG, BIA, Lungenfunktionstest,

2. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden,
3. Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei der Frau, ausgenommen bei Kindern,
4. Ab- und Anschluss laufender Infusionen, ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem peripheren Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben,
5. Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung.

(3) Die Durchführung der Pflegemaßnahmen gemäß § 83 Abs. 2 und der Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistentenberufe hat nach Anordnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu erfolgen. Im extramuralen Bereich haben Anordnungen schriftlich zu erfolgen. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist nach Maßgabe des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist.

(4) Die Durchführung der Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 hat im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung zu erfolgen. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 5 kann die Anordnung auch durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist nach Maßgabe des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist.

#### **Berufsbezeichnungen**

§ 84. (1) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zur Ausübung der

Pflegeassistenten berechtigt sind (§ 85), sind berechtigt, die Berufsbezeichnung „Pflegeassistentin“/„Pflegeassistent“ zu führen.

(2) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zur Ausübung der Pflegefachassistenten berechtigt sind (§ 85), sind berechtigt, die Berufsbezeichnung „Pflegefachassistentin“/„Pflegefachassistent“ zu führen.

(3) Personen, die eine Weiterbildung gemäß § 104a erfolgreich absolviert haben, sind berechtigt, nach der Berufsbezeichnung gemäß Abs. 1 bzw. 2 die absolvierte Fachrichtung in Klammer als Zusatzbezeichnung anzufügen.

(4) EWR-Staatsangehörige und Staatsangehörige der Schweizerischen Eidgenossenschaft, die auf

Grund dieses Bundesgesetzes zur Ausübung der Pflegeassistenten bzw. Pflegefachassistenten berechtigt sind (§ 85), dürfen die im Heimat- oder Herkunftsstaat gültigen rechtmäßigen Ausbildungsbezeichnungen bzw. deren Abkürzung führen, sofern

1. diese nicht mit der Berufsbezeichnung gemäß Abs. 1 oder 2 identisch sind und nicht mit einer Bezeichnung verwechselt werden können, die in Österreich eine zusätzliche Ausbildung voraussetzt, und
2. neben der Ausbildungsbezeichnung Name und Ort der Lehranstalt oder des Prüfungsausschusses, die/der diese Ausbildungsbezeichnung verliehen hat, angeführt werden.

(5) Die Führung

1. einer Berufs- oder Ausbildungsbezeichnung gemäß Abs. 1 bis 4 durch hiezu nicht berechtigte Personen,

2. anderer verwechselbarer Berufs- und Ausbildungsbezeichnungen durch hierzu nicht berechnigte Personen oder
3. anderer als der gesetzlich zugelassenen Berufsbezeichnung ist verboten.“

47. § 85 lautet:

„§ 85. Zur Ausübung der Pflegeassistenz bzw. der Pflegefachassistenz sind Personen berechnigt, die

1. eigenberechnigt sind,
2. die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit (§ 27 Abs. 2) besitzen,
3. über die für die Berufsausübung notwendigen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen und
4. einen Qualifikationsnachweis in dem entsprechenden Pflegeassistenzberuf (§§ 86 bis 88) erbringen.“

48. § 86 lautet:

„§ 86. (1) Als Qualifikationsnachweis in der Pflegeassistenz gilt ein Zeugnis über eine mit Erfolg abgeschlossene

1. Ausbildung in der Pflegeassistenz nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder
2. Pflegehilfearausbildung nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes vor der Novelle BGBl. I Nr. 75/2016 oder
3. Ausbildung von Pflegehelfern nach den Bestimmungen des Krankenpflegegesetzes.

(2) Als Qualifikationsnachweis in der Pflegefachassistenz gilt ein Diplom über eine mit Erfolg abgeschlossene Ausbildung in der Pflegefachassistenz nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes.“

49. In § 87 Abs. 1, 3, 4, 5 und 7, § 88, § 89 Abs. 1, 4 und 5 und § 90 Abs. 1 und 2 wird jeweils das Wort „Pflegehilfe“ durch die Wortfolge „Pflegeassistenz bzw. Pflegefachassistenz“ ersetzt.

50. In § 89 Abs. 3 Z 2 wird die Wortfolge „eines Pflegehilfearlehrganges“ durch die Wortfolge „einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. eines Lehrgangs für Pflegeassistenz“ ersetzt.

51. § 92 samt Überschrift lautet:

#### **„Ausbildung in den Pflegeassistenzberufen**

§ 92. (1) Die Ausbildung in der Pflegeassistenz dauert bei Vollzeitausbildung ein Jahr und umfasst eine theoretische und praktische Ausbildung in der Dauer von insgesamt 1 600 Stunden, wobei mindestens die Hälfte auf die theoretische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die praktische Ausbildung zu entfallen hat.

(2) Die Ausbildung in der Pflegefachassistenz dauert bei Vollzeitausbildung zwei Jahre und umfasst eine theoretische und praktische Ausbildung in der Dauer von insgesamt 3 200 Stunden, wobei mindestens die Hälfte auf die theoretische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die praktische Ausbildung zu entfallen hat.

(3) Die Ausbildungen gemäß Abs. 1 und 2 können auch

1. im Rahmen eines Dienstverhältnisses,
2. in Form einer Teilzeitausbildung oder
3. in Verbindung mit einer anderen Ausbildung absolviert werden.

(4) Im Rahmen der praktischen Ausbildung sind die Auszubildenden berechtigt, Tätigkeiten der Pflegeassistenten bzw. Pflegefachassistenten gemäß § 83 bzw. § 83a unter Anleitung und Aufsicht durchzuführen.“

52. § 93 samt Überschrift entfällt.

53. Die §§ 95 bis 97 samt Überschriften lauten:

### **„Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege**

**§ 95.** (1) Die Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen ist an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege durchzuführen, die an oder in Verbindung mit Krankenanstalten, Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen, oder Einrichtungen, die Hauskrankenpflege anbieten, einzurichten sind.

(2) Die praktische Ausbildung ist an

1. einschlägigen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer Krankenanstalt,
2. Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen, und
3. Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten, durchzuführen, welche die zur praktischen Unterweisung notwendigen Voraussetzungen erfüllen, mit den für die Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen Lehr- und Fachkräften sowie Lehrmitteln ausgestattet sind und entsprechende Räumlichkeiten für die auszubildenden Personen aufweisen.

(3) Eine Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bedarf der Bewilligung des Landeshauptmannes. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn nachgewiesen wird, dass

1. die für die Abhaltung des theoretischen Unterrichts erforderlichen Räumlichkeiten und Lehrmittel sowie Sozialräume zur Verfügung stehen,
2. die für die theoretische und praktische Ausbildung erforderlichen Lehr- und Fachkräfte, welche hiezu fachlich und pädagogisch geeignet sind und über die notwendige Berufserfahrung verfügen, vorhanden sind,
3. die Verbindung zu Einrichtungen gemäß Abs. 2 gegeben ist und in diesen eine ausreichende Anzahl von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und sonstigen Fachkräften tätig ist, sodass eine fachgerechte praktische Ausbildung unter Anleitung und Aufsicht gewährleistet ist.

(4) Der Landeshauptmann hat regelmäßig sowie im Anlassfall das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Abs. 3 sowie die Einhaltung der Ausbildungsvorschriften einschließlich der Qualitätssicherung zu überprüfen.

(5) Der Landeshauptmann hat unter größtmöglicher Schonung wohlerworbener Rechte die Bewilligung zurückzunehmen oder abzuändern, wenn

1. sich die für die Bewilligung maßgeblichen Umstände geändert haben oder
2. nachträglich hervorkommt, dass eine erforderliche Voraussetzung schon ursprünglich nicht bestanden hat, oder
3. im Rahmen der Überprüfung gemäß Abs. 4 festgestellte Mängel nach erfolglosem Verstreichen einer angemessenen Frist nicht nachweislich behoben werden. **Lehrgänge für Pflegeassistenten**

**§ 96.** (1) Die Ausbildung in der Pflegeassistentenberufen kann auch in Lehrgängen für Pflegeassistenten erfolgen, die einer Bewilligung des Landeshauptmannes bedürfen.

(2) § 95 gilt sinngemäß.

### **Berufliche Erstausbildung**

§ 97. (1) Personen, die ihre berufliche Erstausbildung absolvieren, dürfen nur in eine Ausbildung in der Pflegefachassistenz aufgenommen werden.

(2) Abweichend von Abs. 1 kann die Ausbildung in der Pflegeassistenz absolviert werden

1. im Rahmen einer Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf nach der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe,
2. im Rahmen einer Ausbildung in der medizinischen Fachassistenz gemäß MABG,
3. im Rahmen der Erwachsenenbildung oder
4. in begründeten Ausnahmefällen.“

54. Die §§ 98, 99, 101 und 102 samt Überschriften entfallen.

55. In § 100 Abs. 1 wird das Wort „Lehrgangsteilnehmer“ durch das Wort „Auszubildenden“ ersetzt.

56. In § 100 Abs. 3 entfällt im ersten Satz der Klammerausdruck „(§ 101)“ und werden im zweiten Satz das Wort „Lehrgangsteilnehmer“ durch das Wort „Auszubildende“ sowie das Wort „Pflegehilfe“ durch die Wortfolge „Pflegeassistenz bzw. Pflegefachassistenz“ ersetzt.

57. In § 100 Abs. 4 wird nach der Wortfolge „gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ die Wortfolge „oder ein Ausbildungsjahr in der Pflegefachassistenz“ eingefügt.

58. § 103 samt Überschrift lautet:

#### **„Zeugnis und Diplom**

§ 103. (1) Personen, die die kommissionelle Abschlussprüfung in der Pflegeassistenz gemäß § 100 Abs. 3 mit Erfolg abgelegt haben, ist ein Zeugnis, in dem der Prüfungserfolg sowie die Berufsbezeichnung „Pflegeassistentin“/„Pflegeassistent“ anzuführen sind, auszustellen.

(2) Personen, die die kommissionelle Abschlussprüfung in der Pflegefachassistenz gemäß § 100 Abs. 3 mit Erfolg abgelegt haben, ist ein Diplom, in dem der Prüfungserfolg sowie die Berufsbezeichnung „Pflegefachassistentin“/„Pflegefachassistent“ anzuführen sind, auszustellen.“

59. § 104 lautet:

„§ 104. Der Bundesminister für Gesundheit hat nähere Bestimmungen über die Ausbildung in den Pflegeassistenzberufen, insbesondere über

1. die Inhalte und den Mindestumfang der theoretischen und praktischen Ausbildung einschließlich der zu erwerbenden Qualifikationen,
2. die fachlichen Voraussetzungen für die Leitung und Lehr- und Fachkräfte von Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Lehrgänge für Pflegeassistenz,
3. die Qualitätssicherung von Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Lehrgängen für Pflegeassistenz,
4. die Aufnahme in und den Ausschluss aus einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bzw.  
einem Lehrgang für Pflegeassistenz,
5. die Durchführung der theoretischen und praktischen Ausbildung,
6. die Anrechnung von Prüfungen und Praktika einschließlich informell und non-formal erworbener Kenntnisse und Fertigkeiten,

7. die Leistungsfeststellung und -beurteilung einschließlich Wiederholungsmöglichkeiten und Zusammensetzung der Prüfungskommission, und

8. die Form und den Inhalt der auszustellenden Zeugnisse und Diplome

nach Maßgabe der Erfordernisse der Berufsausübung in der Pflegeassistenz und der Pflegefachassistenz und insbesondere unter Berücksichtigung methodisch-didaktischer Grundsätze zur Gewährleistung eines bestmöglichen Theorie-Praxis-Transfers und zur Sicherstellung der Ausbildungsqualität durch Verordnung festzulegen.“

60. In § 104a Abs. 1 wird das Wort „Pflegehelfer“ durch die Wortfolge „Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten“ ersetzt.

61. In § 104a Abs. 6 und § 104b Z 4 wird jeweils der Ausdruck „§ 83 Abs. 1a“ durch den Ausdruck „§ 84 Abs. 3“ ersetzt.

62. In § 104b wird das Wort „Pflegehilfeausbildung“ durch die Wortfolge „Ausbildung in der Pflegeassistenz bzw. Pflegefachassistenz“ ersetzt.

63. In § 104c Abs. 1 wird das Wort „Pflegehilfe“ durch das Wort „Pflegeassistenzberufe“ ersetzt.

64. In § 105 Abs. 1 Z 1 und 2 wird jeweils die Wortfolge „des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder der Pflegehilfe“ durch die Wortfolge „des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der Pflegefachassistenz oder der Pflegeassistenz“ ersetzt.

65. Nach § 113 wird folgender § 113a eingefügt:

„§ 113a. (1) Pflegehilfelehrgänge, die zum 1. September 2016 gemäß § 96 bewilligt sind, gelten als Lehrgänge für Pflegeassistenz gemäß § 96 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 75/2016 und bedürfen keiner neuerlichen Bewilligung des Landeshauptmannes.

(2) Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, die gemäß § 50 bewilligt sind, können ab 1. September 2016 als Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 95 Ausbildungen für Pflegeassistenzberufe durchführen und bedürfen hierfür keiner neuerlichen Bewilligung des Landeshauptmannes. Der Ausbildungsträger hat vor Beginn der Ausbildung dem Landeshauptmann zu melden, welche Ausbildungen durchgeführt werden.“

66. Dem § 117 werden folgende Abs. 20 bis 26 angefügt:

„(20) Mit 1. September 2016 treten

1. die Einträge zu den §§ 15a und 44, zum 3. Hauptstück, zu §§ 83 bis 84, § 92, §§ 95 bis 97 und § 103 im Inhaltsverzeichnis sowie § 1, § 3a Abs. 1 Z 1, §§ 15a und 44 samt Überschriften, die Überschrift des 3. Hauptstücks, §§ 82 bis 84 samt Überschriften, §§ 85 bis 90, § 92 samt Überschrift, § 94, §§ 95 bis 97 samt Überschriften, § 100, § 103 samt Überschrift, §§ 104 bis 105 und 113a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 75/2016 in Kraft und

2. die Einträge zu §§ 93, 98, 99, 101 und 102 im Inhaltsverzeichnis sowie §§ 93, 98, 99, 101 und 102 samt Überschriften außer Kraft.

(21) Der Bundesminister für Gesundheit hat bis 31. Dezember 2023 die Umsetzung der Bestimmungen über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, insbesondere hinsichtlich

1. der an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen ärztlichen Tätigkeiten,

2. der an die Pflegeassistenzberufe übertragenen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten,

3. der Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung,

4. des settingspezifischen Skill-and-Grade-Mix der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe,
5. der bedarfsdeckenden Ausbildungskapazitäten, insbesondere im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch Fachhochschul-Bachelorstudiengänge und in der Pflegefachassistenz sowie
6. des Bedarfs des Einsatzes der Pflegeassistenz in Krankenanstalten

unter Einbeziehung der Länder (Z 1 bis 6) sowie der Träger der Langzeitpflegeeinrichtungen und der Berufsvertretungen (Z 1 bis 5) zu evaluieren.

(22) Der Bundesminister für Gesundheit hat bis 31. Dezember 2017 eine Kommission gemäß § 8

Bundesministeriengesetz 1986, BGBl. Nr. 76, einzurichten, der

1. vier Experten der Länder,
2. vier Experten des Bundesministeriums für Gesundheit und
3. ein Experte des Bundesministeriums für Finanzen

angehören. Aufgabe dieser Kommission ist es, die Evaluierung gemäß Abs. 21 aus rechtlicher, fachlicher und finanzieller Sicht, insbesondere auch im Hinblick auf die Umsetzung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Bereich der Krankenanstalten, zu begleiten sowie zum Bedarf des Einsatzes der Pflegeassistenz in Krankenanstalten (Abs. 21 Z 6) ein Gutachten zu erstatten.

(23) Ab 1. Jänner 2025 ist die Berufsausübung der Pflegeassistenz in Krankenanstalten nur mehr für jene Angehörige der Pflegeassistenz möglich, die ihre Ausbildung bis 31. Dezember 2024 erfolgreich abgeschlossen haben. Der Bundesminister für Gesundheit hat durch Verordnung festzulegen, dass die Berufsausübung der Pflegeassistenz in Krankenanstalten weiterhin möglich ist, sofern

1. die Evaluierung gemäß Abs. 21 Z 6 unter Bedachtnahme auf ein einstimmiges Gutachten der Kommission gemäß Abs. 22 ergibt, dass zur Sicherung der pflegerischen und medizinischen Versorgung ein Bedarf am Einsatz der Pflegeassistenz in Krankenanstalten über den 1. Jänner 2025 hinaus besteht, oder
2. die im Rahmen der Evaluierung gemäß Abs. 21 Z 6 durch die Länder durchgeführte Erhebung ergibt, dass ein Bedarf am Einsatz der Pflegeassistenz in Krankenanstalten in mindestens drei Bundesländern über den 1. Jänner 2025 hinaus besteht, oder
3. das einstimmige Gutachten der Kommission gemäß Abs. 22 ergibt, dass erhebliche Mehrkosten in mindestens drei Bundesländern entstehen.

(24) Mit 1. Jänner 2017 treten

1. der Eintrag zu § 65a im Inhaltsverzeichnis sowie § 17 Abs. 7, § 65 Abs. 1, 4 und 5, § 65a samt Überschrift und § 65c Abs. 1 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 75/2016 in Kraft und
2. die Einträge zu §§ 71 und 72 im Inhaltsverzeichnis sowie §§ 71 und 72 samt Überschriften außer Kraft.

Sonderausbildungen für Lehraufgaben und für Führungsaufgaben, die vor diesem Zeitpunkt begonnen worden sind, sind nach den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Bestimmungen fortzusetzen und abzuschließen.

(25) Mit 1. Jänner 2018 treten

1. § 49 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 75/2016 in Kraft und
2. die Einträge des 6. Abschnitts des 2. Hauptstücks im Inhaltsverzeichnis sowie der 6. Abschnitt des 2. Hauptstücks außer Kraft.

Spezielle Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, die vor diesem Zeitpunkt begonnen worden sind, sind nach den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Bestimmungen fortzusetzen und abzuschließen.

(26) Mit 1. Jänner 2020 treten

1. § 31 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 75/2016 in Kraft und
2. die Einträge zu §§ 32 und 33 im Inhaltsverzeichnis sowie §§ 32 und 33 samt Überschriften außer Kraft.

Die zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängigen Verfahren gemäß § 32 sind nach der vor diesem

Zeitpunkt geltenden Rechtslage fortzusetzen und abzuschließen. Ergänzungsausbildungen, die gemäß § 32 Abs. 8 in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 75/2016 im Rahmen der Nostrifikation vorgeschrieben wurden, dürfen nach der vor diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage absolviert werden und sind bis spätestens 31. Dezember 2023 abzuschließen.

(27) Mit 1. Jänner 2024 treten die Einträge des 4. Abschnitts des 2. Hauptstücks im

Inhaltsverzeichnis sowie der 4. Abschnitt des 2. Hauptstücks außer Kraft. Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, die vor diesem Zeitpunkt begonnen worden sind, sind nach den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Bestimmungen fortzusetzen und abzuschließen. Der Bundesminister für Gesundheit hat durch Verordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft einen späteren Zeitpunkt des In- bzw. Außerkrafttretens zu bestimmen, sofern dies auf Grund der Ergebnisse der Evaluierung gemäß Abs. 21 erforderlich ist, insbesondere sofern die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch Fachhochschul-Bachelorstudiengänge noch nicht ausreichend und bedarfsdeckend sichergestellt ist.“

## **Artikel 2 Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes**

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 53/2016, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 1 Z 5 lautet:

„5. Schülerinnen/Schüler an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege und Auszubildende in Lehrgängen nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, Schülerinnen/Schüler und Auszubildende in Lehrgängen zu einem medizinischen Assistenzberuf nach dem Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, sowie Studierende an einer medizinisch-technischen Akademie nach dem MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992;“

2. § 5 Abs. 1 Z 16 lautet:

„16. Personen in einem Ausbildungsverhältnis nach § 4 Abs. 1 Z 5, wenn

- a) sie nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. b in der Pensionsversicherung teilversichert sind,
- b) ihre Ausbildung im Rahmen eines der Vollversicherung unterliegenden Dienstverhältnisses nach § 25 MABG durchgeführt wird oder
- c) sie ihre Ausbildung zu einem Pflegeassistentenberuf (§ 82 GuKG) an einer Schule im Sinne des Schulorganisationsgesetzes, BGBl. Nr. 242/1962, oder an einer Privatschule im Sinne des Privatschulgesetzes, BGBl. Nr. 244/1962, absolvieren.“

3. Im § 350 wird nach Abs. 1 folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen ihrer Berufsbefugnis (§ 15a GuKG) weiterverordnete Heilbehelfe dürfen von Apothekerinnen/Apothekern und Hausapotheken führenden Ärztinnen/Ärzten nur dann für Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegeben werden, wenn

1. die/der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen einer Tätigkeit für eine Vertragseinrichtung des leistungszuständigen Krankenversicherungsträgers oder für eine/einen den Heilbehelf verordnende/n Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Vertragsgruppenpraxis weiterverordnet und
2. sich die/der Anspruchsberechtigte nicht in Anstaltspflege befindet, deren Leistungen durch Zahlungen im Sinne der §§ 148 Z 3 ff. ASVG als abgegolten gelten.“

4. Nach § 698 wird folgender § 699 samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmung zu Artikel 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 75/2016**

§ 699. Die §§ 4 Abs. 1 Z 5, 5 Abs. 1 Z 16 und 350 Abs. 1a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 75/2016 treten mit 1. September 2016 in Kraft.“

**Artikel 3 Änderung des Berufsreifepfungsgesetzes**

Das Berufsreifepfungsgesetz, BGBl. I Nr. 68/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 97/2015, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Z 14 durch einen Beistrich ersetzt und folgende Z 15 angefügt:

„15. erfolgreicher Abschluss einer Ausbildung in der Pflegefachassistenz gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997.“

2. Dem § 12 wird folgender Abs. 11 angefügt:

„(11) § 1 Abs. 1 Z 14 und 15 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 75/2016 tritt mit 1. September 2016 in Kraft.“

**Artikel 4 Änderung des Ärztegesetzes 1998**

Das Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 9/2016, wird wie folgt geändert:

1. In § 50a Abs. 1 erster Satz wird nach der Wortfolge „Einrichtung, die der medizinischen oder psychosozialen Behandlung, Pflege oder Betreuung dient,“ die Wortfolge „ausgenommen Einrichtungen gemäß § 3a Abs. 3 GuKG“ eingefügt.

2. Dem § 50a wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Bei der Übertragung einzelner ärztlicher Tätigkeiten gemäß Abs. 1 im Rahmen von Einrichtungen gemäß § 3a Abs. 3 GuKG ist § 50b Abs. 5 bis 7 anzuwenden.“

**Bures Kopf Hofer**

**Kern**

## 6. Kontaktinformationen

palliative care	DGKS Hilde Kössler, MMSc	advanced nursing education
-----------------	-----------------------------	-------------------------------



Tel. ++43 677 6120 9298

Fax ++43 2252 228 6677

hilde.mpt@gmx.at



### Vereinssitz

#### Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)

Medizinische Universität Wien

Universitätsklinik für Innere Medizin 1

Währinger Gürtel 18-20

1090 Wien

Tel: + 43 1 40400 27520

[office@palliativ.at](mailto:office@palliativ.at)