

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit und Konsumentenschutz**

Radetzkystraße 2  
1031 Wien

Via E-Mail

[stuellungen@sozialministerium.at](mailto:stuellungen@sozialministerium.at)  
[vera.pribitzer@sozialministerium.at](mailto:vera.pribitzer@sozialministerium.at)

Wien, am 19. Oktober 2018

**Entwürfe eines Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes und eines  
Notarversicherungs-Überleitungsgesetzes**

Begutachtungsverfahren

**GZ: BMASGK-21119/0004-II/A/1/2018**

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren!

**I.** Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (in Folge auch *ÖGKV*) als der größte unabhängige nationale Berufsverband für alle in der Gesundheits- und Krankenpflege tätigen Personen in Österreich nimmt Bezug auf den am 14. September 2018 dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeleiteten Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Primärversorgungsgesetz, das Kinderbetreuungsgeldgesetz, das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, das Dienstgeberabgabengesetz, das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen und das Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten geändert werden und ein Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz erlassen werden soll (Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG). Der *ÖGKV* bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen einer Stellungnahme auch seine Position zum Konzept einer umfassenden Reform des Sozialversicherungswesens in Österreich darlegen zu können.

**II.** Der *ÖGKV* begrüßt ganz grundsätzlich die im Rahmen dieses Gesetzgebungsprojektes beabsichtigten Maßnahmen wie insbesondere die Reduktion der Versicherungsträger von 21 auf 5, die Umgestaltung des Hauptverbandes zum Dachverband, die Verkleinerung der Selbstverwaltungskörper, die Neuordnung der

Beitragsprüfung, die Stärkung des Aufsichtsrechtes des Bundes sowie die Novellierung der Bestimmungen über die Mehrfachversicherung.

Konkret bezugnehmend auf den vorliegenden Gesetzesentwurf wird seitens des *ÖGKV* jedoch der Umstand ausdrücklich gerügt, dass gemäß Art. 1 Z 102 (§ 351g ASVG) der Heilmittel-Evaluierung-Kommission (nur) zwei Vertreter/innen des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen, acht Vertreter/innen der Sozialversicherung, drei unabhängige Vertreter der Wissenschaft aus einschlägigen Fachrichtungen (Pharmakologen und Mediziner von Universitätsinstituten), je zwei Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer und der Österreichischen Ärztekammer sowie ein Vertreter der Österreichischen Apothekerkammer angehören sollen, weiters eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesländer, mit der/dem Empfehlungen, ob neue Arzneyspezialitäten intra- und/oder extramural verabreicht werden können, abzustimmen sind, ohne dass sich die Mehrheitsverhältnisse in der Kommission dadurch ändern, letztlich auch ein/e Vertreter/in der Patientenanwaltschaften in beratender Funktion ohne Stimmrecht.

Es ist aus Sicht des *ÖGKV* nicht nachvollziehbar, dass die weitaus größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen in intramuralen Einrichtungen und im Bereich der extramuralen Versorgung, nämlich die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, welche tagtäglich in enger fachlicher Zusammenarbeit bei der Ärzteschaft auch bei der Verabreichung von Arzneimitteln/Heilmitteln (sofern es sich um diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen handelt sogar eigenverantwortlich) tätig sind, in diesem Gremium nicht vertreten sein soll. Es steht außer Streit, dass die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege, welche sowohl freiberuflich tätige wie auch angestellte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen repräsentiert, die erforderliche Expertise aus Sicht insbesondere der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im Rahmen eines derartigen Gremiums zu liefern imstande ist.

**In diesem Sinne fordert der *ÖGKV*, den vorliegenden Gesetzesentwurf dahingehend zu ergänzen, dass in der Heilmittel-Evaluierung-Kommission gemäß § 351g Abs. 3 ASVG auch zwei Vertreter der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe anzugehören haben, wobei diese durch den gemäß § 65c Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz eingerichteten Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat zu nominieren sind.**

**III.** Der *ÖGKV* erlaubt sich aber nachstehend auch auf jene Aspekte hinzuweisen, welche aus Sicht der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe einer ergänzenden gesetzlichen Umsetzung bedürfen, um das vom *ÖGKV* seit Jahren geforderte Konzept der multiprofessionellen und interdisziplinären (Primär-)Versorgung in Österreich zum Wohle jener Teile der Bevölkerung, welche Gesundheitsdienstleistungen nachfragen und benötigen, im Sinne der diesem Konzept zu Grunde liegenden Zielsetzungen zu ermöglichen. Die Idee der im vorliegenden Gesetzesentwurf beabsichtigten Schaffung einer „**Österreichischen Gesundheitskasse**“ entspricht dieser Überlegung und bietet aber gleichzeitig die **Chance**, ganz grundlegende Regelungen **zur Definition von „Gesundheitsleistungen“** (und nicht ausschließlich von Leistungen der Krankenbehandlung im Sinne einer „Reparaturmedizin“) zu erlassen:

## **A. GRUNDSATZPOSITION DES ÖGKV:**

Multiprofessionelle Zusammenarbeit ist ein wesentlicher Baustein der Gesundheitsversorgung in Österreich. Damit sollen die Erstversorgung und die Behandlung chronisch kranker Menschen und psychisch kranker Menschen wesentlich verbessert werden.

Um multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verwirklichen, sind daher auch nichtärztliche Gesundheitsberufe – so insbesondere Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe - im Rahmen der beabsichtigten Reform im Sozialversicherungswesen Österreich entsprechend abzubilden. Auch die beteiligten Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe müssen juristisch abgesichert und angemessen honoriert werden. Nur so werden die Einbindung und gute Qualität garantiert und die Gleichstellung bzw. Zusammenarbeit auf Augenhöhe möglich.

## **B. ANPASSUNGSBEDARF IM SOZIALVERSICHERUNGSRECHT:**

Die Umsetzung eines Konzepts zur multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsversorgung in Österreich erfordert aus Sicht des ÖGKV nach wie vor vorgesehene Anpassungen der sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen.

Da die Leistungen des multiprofessionellen und interdisziplinär agierenden Teams von Angehörigen ärztlicher wie auch nichtärztlicher Gesundheitsberufe ja auch durch Primärversorgungseinheiten in der Form von Netzwerken, in denen jeweils freiberuflich agierende Angehörige von Gesundheitsberufen durch Kooperationsvereinbarungen zusammengefasst werden könnten, erbracht werden, erachtet der ÖGKV auch die Schaffung von Voraussetzungen zum Abschluss von Gesamt- wie auch Einzelverträgen betreffend diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für unabdingbar.

Darüber hinaus erfordert das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsversorgung (auch im Sinne der Primärversorgung) in Österreich eine zeitgemäße und dem Kompetenzprofil von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege entsprechende Definition der von diplomierten Pflegepersonen im Rahmen des Konzepts der Gesundheitsversorgung zu erbringenden und von der Sozialversicherung zu erstattenden Leistungen.

### **1. Gesamtvertragsrecht**

a. Im 6. Teil des ASVG (§§ 338 ff ASVG) sind die Beziehungen der Träger der Sozialversicherungen (des Hauptverbandes) zu den Angehörigen des ärztlichen und zahnärztlichen Berufs, des Dentisten-, Hebammen- und Apothekerberufs sowie zu den Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen geregelt.

Wenn man davon ausgeht, dass ein Gesamtvertrag zwischen den Trägern der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) und einer Interessenvertretung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe angestrebt werden soll, ist die einschlägige Bestimmung des § 349 ASVG zu beachten:

Gemäß § 349 Abs. 3 ASVG können die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Zahnärzten, Gruppenpraxen, Dentisten, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und Krankenanstalten durch Gesamtverträge geregelt werden. Hierbei finden die Bestimmungen des § 341 ASVG mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, dass an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

**b.** Betreffend die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, welche über keine gesetzliche (d.h. berufsständisch als Kammer oder vergleichbare Körperschaft organisierte) Interessensvertretung verfügen, sieht § 349 Abs. 2 ASVG die Möglichkeit vor, Gesamtverträge jeweils mit beruflichen Interessensvertretungen der klinischen Psychologen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychologenbeirates (§ 20 Abs. 1 Z 8 des Psychologengesetzes), sowie beruflichen Interessensvertretungen der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (§ 21 Abs. 1 Z 9 des Psychotherapiegesetzes), vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales (nunmehr Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) mit Bescheid festgestellt worden ist, abzuschließen. Hierbei finden die §§ 341, 342 und 343 Abs. 1 bis 3 ASVG mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, dass an die Stelle der Ärztekammer die **jeweilige freiwillige berufliche Interessensvertretung** tritt.

**c.** Der *ÖGKV* vertritt die Überzeugung, dass auch der **ÖGKV als freiwillige berufliche Interessensvertretung** (und im Übrigen gemäß § 13 Abs. 2 Z 9 Gesundheitsberuferegister-Gesetz [GBRG] als im Registrierungsbeirat gesetzlich verankerte Interessensvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich) Partner eines Gesamtvertrages mit dem Träger der Krankenversicherung (bzw. aktuell noch des Hauptverbandes) sein könnte. Dazu müsste jedoch die Leistungsfähigkeit bezüglich der Gesundheitsversorgung – wohl aufgrund eines Sachverständigengutachtens – vom zuständigen Bundesminister festgestellt werden. Ein derartiges Sachverständigengremium könnte auch der gemäß § 65c GuKG eingerichtete Gesundheits- und Krankenpflegebeirat sein.

Dazu ist jedoch anzumerken, dass für die Übernahme einer derartige Aufgabe auch der gesetzliche Kompetenzbereich des Gesundheits- und Krankenpflegebeirates gemäß § 65c GuKG entsprechend erweitert werden müsste.

Für ein § 349 Abs. 2 ASVG analoges Vorgehen, nämlich den *ÖGKV* als freiwillige berufliche Interessensvertretung durch Bescheid des zuständigen Bundesministers zu legitimieren, Gesamtverträge abzuschließen, fehlt somit nach Einschätzung des *ÖGKV* sowohl im GuKG als auch im ASVG die gesetzliche Grundlage.

**d.** Um somit den Abschluss von Gesamtverträgen zwischen den Sozialversicherungsträgern (bzw. derzeit noch dem Hauptverband) und einer Interessensvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich zu ermöglichen, müsste sowohl im ASVG (durch eine dem § 349 Abs. 2 ASVG vergleichbare Bestimmung) als auch im GuKG durch Anpassung des Aufgabenbereiches des Gesundheits- und Krankenpflegebeirates gemäß

## **§ 65c GuKG der gesetzliche Rahmen geschaffen werden, um dem ÖGKV die Kompetenz zum Abschluss eines Gesamtvertrages zu ermöglichen.**

Für den Fall des Abschlusses von Gesamtverträgen betreffend Primärversorgungseinheiten wird somit nicht nur die Österreichische Ärztekammer, sondern dann auch der *ÖGKV* verbindlich einzubeziehen sein.

### **2. Definition von „Gesundheits- und Krankenpflege“ als neue Leistungen der Sozialversicherung**

**a.** Als eine Organisationsform der Primärversorgung sind bekanntlich **Netzwerke** der beteiligten Gesundheitsberufe vorgesehen. Sowohl in dieser Organisationsform als auch bei **Organisation über Vereine** sehen die Regelungen über die Primärversorgung keinerlei Möglichkeit einer Bewertung des Kostenanteils von Leistungen des gehobenen Dienstes in der Gesundheits- und Krankenpflege vor.

Zu Recht wurde und wird immer wieder thematisiert, dass aktuell von den Leistungen, welche Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung zu erbringen berechtigt sind, nur Maßnahmen der „Medizinischen Hauskrankenpflege“ im Rahmen von bestehenden Verträgen zwischen Sozialversicherungsträgern und Leistungserbringern direkt (zu Gunsten der versicherten Patienten) abgerechnet werden können.<sup>1</sup>

Das österreichische Sozialversicherungssystem ist aktuell noch vom grundsätzlichen Gedanken geprägt, dass

- die Krankenversicherung Vorsorge trifft (§ 116 Abs. 1 ASVG)
  - für die evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
  - für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und der Mutterschaft;
  - für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für die Hilfe bei körperlichen Gebrechen;
  - für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;
  - für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention, demgegenüber
- das Pflegegeld den Zweck hat, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen (§ 1 BPGG).

**b.** Wenn man aber den grundsätzlichen Überlegungen des Konzepts zu multiprofessioneller und interdisziplinärer Gesundheitsversorgung (auch im Sinne der Primärversorgung) in Österreich folgt, wonach eine Kostentragung der

---

<sup>1</sup> Der Vollständigkeit halber sei festgehalten, dass gemäß § 159 ASVG auch der Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingschwester(n) (nunmehr: Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen [Kinder- und Jugendlichenpflege]) als Leistungen der Krankenversicherung gewährt werden können.

Sozialversicherungsträger auch für das umfassende und breite Spektrum von Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege ermöglicht werden könnte, in diesem Sinne über Maßnahmen des Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG hinausgehen würde, so bedarf dies nach Überzeugung des ÖGKV einer **grundlegenden Neudefinition der gesetzlichen Zielsetzung der Krankenversicherung hin zum Begriff einer „Gesundheitsversicherung“**. Gerade vor dem Hintergrund von Überlegungen des Konzepts zu multiprofessioneller und interdisziplinärer Gesundheitsversorgung in Österreich (auch) zur umfassenden Betreuung und Behandlung von chronisch kranken Menschen ist etwa die aktuell noch bestehende Einschränkung des § 151 Abs. 5 ASVG zu hinterfragen, dass medizinische Hauskrankenpflege pro Versicherungsfall grundsätzlich zunächst einmal nur für 4 Wochen zu gewähren ist.

Ein erster Schritt der verstärkten Einbindung der von – insbesondere diplomierten – Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eigenständig und ohne ärztliche Anordnung zu erbringenden Leistungen könnte auf der Grundlage von § 116 Abs. 1 Z 5 ASVG gesetzlich geregelt werden, wonach die Krankenversicherung auch Vorsorge zu treffen hat für *„zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention“*. Dazu müssten dieser Zielsetzung dienende Pflegeleistungen definiert werden, welche aus Anlass einer umfassenden Novelle zum ASVG als eigenständig zu erbringende Leistungen (vergleichbar etwa dem Hebammenbeistand gemäß § 159 ASVG) gesetzlich verankert werden könnten.

c. Letztlich wird man nach Überzeugung des ÖGKV gut beraten sein, das bislang unter dem Titel „Medizinische Hauskrankenpflege“ zusammengefasste Leistungsspektrum von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nicht nur neu zu definieren, sondern überhaupt unter der Überschrift **„Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege“** zusammenzufassen.

Ebenfalls einer gesetzlichen Neuregelung zugeführt werden müsste jedenfalls die Thematik, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bereits jetzt aus berufsrechtlicher Sicht zur Anordnung von Maßnahmen der pflegerischen Kernkompetenz berechtigt sind, im Rahmen derer auch Medizinprodukte notwendigerweise verwendet werden müssen (zum Beispiel Inkontinenzbehelfe, Pflegeprodukte zur Stomaversorgung, Mobilitätshilfen etc.).

d. Aus alledem abgeleitet sind ergänzend noch weitere thematische Aspekte zu regeln:

**1. Wie werden Leistungen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Mindestleistungskriterien im Vertrag der Primärversorgung integriert?**

Diese Leistungen sind im Wesentlichen bereits durch die medizinische Hauskrankenpflege erfasst und sind dem Kompetenzbereich § 15 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) zuzuordnen. Der Kostenersatz erfolgt aktuell in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich und ist ausschließlich über Pauschalen geregelt. Diese Pauschalen der Krankenversicherungsträger sind derzeit Bestandteil des Sozialbudgets der Bundesländer.

## **2. Wie wird Qualität- und Kostentransparenz von Pflegeleistungen für die Systempartner, aber in erster Linie für PatientInnen nachvollziehbar?**

Mangels Regelung auf Bundesebene hinsichtlich erforderlicher Mindestkriterien erfolgt die Leistung im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege in den Bundesländern unterschiedlich. Es ist demnach konkret nicht nachvollziehbar, inwieweit die Pauschalen der Krankenversicherungsträger die erforderlichen Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege finanziell abdecken. Darüber hinaus fehlen eine diesbezügliche Qualitätskontrolle sowie eine Orientierungsmöglichkeit, wie etwa Honorarkataloge, für die individuelle Finanzierung.

### **C. ERGÄNZENDER NOTWENDIGER ANPASSUNGSBEDARF IM GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERECHT:**

Die Umsetzung des Konzepts zur multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsversorgung in Österreich bedarf zunächst aus Sicht des ÖGKV der Anpassung im Bereich der Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, aber auch bei den Regelungen betreffend Berufsausübung.

#### **1. Änderung des § 14 GuKG „Pflegerische Kernkompetenz“:**

a. Der ÖGKV fordert weiterhin die schon einmal diskutierte und in Aussicht gestellte Einführung eines § 14 Abs. 3 GuKG, wonach (nunmehr so bezeichnete) pflegerische Kernkompetenz auch die Anwendung, Verabreichung, Verordnung und Verschreibung von Medizinprodukten und pflegerelevanten Arzneimitteln umfasst, die auf der Grundlage der pflegerischen Kernkompetenz gemäß § 14 Abs. 1 und 2 GuKG zur Anwendung kommen.

b. Im Zusammenhang mit der **Versorgung von Patienten mit Ileo-, Jejun-, Kolo- und Urostoma** ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Versorgung von Menschen mit sowie die Versorgung des Kolostomas und/oder Ileostomas selbst eine **pflegerische Maßnahme** ist; hautreinigende und –schützende sowie stomarandreinigende und –schützende Pflegeinterventionen im Rahmen der lokalen Pflege von Colo- und Ileostoma können demnach sogar an Angehörige der (nunmehrigen) Pflegeassistenz delegiert werden (BMG 13.1.2012, 92251/0147-II/A/2/2011).

Auch die Versorgung von Menschen mit sowie die Versorgung des Urostomas selbst ist eine pflegerische Maßnahme. Hautreinigende und -schützende sowie stomarandreinigende und -schützende Pflegeinterventionen im Rahmen der lokalen Pflege von Urostoma können ebenso an Angehörige der (nunmehrigen) Pflegeassistenz delegiert werden, sofern eine persönliche Beurteilung der Stomaverhältnisse und darauf basierend eine entsprechende Anordnung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt sowie die Aufsicht durch diesen gewährleistet ist (BMG 10.12.2013, 92251/0181-II/A/2/2013 = ÖZPR 2014/4).

Aus Sicht des ÖGKV sollte die hohe Kompetenz von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Betreuung und Beratung von

Patienten mit (blandem) Stomata dahingehend berücksichtigt werden, dass – klarstellend – diese Handlungsmöglichkeit in der pflegerischen Kernkompetenz dezidiert verankert wird, darüber hinaus auch die Kompetenz zur Vornahme von Produktpassungen ausschließlich unter pflegerischen Aspekten in dieser Bestimmung aufgenommen wird. Ein Hinweis auf den Erwerb von erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen ist aus Sicht des ÖGKV entbehrlich, weil der erhöhte Sorgfaltsmaßstab gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 GuKG, die umfassende Bildungspflicht gemäß § 4 Abs. 2 GuKG sowie der Aspekt der Einlassungs- und Übernahmefähigkeit diese Berufspflicht umfassend absichern.

Der ÖGKV ersucht daher, im Rahmen der beabsichtigten Neuregelung des Sozialversicherungswesens in Österreich auch eine Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) zu veranlassen und **nachstehende Regelung als (neuen) § 14 Abs. 3 GuKG aufzunehmen:**

*„(3) Von den pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst sind auch*

- 1. die Anwendung, Verabreichung, Verordnung und Verschreibung von Medizinprodukten und pflegerelevanten Arzneimitteln insbesondere in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Lagerung Behelfe, Körperpflege, Inkontinenzversorgung, Mobilisation- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien, prophylaktische Hilfsmittel und Messgeräte, die auf der Grundlage des Pflegeprozesses und im Rahmen der pflegerischen Kernkompetenzen gemäß Abs. 1 und 2 zur Anwendung kommen,*
- 2. die Versorgung von Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen mit Ileostoma, Jejunostoma, Kolostoma und Urostoma, die Versorgung des Ileostomas, Jejunostomas, Kolostomas und Urostomas selbst, die Vornahme von hautreinigenden und –schützenden sowie stomarandreinigenden und –schützenden Pflegeinterventionen im Rahmen der lokalen Pflege von Ileostoma, Jejunostoma, Kolostoma und Urostoma einschließlich der Verordnung und Verschreibung von Medizinprodukten und pflegerelevanten Arzneimitteln, sowie*
- 3. die Vornahme von Produktpassungen ausschließlich unter pflegerischen Aspekten.“*

Weiters erachtet es der ÖGKV – wie bereits oben ausgeführt – für erforderlich, nachstehende **Verordnungsermächtigung als (neuen) § 14 Abs. 4 GuKG** aufzunehmen:

*„(4) Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz wird ermächtigt, nach Anhörung des Gesundheits- und Krankenpflege-Beirats gemäß § 65c durch Verordnung nähere Bestimmungen betreffend die Anwendung, Verabreichung, Verordnung und Verschreibung von Medizinprodukten und pflegerelevanten Arzneimitteln gemäß Abs. 3 durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege festzulegen.“*



## 2. Notwendigkeit der Änderung des § 15a „Weiterverordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten“

Der ÖGKV betrachtet es als geboten an, den durch die GuKG-Novelle 2016 eingefügten § 15a GuKG dahingehend zu ändern, dass unter gewissen Voraussetzungen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Weiterverordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten berechtigt sind. Die Änderung des bestehenden § 15a GuKG würde den „Konsenspapieren“ der Arbeitsgruppen „Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Schwerpunkt Medizinprodukte“ und „Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Schwerpunkt Arzneimittel“ vom 1. Halbjahr 2012 entsprechen, vor allem jedoch vielfach eine vereinfachte Vorgehensweise zum Wohle der betroffenen Patienten – insbesondere im Rahmen der multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsversorgung/Primärversorgung – ermöglichen.

Der ÖGKV versucht daher, **§ 15a GuKG wie folgt zu ändern:**

*„(1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Delegation gemäß § 15 GuKG vom Arzt verordnete*

*1. Medizinprodukte zur medizinisch-diagnostischen und/oder medizinisch-therapeutischen Anwendung,*

*2. Arzneimittel in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Atmung, Anwendung auf der Haut, Verdauung und Prophylaxe*

*im Rahmen der Kompetenzen der medizinische Diagnostik und Therapie so lange weiter anzuwenden und weiter zu verordnen, bis die sich ändernde Situation des Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen die Rückmeldung an den Arzt erforderlich macht oder der Arzt die Delegation ändert. Davon unberührt bleiben die pflegerische Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß §14 GuKG.*

*(2) Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz wird ermächtigt, nach Anhörung des Gesundheits- und Krankenpflege-Beirats gemäß § 65c sowie der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung nähere Bestimmungen betreffend die weitere Anwendung und Verordnung von Medizinprodukten und Arzneimitteln gemäß Abs. 1 durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege festzulegen.“.*

## 3. Exkurs: Notwendige Anpassung des § 350 ASVG

Der guten Ordnung halber soll festgehalten werden, dass begleitend zu den gesetzlichen Anpassungen gemäß § 14 und § 15a GuKG - wie vom ÖGKV hiermit gefordert bzw. vorgeschlagen - auch in § 350 ASVG eine Kompetenz von Angehörigen des gehobenen Dienstes in der Gesundheits- und Krankenpflege zur (Erst-)Verordnung von Heilbehelfen (Medizinprodukten), welche im Rahmen der pflegerischen Kernkompetenz anzuwenden sind, geschaffen werden müsste.

#### 4. Berufsausübung

Das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsversorgung in Österreich kann aus Sicht des ÖGKV – ohne dass die Führungskompetenz des Arztes in medizinischer Sicht in Frage gestellt werden soll – nur dann im Sinne der darin genannten Zielsetzungen verwirklicht werden, wenn eine Zusammenarbeit von eigenverantwortlich agierenden Angehörigen ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsberufe auf insbesondere berufsrechtlicher, haftungsrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher „Augenhöhe“ möglich ist.

Schon 1991 wurde in der Literatur einerseits die zunehmende Arbeitsteilung auch bei der Ausübung von freien Berufen,<sup>2</sup> andererseits – aus gesundheitspolitischen Optimierungsüberlegungen – die Notwendigkeit der Schaffung von (nicht nur auf Erwerbsgesellschaften beschränkten) Organisationsformen des Zusammenschlusses von Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe zutreffend dargelegt.<sup>3</sup>

Das bedeutet, dass im § 35 GuKG nach Auffassung des ÖGKV ein (neuer) Abs. 1a eingefügt werden sollte, wonach eine **Berufsausübung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege auch als Gesellschafter einer interdisziplinären Primärversorgungseinheit** erfolgen kann, welche in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zu errichten ist.

**IV.** Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Er weist darauf hin, dass für eine umfassende Implementierung des Systems der Gesundheitsversorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie unter Berücksichtigung der Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe eine Berücksichtigung sämtlicher von ihm in der vorliegenden Stellungnahme angesprochenen Aspekte unabdingbar ist.

Gerne und selbstverständlich steht der ÖGKV auch für weitere Rückfragen zur Verfügung. Unter einem wird eine Gleichschrift dieser Stellungnahme an das Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen



Ursula Frohner

Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes

Cc: Präsidium des Nationalrates ([begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at))

<sup>2</sup> Krejci, EGG § 1 Rz 91.

<sup>3</sup> Vgl. Scholz, Neue Organisationsformen im Bereich des Gesundheitswesens – eine Möglichkeit: die Erwerbsgesellschaft, SozSi 12/1991, 576.