

DPR
75. & 76. Ratssitzung
6./7.2.204

Reiner Schröder



Friedrich-Alexander-Universität
Medizinische Fakultät

**Uniklinikum
Erlangen**



Relevante TOPs der 75. DPR-Ratssitzung am 6./7.2.2014

1. StäBeP - Projekt Stä(rkung der) Be(rufsgruppe der) P(flegekräfte)
2. Leistungsrecht
3. Berufsrecht
4. Qualität
5. Öffentlichkeitsarbeit
6. Digitalisierung
7. Stimmengewichtung der Verbände
8. Vorstellung unseres Konzepts zur Unterstützung bei der Implementierung und Umsetzung des neuen Expertenstandard Haut“
9. Impulsreferat zu "Assistierter Suizid - (k)ein Thema der Pflege?!",
10. Weitere Themen



Relevante TOPs der 75. DPR-Ratssitzung

1. **StäBeP** - Projekt Stä(rkung der) Be(rufsguppe der) P(flegekräfte)

- Evaluation bis Ende Mai 2024 (IGES-Evaluation)
- Imagefilm
- Referent/in für Digitalisierung ausgeschrieben

2. **Leistungsrecht:** Personalbemessung Krankenhaus

- Digitale Umsetzung PPR 2.0
- Umsetzung PPR 2.0: Drängen des DPR, BMG bittet um Unterstützung bei Umsetzung
- Teilnahme am Termin „137 I SGB V Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus“
- Berücksichtigung der Sichtweisen der Verbände in Fachkommissionen



Relevante TOPs der 75. DPR-Ratssitzung

3. Berufsrecht

- Einblick in den Stand des Projektes: „Bildungsarchitektur der Pflegeberufe in Deutschland“ (BAPID)
- Vorläufige Eckpunkte **Pflegekompetenzgesetz**: Stellungnahme erarbeitet, Referentenentwurf wird erwartet
- **Pflegefachassistenzgesetz**: bundeseinheitliche Regelung, Betrachtung als Heilberuf



Relevante TOPs der 75. DPR-Ratssitzung

4. Qualität

- G-BA: Anrechnung der Psychotherapeut/innen gemäß „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) auf die Pflegeminuten

5. Öffentlichkeitsarbeit

- DPT: Programmbeiratstreffen, Struktur bleibt erhalten (5 Säulen)
- Junge Pflege integriert
- Ticketpreis Studierende: 15 Euro auf HP
- Posteraktion geplant: Ausschreibung folgt



Relevante TOPs der 75. DPR-Ratssitzung

6. Digitalisierung

- Entwicklung (Hr. Tackenberg):
 - Terminologie: Fachpflegesprache der Zukunft, Klassifikation/Pflegediagnosen, Elektronische Pflegedokumentation, Personalbemessung IT-gestützt
- Lernplattform zur Digitalisierung / eHealth.Business:
 - kostenfrei zur Verfügung gestellt, erreichbar über Homepage



Relevante TOPs der 75. DPR-Ratssitzung

7. Stimmengewichtung der Verbände

8. „Vorstellung unseres Konzepts zur Unterstützung bei der Implementierung und Umsetzung des neuen **Expertenstandard Haut**“

9. Impulsreferat zu "**Assistierter Suizid - (k)ein Thema der Pflege?!**"



Relevante TOPs der 75. DPR-Ratssitzung

10. Weitere Themen

- Kongress Lernwelten 2024, „Next Education – am Puls der Zeit für Gesundheitsberufe“, Innsbruck, 26/27.09.2024
- BLPR und der Gesetzesentwurf zur Reform und Weiterentwicklung der Vereinigung der Pflegenden in Bayern



76. DPR-Ratssitzung am 14./15.5.2024



Relevante TOPs der 76. DPR-Ratssitzung

1. StäBeP - Projekt Stä(rkung der) Be(rufsgruppe der) P(flegekräfte)
2. Leistungsrecht - PPR 2.0
3. Berufsrecht - BAPID
4. Fachkommission Pflegebildung
5. Qualität
 - a) G-BA
 - b) QAP
6. Öffentlichkeitsarbeit:
7. Positionspapier: Ass. Suizid
8. Weiteres



Relevante TOPs der 76. DPR-Ratssitzung

1. **StäBeP** - Projekt Stä(rkung der) Be(rufsgruppe der) P(flegekräfte)

- Öffentlichkeitsarbeit
- Aufbau und Entwicklung der Geschäftsstelle
- Mitwirkung bei Gesetzgebungsverfahren

2. **Leistungsrecht** - Personalbemessung Krankenhaus PPR 2.0

- Entwicklung einer Handreichungen als offizielle Arbeitshilfen (Einstufungshilfe)
 - Bezug über das BMG und InEK möglich
 - Erstellung eines Entwurfs in Zusammenarbeit mit DPR (Ziel bis Juli)
- INPULS auf ITS vorbereitet: 80 Häuser ausgewählt (Start: unbekannt)
- DKG, ver.di, DPR: Schulungen zur PPR (Webinare)
- Gesellschaft für Kinderabteilung: Schulungen Kinder PPR 2.0 / Kinder Intensiv PPR 2.0



Relevante TOPs der 76. DPR-Ratssitzung

3. Berufsrecht

- BAPID: Einblick in den Stand des Projektes: „Bildungsarchitektur der Pflegeberufe in Deutschland“

4. Fachkommission Pflegebildung

- Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) geht in „Fachkommission Pflegebildung und Pflegewissenschaft“ über



Relevante TOPs der 76. DPR-Ratssitzung

5. Qualität

■ G-BA

- planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bis Jahresende ausgesetzt
- vermutlich: Abbildung im Transparenzregister und in den Leistungsbereichen
- Sachstand der PPP-RL / Änderungen: Herabsetzen der Erfüllungsquote für alle Berufsgruppen von 95 Prozent auf 90 Prozent ab dem 3.Quartal 2024 bis 31.12.2026 sowie Aussetzen der Sanktionen bis 31.12.2025

■ Qualitätsausschuss Pflege (QAP)

- Hitzeschutzpläne, Medikamente in der Tagespflege, Leiharbeit



Relevante TOPs der 76. DPR-Ratssitzung

6. Öffentlichkeitsarbeit

- DPT - 7./8.11.2024
 - Poster-Aktion, gerne auf Webseiten „bewerben“

7. Positionspapier zum assistierten Suizid

- Diskussion im Oktober 2024
- Präsentation zum SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung)



Relevante TOPs der 76. DPR-Ratssitzung

6. Weiteres

- Pflege in institutionellen Führungsstrukturen (Positionspapier soll erarbeitet werden)
- Disaster Nursing in Deutschland: Entwicklung / Qualifikation (Katastrophen- und Zivilschutz)
- Registrierung beruflich Pflegender (RbP): 18.000 Personen registriert





Aktuelle Rückmeldung aus dem Netzwerk Pflegecontrolling

Juli 2024

Reiner Schrüfer

Pflegedirektor, Universitätsklinikum Erlangen

Jennifer Luboeinski

Koordinatorin der Netzwerke Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung
sowie Pflegecontrolling im VPU e.V.

www.vpuonline.de

Sprecher des Netzwerks Pflegecontrolling im VPU

Sprecherin:



Judith Babapirali
(Universitätsklinikum
Münster)

Stellv. Sprecher:



Ingo Eck
(Universitätsklinikum
Heidelberg)

Stellv. Sprecherin:



Nadine Joisten
(Universitätsklinikum
Bonn)

Sprecher:



Sebastian Wolf
(Universitätsklinikum
Dresden)

Derzeit 73 Pflegecontroller:innen aus 32 Universitätskliniken vernetzt.

Aktuelle Themen

Pflegepersonalregelung 2.0/Pflegepersonalbemessungsverordnung

- Versand des Lastenhefts PPR 2.0 an Softwareanbieter der Universitätskliniken - bereits erste Gesprächsführungen

Auszug:

Gilt für A- und S-Bereich

Kategorie	Anforderung an das System	Erwachsenen PPR	Kinder PPR	Begründung	Bemerkung
Zuordnungsmerkmale für die PPR-Eingruppierung	Bei Alter unter 18 Jahre muss die Möglichkeit zur Anwendung der Kinder-PPR gegeben sein.	x	x	Automatische Zuweisung der PPR-Systematik (Erwachsenen- oder Kinder-PPR) anhand des Geburtsdatums, Gewichts und Aufnahmedatums.	Es gibt keine verbindlichen Vorgaben, ob Kinder auf Erwachsenenstationen der Kinder- oder der Erwachsenen-PPR zuzuordnen sind. Die Häuser müssen die Möglichkeit haben, dies individuell festzulegen. Erwachsene, die in der Kinderklinik aufgrund ihres Krankheitsbilds betreut werden, sind der Altersklasse J zuzuordnen.

- Virtuelle Treffen zum Austausch PPR 2.0 fanden statt u.a. zu Schulungskonzepten, offenen Fragen
- FAQs sollen vpu-seitig zusammengestellt und auf der VPU-Website veröffentlicht werden

Aktuelle Themen

Machbarkeitsanalyse & Begleitforschung des Netzwerkes Pflegecontrolling zur laufenden Erprobung von INPULS®

- KPMG veröffentlichte einen Abschlussbericht, der nur vage auf den Zustand der verschiedenen Krankenhäuser einging
- Angefragte Daten von KPMG konnten nicht individuell reproduziert werden, um eine krankenhausesindividuelle Analyse zu ermöglichen

Ziel des Vorhabens:

- Vergleichbarkeit der Daten auf Uniklinikebene, Daten aus Häusern ohne etablierte INPULS-Dokumentation sollen gesammelt und verglichen werden
- Keine zusätzliche Datenerhebung, sondern Nutzung täglicher Daten
- Ergebnisse der KPMG-Erprobung werden mit eigenen Ergebnissen verglichen

Erprobung von INPULS:

- ähnliches Vorgehen wie bei PPR 2.0 erwartet. Einige haben INPULS bereits etabliert, andere noch nicht

Aktuelle Themen

Teilnehmende Unikliniken: Bonn, Mannheim, Charité Berlin, Frankfurt, Würzburg, Medizinische Hochschule Hannover

Machbarkeitsanalyse: Würzburg und Frankfurt positiv gegenüber Teilnahme

Erhebungsplanung:

- Daten sollen erst ab Ende Juli/Anfang August gesammelt werden, um einen aussagekräftigen Erhebungszeitraum zu gewährleisten
- Planung und Abstimmung via Online-Meeting und Bereitstellung von Templates
- Datenerhebung und -validierung geplant für die KW 31-35, gefolgt von der Datenanalyse

Abschließende Phasen:

- Vergleich mit KPMG-Abschlussbericht vorgesehen für KW 42-44
- Ergebnisse sollen intern im Mitgliederbereich kommuniziert und dann evaluiert werden

Aktuelle Themen

Geplante Netzwerktagungen:

- 20. September 2024 von 09:30 – 16:00 Uhr in der VPU-Geschäftsstelle Berlin als hybrid-Veranstaltung
 - Agenda wird mit den Netzwerksprechern abgestimmt
-
- 25. - 26. Februar 2025 im Universitätsklinikum Heidelberg

Weitere geplante Themen (Themenspeicher)

- Pflegepersonalgewinnung – Maßnahmen/Programme
- Tarifverträge
- weitere...

Sonstiges:

- Zukünftig wird es Arbeitsgruppen (AGs) zu Pflegecontrolling-Themen geben. Bisher gab es AGs zur PPR 2.0
- Ausbau der Internetpräsenz des Netzwerks Pflegecontrolling

**Verband der PflegedirektorInnen der Universitätskliniken
und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.**

Kontakt: info@vpu-online.de

www.vpu-online.de

Bericht zu ausgewählten Themen der 65. Sitzung des VUD-Finanzausschusses

Marcus Huppertz

Diese Präsentation bietet einen Kurzüberblick zu o. g. Sitzung, insbesondere auf Basis der vom VUD bereitgestellten Unterlagen und teilweise auf Grundlage der Finanzausschusssitzung selbst (vorbehaltlich der Bereitstellung des Protokolls sowie gezeigter Präsentationen)

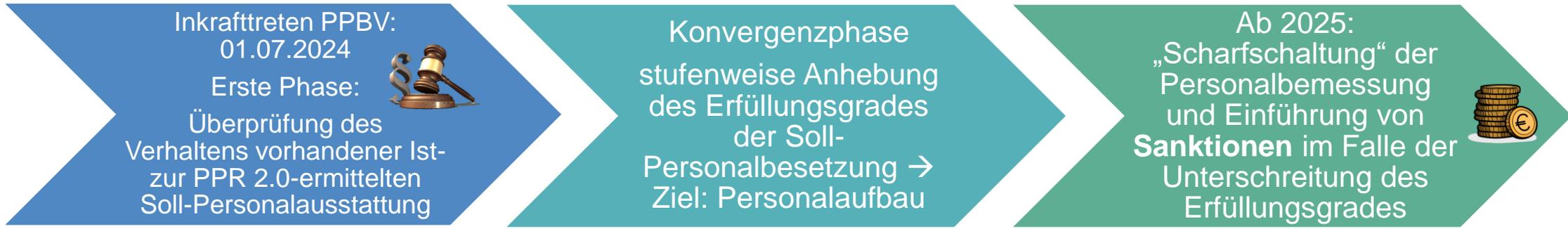
Weiterführende Informationen bzw. Unterlagen können bei Interesse angefragt werden



Agenda

- ▶ Zu TOP 1b): Berichterstattung der Geschäftsstelle
 - Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV)
 - Abfrage der Charité zu „Wirtschaftliche Stabilität der Universitätskliniken“ (Auszug)
 - Umsatzsteuergesetz
- ▶ TOP 2: Krankenhaus- und Notfallreform
 - a) Aktueller Sachstand des KHVVG und NotfallG
 - d) Bundes-Klinik-Atlas
- ▶ TOP 5: Vorläufige Ergebnisse aus der VUD-Erhebung zu den Jahresergebnissen 2023
- ▶ TOP 7a Ambulantisierung: 10. Stellungnahme der Regierungskommission zur Überwindung der Sektorengrenzen

1b) Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) (Folie 1 v. 2)



Ziel: Beschäftigung einer bedarfsgerechten Anzahl an Pflegekräften in Krankenhäusern



Ermittlung und Gegenüberstellung Soll-Ist-Personalbesetzung nach PPR 2.0 in bettenführenden Stationen der Somatik



- Normalstationen für Erwachsene
 - Normalstationen für Kinder
 - Intensivstationen für Kinder
 - Übermittlung der erhobenen Daten an das InEK
- 



Veränderte Anrechenbarkeit der Arbeitsstunden von Pflegehilfskräfte auf Normalstationen

- für Erwachsene: bis zu 20 % (vorher 10 %)
- für Kinder: bis zu 10 % (vorher 5 %)

Meldungen an InEK pro Krankenhausstandort

- Initialmeldung bis 31.08.2024 (Fachabteilungen, zugeordnete Stationen, Bettenanzahl)
- 1. Quartalsmeldung: Abschluss bis 31.01.2025
- 1. Jahresmeldung: Abschluss bis 30.06.2026 (durch Wirtschaftsprüfer bestätigt)

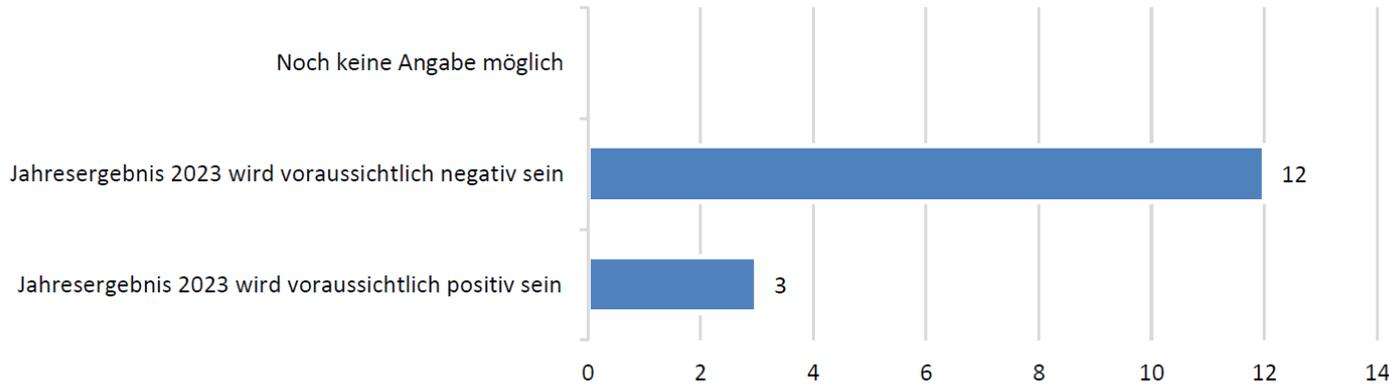
Details zur technischen Umsetzung der Angaben werden bis 31.07.2024 festgelegt / auf Internetseite des InEK veröffentlicht

- ▶ Nach § 137i SGB V erfolgt Weiterentwicklung bzgl.
 - Bedarfsgerechter Personalausstattung
 - Digitaler, bürokratiearmer und standardisierter Anwendung des Instruments

- ▶ Umfassende Evaluierung der PPBV bis 01.07.2029 hinsichtlich
 - Bedarfsgerechtem Qualifikationsmix, Harmonisierung, Entbürokratisierung der Regelungen zum Pflegepersonaleinsatz
 - Wirkung und Validität der Instrumente

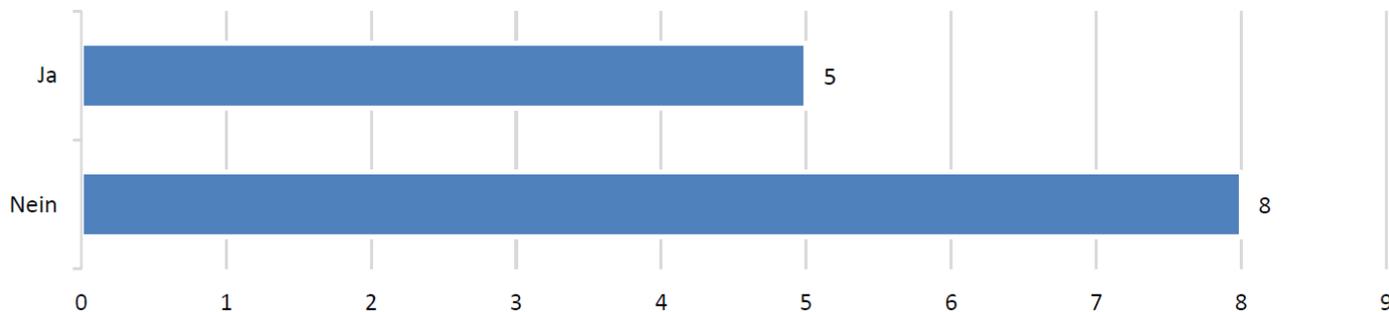
1b) Abfrage der Charité zu „Wirtschaftliche Stabilität der Universitätskliniken“ (Auszug)

1. Wird Ihre Universitätsklinik mit dem Jahresabschluss 2023 voraussichtlich ein positives Jahresergebnis erzielen oder dieses verfehlen?



11 UK geben an, innerhalb der nächsten 3 Jahre, nicht aus eigener Kraft / ohne relevante regulatorische Änderungen die finanzielle Schieflage beheben zu können

5. Nehmen Sie als Reaktion auf die wirtschaftliche Situation strukturelle Änderungen vor (z. B. in Bezug auf die Infrastruktur, die Bettenkapazitäten oder das Leistungsportfolio)?



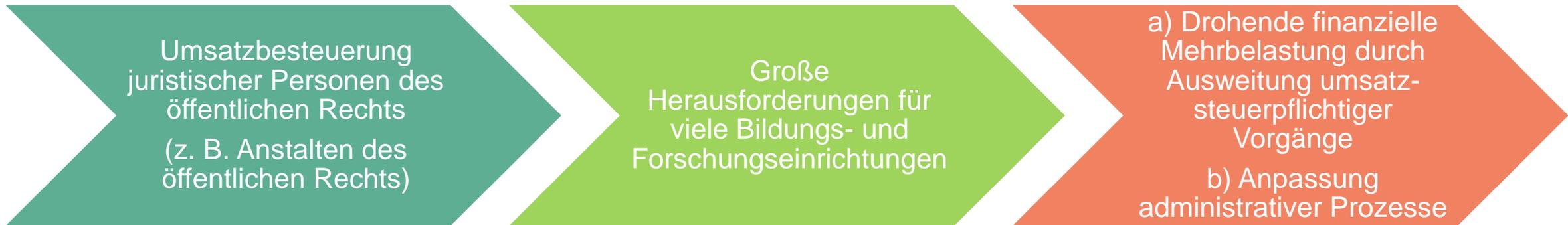
Angegebene Änderungen

Strukturelle Änderungen finden statt, aber aus anderen Gründen (z.B. AOP)

Voraussichtlich: Ja. Es ist allerdings noch die Strategie in Überarbeitung.

Im Rahmen der laufenden Überprüfung der Strategie wird das immer gemacht, nicht nur wegen der besonderen wirtschaftlichen Lage

▶ Paradigmenwechsel durch § 2b UStG

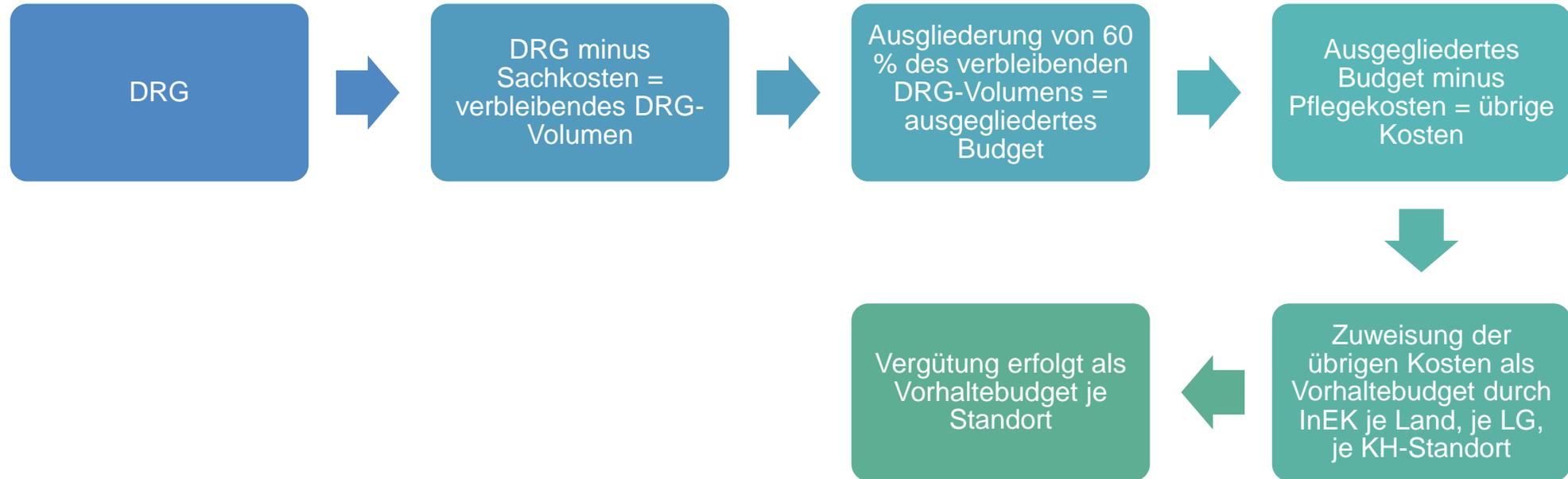


▶ Übergangsfrist zur Nichtanwendung der Umsatzsteuer bis Jahresende 2026 verlängert

2a) Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) (Seite 1 v. 3)

- Kabinettsbeschluss am 15.05.2024
- KHVVG ist nach Krankenhaustransparenzgesetz das zentrale Gesetz zur Umsetzung der KH-Reform

Bundesweite Leistungsgruppen (LG)	Vorhaltefinanzierung	Transformationsfonds (TF)	Koordinierungsfunktion für UK	Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> • Bündelung von Leistungen in LG → Konzentration von Leistungen mit hoher Qualität • LG auf KH-Standort bezogen (2km-Radius) • Pro LG: Qualitätskriterien (QK) und „Mindestvorhaltezahlen“ • KH: Pflicht zum Nachweis von QK (Personal- und Sachausstattung, Prozess- und Strukturqualitätsmerkmale etc.) • Nichteinhaltung der QK → keine Abrechnung der Leistung • Bei Inkrafttreten gelten zunächst 60 LG sowie QK aus KH-Plan von NRW → Weiterentwicklung LG und QK anhand zustimmungspflichtiger Verordnung vorgesehen (Erlass bis 31.03.25, Inkrafttreten: 01.01.27) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergänzende Einführung zu DRG-Finanzierung • An Festlegung LG angeknüpft • Aus DRG-Finanzierungsvolumen gespeist • Grafik siehe nächste Folie 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung eines TF mit Volumen von 5 Mrd. € / Jahr von 2026 bis 2035 → dazu: Entnahme von bis zu 2,5 Mrd. € p. a. aus Gesundheitsfonds • Förderkriterien orientieren sich am KH-Strukturfonds • UK lt. Gesetzesbegründung grundsätzlich für alle Tatbestände förderfähig • UKs nur förderfähig für telemed. Netzwerke und Zentren für seltene Erkrankungen, wenn auch nicht-universitäre KH beteiligt • Verordnung des BMG zur Umsetzung des TF vorgesehen • Bei geförderten Zusammenschlüssen, aussetzen der Fusionskontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Länder ggü. UK berechtigt, KH-übergreifende Koordinierungsaufgaben für Prozesse, Kapazitäten sowie telemed. & informationstechn. Netzwerke zuzuweisen • GKV-SV und DKG sollen Koordinierungsaufgabe konkretisieren → jedoch kein Einfluss auf zugewiesene Finanzmittel • InEK verteilt jährlich 125 Mio. € auf KH-Standorte mit Koordinationsaufgabe, Höhe richtet sich nach Anteil am Vorhaltevolumen • Zusätzlich erhalten UK für speziellen Vorhaltungen jährlich 75 Mio. €, verteilt durch InEK nach Anteils aller Hochschulkliniken am bundesweiten Vorhaltevolumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von insg. + 538 Mio. € p.a. für Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin → Verteilung über Anteile am Vorhaltevolumen • Erhöhung Zuschläge für Sicherstellungs-KH • Erhöhung Notfallzuschläge ab 2027 um 33 Mio. € p.a. • Erhöhung Landesbasisfallwerte und PEPP-Entgelte • Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen aller Berufsgruppen rückwirkend ab 2024 • Dauerhafte Verankerung des „Fünf-Tage-Zahlungsziel“ für Krankenkassen • Überführung Einzelfall- in Stichprobenprüfung durch Med. Dienst ab 2027 → Erstellung Prüfkonzert durch MD 07.2024 7

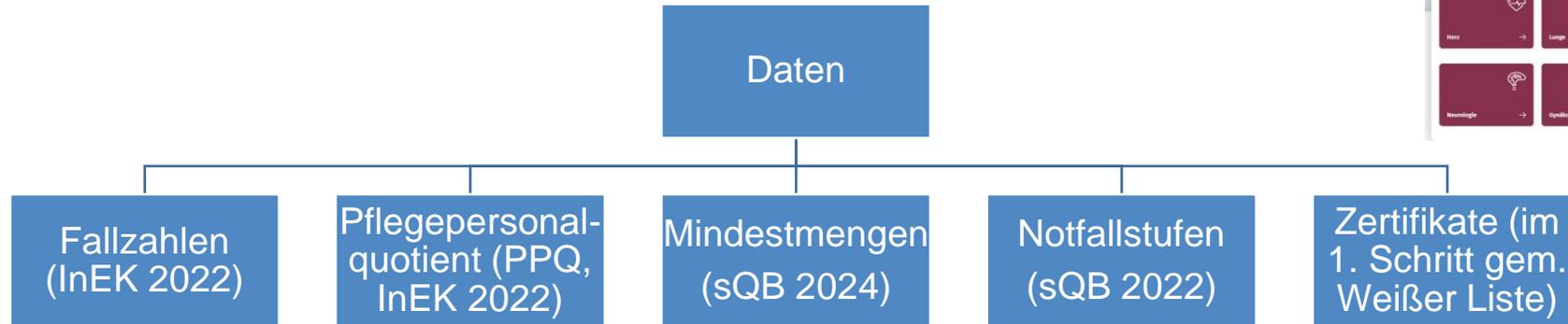


- Nach aktuellem Stand / teils in Klärung (*Aussage vorbehaltlich Sitzungsprotokoll*):
 - Einfließen des Pflegeerlös in Vorhaltefinanzierung
 - Länderbezogene Zuweisung von Vorhaltebudgets → Rausrechnen des Vorhalteanteils aus DRG und Zuordnung zu Leistungsgruppen (Plan: Berechnung mit DRG in 2025)
 - Einfluss eines hohen Pflegebudget auf Vorhaltefinanzierung noch nicht bekannt
 - VUD klärt Frage der Pflegekostenrefinanzierbarkeit
- Änderung der Fallzahlen um mind. 20 % → Änderung des zukünftigen Vorhaltebudgets (ab 2029 zunächst 2-, danach 3-jähriger Rhythmus zur Neuermittlung vorgesehen)
- 2025 & 2026: Vorhaltebudgets noch keine Konsequenz (budgetneutrale Phase)
- 2027 & 2028: Konvergenzphase
- Ab 2029 greift Vorhaltefinanzierung vollständig (Leistungen ohne LG nicht mehr abrechenbar)

- ▶ Gesetzesentwurf
 - Änderungen im parlamentarischen Verfahren erwartet (2. Durchgang Bundesrat am 22.11.24 vorgesehen)
 - Große Vorbehalte ggü. Gesetz seitens Landesgesundheitsminister (LGM) (Länderhoheit Krankenhausplanung bedroht)
 - Gesetz nicht zustimmungspflichtig; über Aufruf Vermittlungsausschuss jedoch mind. Verzögerung möglich (Mehrheit LGM nötig)
- ▶ VUD hat wesentliche Wissenschafts- / Finanzminister der Länder auf Bedeutungen einzelner Regelungen im Gesetz für langfristige wirtschaftliche Situation der UKs aufmerksam gemacht, u. a.
 - Befürwortung der LG-Einführung in Kombination mit Vorhaltefinanzierung
 - Vorteil: bedarfsgerechte Finanzierung von KH entsprechend des konkreten Versorgungsauftrags
 - Voraussetzung: Initiierung Strukturwandel → Überarbeitung des derzeitigen LG-Katalogs, kein weiteres Aufweichen von Ausnahmen (wie nach Sicherstellungshäusern)
 - Ansonsten: hoher bürokratischer Aufwand, negative Auswirkung auf UK → Ziel / Forderung: Verringerung des 20%-Fallzahlkorridors auf 5 % oder max. 10 %
 - Notwendigkeit der gesetzlichen Verankerung einer Abverlegungsmöglichkeit von KH höherer in KH niedriger Versorgungsstufen → Aufnahmeverpflichtung; Erstattung Transportkosten durch Kostenträger
 - Notwendigkeit, Standortdefinition (2 km-Regel) gesetzlich anzupassen → große über ein Stadtgebiet verteilte KH mit einheitl. Organisations- und Leitungsstruktur sollten als ein Standort gewertet werden

- ▶ Am 07.06.2024 haben Verbände vom BMG den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung erhalten → Ziel: Stellungnahme
- ▶ Gesetzentwurf enthält keine
 - Neuregelungen zum Rettungswesen
 - Maßnahmen zur Steuerung des Patientenverhaltens
- ▶ VUD-Geschäftsstelle erstellt bis Ende Juni 2024 Stellungnahme

- ▶ Erstveröffentlichung unter: www.bundes-klinik-atlas.de → weitere Funktionen angekündigt
- ▶ IQTIG war mit Zusammenführung, Aus-/Bewertung sämtlicher Datenquellen beauftragt (InEK, EOS-Daten, Landesverbände der Krankenkassen etc.)
- ▶ Daten



- Darstellung über 5-stufigen Tachometer der einzelnen KH-Standorte von grün (sehr viele / weit überdurchschnittlich) nach rot (sehr wenige / weit unterdurchschnittlich)
- Funktion „Krankenhausvergleich“ bietet Vergleich markierter KH-Standorte
- ▶ Derzeit noch Schwachstellen sowie verschiedene methodische Fragen (z. B. eindimensionale Suchfunktion nach Fallzahl, hinsichtlich PPQ: fehlende Berücksichtigung von Pflegekräften nicht-bettenführender Abteilungen, Unterschiede in Bettenauslastung)

Zu 5) Vorläufige Ergebnisse aus der VUD- Erhebung zu den Jahresergebnissen 2023

Aussage vorbehaltlich Sitzungsprotokoll bzw. der Bereitstellung präsentierter Unterlagen

- ▶ Größtenteils Fortsetzung der wirtschaftlichen Talfahrt der Universitätsmedizin in 2023
- ▶ Bei Bereinigung der Jahresergebnisse um Sonderzuwendungen: - 1 Mrd. €



Empfehlungen der Regierungskommission zur Überwindung der Sektorengrenzen

Kurzfristige Maßnahmen

Mittel- bis langfristige Maßnahmen

Einrichtung regionaler Planungsgremien

(2 Landes- und Kassenvertreter sowie je 1 Vertreter der Landes-KH-Gesellschaft und Kassenärztlichen Vereinigung)

Zuweisung ambulanter Leistungen an Level II-Krankenhäuser

Planung stationärer und ambulanter Leistungen → Anpassung Kompetenzverteilung zw. Bund und Land notwendig

Zuweisung an Level II-KH

- bei bestehender Unterversorgung regelhaft
- ansonsten für mind. 5 Jahre

- Stärkere Kooperation von Krankenhäusern und Fachärzten durch finanzielle Anreize → Reduktion des Ausmaßes der doppelten Facharztschiene
- **Qualifizierte Pflegefachpersonen sollen wohnortnahe & flächendeckende Versorgung v. a. chronisch kranker Patienten unterstützen**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

BERICHT SITZUNG MEDIZINAUSSCHUSS VUD 13.06.2024

T. van den Hooven

Agenda

- TOP 1 Organisatorisches a) Begrüßung der neuen Mitglieder b) Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung c) Berichterstattung der Geschäftsstelle
- TOP 2 Kooperation mit Bundeswehr-KH / Sanitätsdienst (BE Herr Prof. Graf)
- TOP 3 Transparenzverzeichnis – Veröffentlichung des Bundes-Klinikatlas (BE Frau Höchstetter)
- TOP 4 Umsetzung von § 5c IfSG - „Triage-Gesetz“ (BE Herr Prof. Graf)
- TOP 5 Revision des (EU-) Arzneimittelrechts - Sachstand (BE Herr Draeger und Frau Höchstetter)
- TOP 6 Entwicklung einer nationalen Strategie GCT (BIH) – Sachstand (BE Herr Prof. Trümper)
- TOP 7 Projekt MEDI:CUS – Aufbau einer Gesundheitscloud in Baden-Württemberg (BE Herr Prof. Wenz)
- TOP 8 Verschiedenes

TOP 1 - Organisatorisches

1. Begrüßung neue Mitglieder + Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung
3. Berichterstattung der Geschäftsstelle
 - VUD Handreichung Schwangere Mitarbeiterinnen
 - Zunehmende Anzahl an Arbeitsverboten -> Handreichung vom VUD Personalausschuss und Arbeitsmedizinern. -> Hinweise für Vorgesetzte / Musterunterlagen -> VUD

Mitgliedsbereich Download

- Organspende Register – Krankenhausanbindung – ab 01.07.verpflichtend
 - Anbindung der Unikliniken an das Abfragesystem zur Überprüfung Spendenbereitschaft

- Umsetzung Trinkwasserverordnung an Uniklinika (Umfrage Prof. Henneke – Freiburg)
 - Große Herausforderung hinsichtlich Legionellen- Kontrolle
 - Umfrage bis 28.06.24

TOP 2 Kooperation mit Bundeswehr KH / Sanitätsdienst – Prof. Graf

- Geplante Kooperation zwischen Bundeswehrkrankenhäusern mit BG Kliniken und Universitätsklinika
 - Generalstabsarzt der Bundeswehr - > Mai -> Interesse der Bundeswehr am Aufbau einer strategischen Allianz zwischen Bundeswehr Sanitätsdienst, BG – Kliniken und Universitätsklinika
 - Gespräche zum Teil verhalten - > evtl. begründet in Umstrukturierungen innerhalb der Bundeswehr
 - Gesprächskanäle werden offen gehalten um auf mögliche Veränderungen reagieren zu können.

TOP 3 Transparenzverzeichnis – Veröffentlichung des Bundes-Klinikatlas (BE Frau Höchstetter)

Bericht über den Bundes-Klinik-Atlas -> Derzeitige Inhalte + kommende Herausforderungen

- Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen AWMF - > Atlas in dieser Form nicht vertrauenswürdig -> Bitte um Ausweisung als Beta Version
- Harsches Presseecho
- Darstellung der Datenlage und geplanten zukünftigen Entwicklung
- Schwierigkeiten der Datendarstellung anhand der PPQ Daten - > Kritik an der Pauschalierung
- Hinweise auf Übertragungsfehler
- Schwierigkeiten bei Suchfunktion
- -> VUD Workshop zu INEK Meldungen - > Erstellung von Hinweise zur Handhabung
 - Es sind aktuell diverse Änderungen und Überarbeitungen des Atlas angedacht
 - Herr Prof. Heidecke (Leitung IQTIG) soll nochmals in den Ausschuss eingeladen werden
 - VUD Empfehlung Qualitätsmanagement sollen erstellt und in der nächsten Sitzung vorgestellt werden.

TOP 4 Umsetzung von § 5c IfSG - „Triage-Gesetz“ (BE Herr Prof. Graf)

Bericht über die Fertigstellung der (Muster-) Verfahrensanweisung zu § 5 IfSG (Triage-Gesetz)

- Kompromiss zwischen der gesetzlichen Anforderung einer Verfahrensanweisung und dem Wortlaut eines Gesetzes, dessen Inhalt medizinisch sehr kritisch eingeschätzt wird.
- Gegen das Gesetz ist aktuell von Ärzten (unterstützt vom Marburger Bund und der Bundesärztekammer) Verfassungsbeschwerde eingelegt worden.
- Kritik wird vom VUD geteilt -> Gespräche mit dem BMG konnten diese Zweifel nicht ausräumen. Das BMG will die Evaluierung des Gesetzes in 2025 abwarten.
- Es wird noch ein Rundschreiben an die Mitglieder des VUD versandt werden

TOP 5 Revision des (EU-) Arzneimittelrechts - Sachstand (BE Herr Draeger und Frau Höchstetter)

Bericht Herr Draeger über Reform des Arzneimittelrechtes auf EU Ebene - > Besonderer Augenmerk liegt auf dem Bereich der Hospital Exemption für eigenhergestellte ATMPs (in Deutschland § 4b AMG)

Bisher hat noch kein Universitätsklinikum eine entsprechende Genehmigung des Paul Ehrlich Institutes erhalten

Nachfrage nach Substanzen mit menschlichem Ursprung (Substances of human origin – SoHo) - > Wird 2027 in Deutschland rechtswirksam

TOP 6 Entwicklung einer nationalen Strategie GCT (BIH) – Sachstand (BE Herr Prof. Trümper)

Die nationalen Strategien für Gen- und Zelltherapien ist fertig gestellt. Wurde am 12.06 an Frau Ministerin Bettina Stark-Watzinger übergeben.

- Primär politisches Papier, dass in kooperativer Zusammenarbeit von Stakeholdern aus Wissenschaft, Wirtschaft, öffentlicher Hand, Gesellschaft und Gesundheitswesen (Ausnahme G-BA ☺)
- Vorstellung der Sand-Box Verfahren innerhalb einer neuen EU Regulation, die es ermöglicht, bestimmte Studien - auch ohne gesamtes Verfahren zu durchlaufen, durchzuführen. Dies erschließt neue Einsatzmöglichkeiten gerade bei Produkten mit niedriger Anzahl an Patienten (Bsp. CAR-T-Zellen)
- Für die Finanzierung der nationalen Strategie GCT waren ursprünglich 20 Mio. € vom BMBF vorgehensenen – der tatsächliche Finanzierungsrahmen ist noch unklar

TOP 7 Projekt MEDI:CUS – Aufbau einer Gesundheitscloud in Baden-Württemberg (BE Herr Prof. Wenz)

Darstellung der Anforderungen und des Aufbaus einer Gesundheitscloud in BaWü die eine Gesundheitsdateninfrastruktur über die gesamte Behandlungskette hinweg bereitstellen soll.

- Nachhaltig verbesserte Versorgungsqualität für die Bürger durch große Abdeckung (Versorgung in der Fläche), personalisierte Medizin, verbesserte Diagnostik
- Attraktivere Arbeitsbedingungen für ärztliche- und pflegerische Mitarbeitende durch Reduktion von administrativer Tätigkeit und damit Verbesserung der Arbeitsbedingungen und mehr (evtl. ☺) Zeit für die Patientenversorgung
- Gesteigerte Forschungsergebnisse und Innovationskraft durch Bereitstellung einer umfangreichen Forschungsdatenbasis und Vernetzung der relevanten Akteure
- Vernetztes Ökosystem der wissensgenerierenden Versorgung durch zielgerichtete und kosteneffiziente Versorgung, Einnahme einer Vorreiterrolle in der digitalen Versorgung und Stärkung des Wirtschaftsstandortes

TOP 8 Verschiedenes

Reform der Notfallversorgung I (Hr. Bussmann)

- Vorstellung wesentlicher Inhalte des Notfallgesetzes (NotfallG – Inkrafttreten zum 01.01.2025)
 - Etablierung von Integrierten Notfallzentren (INZ) sowie Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) an Krankenhäusern; Bestehend aus Notaufnahme, KV Notdienstpraxis sowie zentraler Ersteinschätzungsstelle
 - Anbindung von niedergelassenen Leistungserbringern als Kooperationspraxen an INZ und KINZ
 - Ausbau der notdienstärztlichen Akutversorgung der KVen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages (telemedizinische und aufsuchende Versorgung)
 - Vernetzung der KV-Terminservicestellen mit Rettungsleitstellen der Krankenhäuser zu sog. Akutleitstellen der KVen

TOP 8 Verschiedenes

Reform der Notfallversorgung II (Herr Bussmann)

Regelung Rettungsdienstwesen (soll im parlamentarischen Verfahren ergänzt werden) sowie Patientensteuerung im Sinne der Auslastung sind nicht im Gesetz enthalten.

- NotfallG nimmt die Kven stärker in die Pflicht ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen -> Ziel ist die Entlastung der Notaufnahmestrukturen in den Krankenhäusern
- Für Uniklinika ist entscheidend, dass die Strukturen der INZ und KINZ bei ihnen angesiedelt werden und dass die Kven ihrem Auftrag auch nachkommen.
- VUD wird eine grundsätzlich positive Stellungnahme zum NotfallG veröffentlichen – aber mit dem Ausdruck der Skepsis bezüglich der Aufgabenerfüllung durch die Strukturen der KV.

VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT!

**Wahlordnung
für die Wahlen des VPU-Vorstandes**

§ 1 Geltungsbereich

Diese Wahlordnung gilt für die Wahl

- a) Des Vorstandsvorsitzenden¹
- b) Des Geschäftsführers
- c) Der übrigen Vorstandsmitglieder

durch die Mitgliederversammlung.

§ 2 Vorbereitung der Wahlen

- (1) 12 Wochen vor der Mitgliederversammlung, auf der die Wahl des Vorstandes erfolgen soll, wird in einer schriftlichen Mitgliederinformation zur Nominierung der Kandidaten aufgerufen.
- (2) Vorschläge für die Wahl des Geschäftsführers, des Vorstandsvorsitzenden sowie der drei weiteren Vorstandsmitglieder können durch die Mitglieder an den Vorstand eingebracht werden.
- (3) Die Nominierungen müssen 8 Wochen vor der Wahl beim Vorstand vorliegen.
- (4) Der Vorstand stellt die nominierten Kandidaten für die Wahl des Geschäftsführers, des Vorstandsvorsitzenden sowie der drei Vorstandsmitglieder auf je einer Wahlvorschlagsliste zusammen.
- (5) Die Wahlvorschlagslisten sowie die Anträge für die Briefwahlunterlagen sind 6 Wochen vor der Wahl den Mitgliedern zuzusenden.

§ 3 Wahlausschuss: Zusammensetzung und Aufgaben

- (1) Zu Beginn des Wahlvorganges in der Mitgliederversammlung wird in offener Wahl ein Wahlausschuss gebildet. Mitglieder des Wahlausschusses können nur Personen sein, die selbst nicht für die Wahl in den Vorstand nominiert sind.
- (2) Drei Anwesende werden als Ausschussmitglieder vorgeschlagen und von den Mitgliedern durch Zuruf gewählt.
- (3) Die Ausschussmitglieder bestimmen untereinander ihren Vorsitzenden.

¹ Die in dieser Wahlordnung verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich immer gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen. Auf eine Doppelnennung und gegenderte Bezeichnungen wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet. Aus diesen Gründen wird in dieser Wahlordnung nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind immer alle Geschlechter angesprochen.

- (4) Aufgabe des Ausschusses ist die Abwicklung der Wahl, insbesondere die Ausgabe der Wahlzettel, die Auszählung der Stimmen, die Entscheidung über die Gültigkeit oder Ungültigkeit von abgegebenen Stimmen sowie die Feststellung des Wahlergebnisses.

Durchführung der Wahlen

§ 4 Geheime Wahlen

Die Wahlen werden geheim durch schriftliche Stimmabgabe auf Wahlzetteln durchgeführt.

§ 5 Wahlzettel

- (1) Für die Wahlen werden vorbereitete Wahlzettel verwendet. Die Stimmabgabe erfolgt durch Ankreuzen der gewählten Bewerberin bzw. des gewählten Bewerbers auf dem Wahlzettel.
- (2) Mitglieder, die an der Briefwahl teilnehmen möchten, erhalten 4 Wochen vor der Wahl die Briefwahlunterlagen. Einsendeschluss für die Briefwahl ist 7 Tage vor der Wahl.

§ 6 Stimmrecht

- (1) Das Stimmrecht kann bei der Wahl übertragen werden. Die Übertragung erfolgt durch Erteilung einer schriftlichen Vollmacht für die Ausübung des Stimmrechts.

§ 7 Wahl des Vorstandsvorsitzenden

- (1) Im ersten Wahlgang wird der Vorstandsvorsitzende gewählt.
- (2) Jedes Mitglied hat eine Stimme.
- (3) Gewählt ist, wer die meisten Stimmen auf sich vereint.
- (4) Ergibt sich bei der Auszählung der Stimmen, dass mehrere Kandidaten die gleiche Stimmenzahl haben, so ist unter diesen Kandidaten eine Stichwahl mit den anwesenden Mitgliedern durchzuführen.

§ 8 Wahl des Geschäftsführers

- (1) Im zweiten Wahlgang wird der Geschäftsführer aus den vorgeschlagenen Kandidaten der Wahlvorschlagsliste gewählt.

- (2) Jedes Mitglied hat eine Stimme.
- (3) Gewählt ist, wer die meisten Stimmen auf sich vereint.
- (4) Ergibt sich bei der Auszählung der Stimmen, dass mehrere Kandidaten die gleiche Stimmenzahl haben, so ist unter diesen Kandidaten eine Stichwahl mit den anwesenden Mitgliedern durchzuführen.

§ 9 Wahl der übrigen Vorstandsmitglieder

- (1) Im dritten Wahlgang werden die übrigen Vorstandsmitglieder aus den vorgeschlagenen Kandidaten gewählt.
- (2) In diesem Wahlgang hat jedes Mitglied drei Stimmen.
- (3) Ein Kandidat kann von einem Mitglied nicht mehr als eine Stimme erhalten.
- (4) Gewählt sind die drei Kandidaten, die relativ mehr Stimmen auf sich vereinigen als ihre Mitbewerber.
- (5) Der Kandidat, der die meisten Stimmen auf sich vereint, wird das Amt des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden antreten. Sollte er verzichten, geht das Amt an den Kandidaten mit der zweithöchsten Stimmenzahl über.
- (6) Ergibt sich bei der Auszählung der Stimmen, dass mehrere Kandidaten die gleiche Stimmenzahl haben, so ist unter diesen Kandidaten eine Stichwahl mit den anwesenden Mitgliedern durchzuführen, sofern nicht einer oder mehrere der führenden Kandidaten auf das Amt verzichten.

Feststellung und Bekanntgabe des Wahlergebnisses

§ 10 Ungültige Wahlzettel

Ein Wahlzettel ist ungültig, wenn

- (1) Die Wahlvorschlagslisten sowie die Anträge für die Briefwahlunterlagen nicht 6 Wochen vor der Wahl den Mitgliedern zugesandt wurden.
- (2) nicht der vorgedruckte und vom Wahlausschuss ausgegebene Wahlzettel verwendet wurde.
- (3) Namen, die nicht auf dem Wahlzettel enthalten sind, zusätzlich eingesetzt wurden.
- (4) auf ihm mehr Stimmen abgegeben wurden, als Plätze zu besetzen sind.
- (5) der Wahlzettel Zusätze irgendwelcher Art enthält.
- (6) aus ihm nicht erkennbar ist, wen der Stimmberechtigte wählen wollte.

§ 11 Bekanntgabe des Wahlergebnisses

- (1) Das Wahlergebnis wird in der Mitgliederversammlung von dem Vorsitzenden des für die Wahl zuständigen Wahlausschusses bekannt gegeben. Der Bekanntgabe liegt das vom Ausschuss festgestellte Ergebnis zugrunde.
- (2) Die Wahl ist wirksam, sobald die Gewählten die Annahme der Wahl erklären. Abwesende Gewählte erklären die Annahme der Wahl auf schriftlichem Weg.
- (3) Auf der Homepage ist nach jeder Wahl eine Gesamtliste mit der neuen Zusammensetzung des Vorstandes zu veröffentlichen.

§ 12 Protokoll

Über die Wahl ist ein Protokoll anzufertigen, welches zusammen mit einer Aufstellung der gewählten Mitglieder des neuen Vorstandes vereinsrechtlich anzuzeigen ist.

Diese Wahlordnung wurde auf der Mitgliederversammlung am 13. Februar 2009 verabschiedet. Die Wahlordnung wurde hinsichtlich § 2 Abs. 3 angepasst am 22.02.2017. **Die Wahlordnung wurde hinsichtlich § 1 Abs a), § 2 Abs 2 und 4, § 7 Abs. 1 und 4, § 8 Abs 4 sowie § 9 Abs. 5 und 6 am 11.07.2024 angepasst.**

Berlin, 11.07.2024



Torsten Rantzsch
Vorstandsvorsitzender VPU

Geschäftsordnung des Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU

Präambel

Der Anspruch, der alle deutschen Universitätskliniken und Medizinische Hochschulen miteinander verbindet, ist zugleich auch ihr Alleinstellungsmerkmal in der Krankenhauslandschaft: Hochschulmedizin auf breiter wissenschaftlicher Basis, getragen durch die Verflechtung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung. Vor diesem Hintergrund hat der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V (VPU) im Jahr 2010 die Gründung eines Netzwerks Pflegeforschung initiiert. Im Jahr 2020 erfolgte die Änderung des Namens in *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU*.

Das Netzwerk trägt den Namen *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V (VPU) oder kurz Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU*. Der englische Name lautet: *Network of nursing science and practice development of the association of nursing directors of university hospitals and medical schools of Germany (VPU)*.

§ 1 Ziele des Netzwerks

- (1) Das *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU* hat zum Ziel die wissenschaftlichen Aktivitäten der Pflegedirektionen zu vernetzen, zu bündeln und weiter zu entwickeln. Entsprechend dem universitären Auftrag von Forschung, Lehre und Patientenversorgung umfasst dies:
 - a. **Forschung:** Das Netzwerk fördert die pflegewissenschaftlichen Aktivitäten und Forschungsarbeiten der Pflegedirektionen an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen entsprechend dem internationalen Standard. Hierzu bietet das Netzwerk eine Austausch- und Vernetzungsplattform, die der Qualitätsentwicklung, der Antragsvorbereitung, der Projektumsetzung von Verbundprojekten sowie der Veröffentlichung von Ergebnissen dient.
 - b. **Lehre:** Das Netzwerk unterstützt die hochschulischen Entwicklungen der Pflegeberufe und wirkt bei der Konzeption von pflegebezogenen Studiengängen mit.
 - c. **Patientenversorgung:** Das Netzwerk verfolgt im Sinne der Praxisentwicklung die Konzeption und die Bearbeitung praxisrelevanter Themen und Fragestellungen. Ziel ist die Förderung einer an Evidenz orientierten Pflege an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen sowie die Integration von Absolventen pflegebezogener Studiengänge in der Pflegepraxis.
- (2) Das Netzwerk berät und unterstützt den Pflegemanagementverband VPU in der Bearbeitung pflegewissenschaftlicher/pflegeforschungsrelevanter Themen und Fragestellungen.
- (3) Das Netzwerk dient der notwendigen Qualitätsentwicklung und Weiterqualifizierung seiner Mitglieder

- (4) Das Netzwerk vertritt die Interessen der universitären klinischen Pflegewissenschaft und Pflegeforschung gegenüber Politik, Interessensverbänden, Lobbygruppen, Hochschulen/Universitäten und Fördermittelgebern und fördert deren öffentliche Wahrnehmung.

Das Netzwerk hat zum Ziel sich mit weiteren Professionen, Patient*innen- und Angehörigenverbänden sowie nationale und internationale Organisationen, die sich ebenfalls mit der o.g. Thematik beschäftigen, zu vernetzen.

§ 2 Mitgliedschaft

- (1) Voraussetzung und Grundlage für eine Mitarbeit im *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU* ist das schriftlich an die Sprecher*innen des Netzwerks zu adressierende Mandat der/des Pflegedirektorin/des Pflegedirektors, welche/r Mitglied im VPU ist. Jede Universitätsklinik oder Medizinische Hochschule kann maximal bis zu zwei Mitglieder und jeweils bis zu einer/m Stellvertreter*in in das *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU* entsenden. Neue Mitglieder der Gruppe bringen eine wissenschaftliche pflegebezogene Qualifizierung mindestens auf Masterniveau bzw. in dessen Qualifizierungsphase mit. Zwingend ist eine Beschäftigung an der entsendenden Universitätsklinik oder Medizinischen Hochschule.
- (2) Die Netzwerkmitgliedschaft endet mit dem Wegfall des Mandates durch den/die entsprechende/n Direktor*in oder bei einem begründeten, einstimmigen Ausschluss durch alle Netzwerkmitglieder. Der Wegfall eines Mandats hat schriftlich zu Händen der Sprecher*innen des Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU zu erfolgen.
- (3) Jede Universitätsklinik und Medizinische Hochschule hat eine Stimme im Rahmen von Wahlen/Abstimmungen in den Netzwerktreffen. Sollten mehrere Mandate einer Universitätsklinik und Medizinischer Hochschule bestehen, muss die Universitätsklinik und Medizinische Hochschule das stimmberechtigte Mitglied zur jeweiligen Abstimmung festlegen und den Sprecher*innen/der/dem Koordinator*in mitteilen. Näheres zur Organisationsstruktur des Netzwerks ist in §5 geregelt.

§ 3 Rechte und Pflichten

- (1) Das Netzwerkmitglied verpflichtet sich zur regelmäßigen Teilnahme an den Netzwerktreffen und zur aktiven Mitarbeit auch zwischen diesen Treffen. Die Netzwerktreffen werden abwechselnd von den Einrichtungen der Mitglieder ausgerichtet und durch die/den Koordinator*in des Netzwerks protokolliert. Frequenz der Treffen sind Anhang 3 zu entnehmen.
- (2) Die Netzwerkmitglieder bearbeiten (möglichst jährlich) im Netzwerk definierte Schwerpunktthemen.
- (3) Es können nach Beschluss des Netzwerks zu etwaigen Schwerpunktthemen einzelne Arbeitsgruppen mit je mindestens drei Mitgliedern zeitlich befristet tätig werden. Jede Arbeitsgruppe gibt sich eine/n entsprechende/n Ansprechperson für die Arbeitsgruppe, welche den Sprecher*innen und der/dem Koordinator*in des Netzwerks zu benennen ist.
- (4) Die Mitglieder verpflichten sich zu einem vertraulichen Umgang mit den Inhalten der Netzwerkarbeit gemäß den Grundlagen der DSGVO. Bei im Rahmen der Netzwerkarbeit erhobenen oder zu verarbeitenden Daten, gelten ebenfalls die allgemeinen Richtlinien des Datenschutzes.

- (5) Mögliche Gäste (Hospitant*innen), die bei Netzwerk-/ Arbeitsgruppentreffen anwesend sein sollen, müssen mind. 4 Wochen vor dem Treffen den Sprecher*innen und der/dem Koordinator*in gemeldet werden. Grundsätzlich werden Gäste begrüßt; es besteht jedoch ein Vorbehaltsrecht aller Netzwerkmitglieder. Alle Gäste müssen verpflichtend eine Verschwiegenheitserklärung (siehe Anhang 1) unterzeichnen und können bei Bedarf zu bestimmten Punkten durch die Netzwerkmitglieder des Gremiums ausgeschlossen werden.
- (6) Bei Nichterfüllung der vorgenannten Pflichten durch das Mitglied erfolgt eine Anfrage durch die Sprecher*innen des Netzwerks bei dem Mitglied und ggf. bei der/dem jeweiligen Pflegedirektor*in.

§ 4 Verwertungsschutz und Publikationsregelungen

- (1) Die Veröffentlichung von Arbeitsergebnissen, die gemeinsam im Rahmen der Netzwerkarbeit, in den Mitgliedertreffen oder in Arbeitsgruppen erstellt werden, ist dem Vorstand des VPU mitzuteilen. In den Veröffentlichungen ist der Bezug zum VPU kenntlich zu machen.
- (2) Ein Konsens bei berufspolitischen Papieren ist innerhalb des VPU abzustimmen. Bei anderen Stellungnahmen ist der Vorstand des VPU vor Veröffentlichung einzubeziehen.
- (3) Die Autor*innen verwenden bei allen Publikationen/Einreichungen/Beiträgen/Postern, die aus der Netzwerkarbeit hervorgehen, die deutsche bzw. englische Affiliation gemäß Präambel. Bei diesen Publikationen/Einreichungen/Beiträgen/Postern ist vorab eine Reihenfolge der Autor*innen zusammen mit der Klärung der inhaltlichen/methodischen Beiträge zu erstellen, schriftlich festzuhalten und den Netzwerksprechern anzuzeigen. Hierfür sind die Mitglieder bzw. die benannten Sprecher der Arbeitsgruppe verantwortlich.

§ 5 Organisationsstruktur

- (1) Die Mitglieder des Netzwerkes Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU legen gemeinsam zu bearbeitende Forschungs- und Praxisthemen des Netzwerks fest. Darüber hinaus besteht für den Managementverband VPU die Möglichkeit, weitere mögliche Themen und Arbeitsschwerpunkte zur Auswahl an das Netzwerk heranzutragen.
- (2) Jede im Netzwerk vertretene Universitätsklinik oder Medizinische Hochschule hat eine Stimme. Beschlussfähigkeit liegt vor, wenn 50% der Stimmberechtigten anwesend sind. Beschlussfassung ist mit einfacher Mehrheit möglich. Max 3 Stimmrechtübertragungen sind schriftlich möglich.
- (3) Das *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU* wählt eine/einen Sprecher*in und bis zu zwei Stellvertretungen für den Zeitraum von drei Jahren. Diese vertreten die Positionen des Netzwerks gegenüber dem Vorstand des VPU und das Netzwerk nach außen.
- (4) Die Wahlen der Sprecher*innen finden nach demokratischen Grundsätzen statt und werden von der/dem Koordinator*in überwacht und protokolliert. Wahlvorschläge können bis direkt vor der Wahl bei der/dem Koordinator*in eingereicht werden. Die angenommenen Ergebnisse werden dem Vorstand des VPU zeitnah schriftlich mitgeteilt.
- (5) Die beim Vorstand des VPU angesiedelte Stelle „Koordinator*in zur Unterstützung des Netzwerkes“ unterstützt das Netzwerk administrativ. Es gilt die entsprechende Stellenbeschreibung (siehe Anhang 2).

- (6) Die Reise-/Unterbringungskosten und Arbeitszeiten zur Teilnahme an den Netzwerktreffen, sowie zu etwaigen Arbeitsgruppentreffen, werden von den entsendeten Einrichtungen getragen.
- (7) Die Sprecher*innen verhandeln jährlich das Budget zur Arbeit des *Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU*. Darüber hinaus gehende Mittel im Rahmen der Netzwerkarbeit müssen über die Sprecher*innen beim Vorstand des VPU beantragt werden.
- (8) Eine Auflösung des *Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU* kann nur durch den Beschluss des Vorstandes des VPU nach vorheriger Rücksprache mit den Sprecher*innen erfolgen.

§ 6 Zusammenarbeit mit dem VPU

- (1) Das *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU* dient dem VPU als Ansprechpartner für alle fachlichen Fragen bzgl. der Weiterentwicklung der Pflege an Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen. Anfragen können jederzeit an das Netzwerk gestellt werden.
- (2) Aus dem Vorstand des VPU ist je Vorstandsperiode ein/e Ansprechpartner*in für das *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU* benannt und den Sprecher*innen mitzuteilen.
- (3) Die Sprecher*innen bzw. die verantwortlichen Ansprechpersonen der Arbeitsgruppen werden zu vorher abgestimmten Agendapunkten in die Mitgliederversammlungen des VPU eingeladen. Es finden zusätzlich mit den Ansprechpersonen regelmäßige Besprechungen gemäß der Besprechungsmatrix statt. (siehe Anhang 3).
- (4) Auf Antrag wird vom VPU ein Forschungsbudget für Forschungsprojekte und/oder Tagungen/Symposien/Publicationen des Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU gestellt. Näheres regelt §7.

§7 Forschungsbudget VPU Netzwerk

- (1) Aus externen Anfragen, dienstlichen Interessensbelangen der einzelnen Mitglieder und aus Anfragen aus dem VPU können Forschungsschwerpunkte für das *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU* entstehen. Konkrete Forschungsfragen aus diesen Forschungsschwerpunkten können nach allgemein anerkannten Standards der Wissenschaft und der guten klinischen Praxis in konkreten Forschungsanträgen bearbeitet werden.
- (2) Forschungsanträge für das Forschungsbudget des VPU sind vorab von den Antragsteller*innen mit den Netzwerkmitgliedern und über die Sprecher*innen mit dem Vorstand des VPU abzustimmen. Der genaue Ablauf einer Beantragung ist dem entsprechenden Flussdiagramm zu entnehmen (siehe Anhang 4).
- (3) Forschungsanträge sind auf Deutsch einzureichen und entsprechend der Vorlage für einen Projektantrag auf maximal zwei Seiten wie folgt zu gliedern.
 - i. Kurzzusammenfassung des Vorhabens
 - ii. Fragenstellung und ggf. Hypothesen
 - iii. Beschreibung des methodischen Vorgehens
 - iv. Ethische Folgenabschätzung
 - v. Ergebniserwartung

- vi. Kostenplan
- vii. Meilensteinplan

- (4) Die Zu- oder Absage erfolgt im Rahmen der nächsten Mitgliederversammlung des VPU. Die Sprecher*innen werden über das Ergebnis informiert und informieren ihrerseits die/den Antragsteller*in. Nach Beendigung des genehmigen Projekts werden die jeweiligen Ergebnisse an das *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU* und anschließend an die Mitgliederversammlung des VPU berichtet.

§ 8 Kommunikation

- (1) Die Kommunikationsroutinen des *Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU*, sowie die formelle Zusammenarbeit mit dem VPU sind im Rahmen einer Kommunikationsmatrix festgelegt (siehe Anhang 3 und 3a Kommunikationsmatrix).

Anhang 1 – Verschwiegenheitserklärung für Hospitant*innen

Ich _____ verpflichte mich zu absoluter Verschwiegenheit über alle mir im Rahmen des Besuchs des

- Netzwerktreffens
- Arbeitsgruppentreffens
- Sonstiges

des Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU am ____ . ____ . ____ bekannt gewordenen Umstände und Vorgänge.

Insbesondere personenbezogene Daten darf ich unbefugt weder verarbeiten noch nutzen. Mir ist bekannt, dass diese Pflicht zur Verschwiegenheit über die Dauer meines Besuchs hinaus besteht.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum, Unterschrift

Anhang 2 – Funktionsbeschreibung Koordination der Netzwerke Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung sowie Pflegecontrolling im VPU e.V.

Bezeichnung der Stelle	Koordinatorin der Netzwerke Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung sowie Pflegecontrolling im VPU e.V.
Stelleninhaber/-in	Jennifer Luboeinski
Vorgesetzte/-r	Vorstandsvorsitzende*r des VPU
Ziele der Stelle	Das Hauptziel der Koordinationsstelle liegt in der zeitlichen, administrativen und organisatorischen Entlastung der jeweiligen Netzwerksprecher. Darüber hinaus unterstützt die Koordination die Netzwerkmitglieder bei allen anfallenden Aufgaben auch innerhalb des Verbandes.
Stellenumfang	100%
Kernaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Drittmittelrecherche und Unterstützung bei Antragsstellung und Akquise für standortübergreifende Forschungsprojekte • Unterstützung in laufenden Projekten und Forschungsaktivitäten bei Projektmanagement, Recherche, Dokumentation, Administration • Unterstützung übergreifender Aktivitäten zu Studiengangsentwicklungen an Universitätskliniken • Unterstützung bei der Administration und Koordination der <i>Netzwerke Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung und Pflegecontrolling VPU</i> • Öffentlichkeitsarbeit (Vorbereitung von Pressemeldungen, Stellungnahmen, Positionspapieren etc.) • Public Relations in Absprache mit dem VPU-Vorstand (PR-Strategie, Internetauftritt, Publikationen, Geschäftsberichte) • Unterstützung des Datenmanagements (Datenerhebung/-sammlung) • Zuarbeit beim Verfassen von Artikeln/Berichten/Newslettern
Nebenaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation und Koordination von Symposien, Workshops oder Kongressen • Unterstützung der Vor- und Nachbereitung von Netzwerktagungen • Protokollführung aller Sitzungen/online und Präsenz
Zusammenarbeit und Schnittstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Koordination arbeitet eng mit den Netzwerksprechern und dem VPU-Vorstand zusammen, um die anfallenden Aufgaben bestmöglich und gemeinschaftlich zu erledigen. • Die Aufträge erfolgen schriftlich/mündlich durch die Netzwerksprecher und/oder von den Vorstandsmitgliedern des VPU. • Die Koordination ist bei den halbjährlichen Netzwerktagungen anwesend und für die Protokollführung zuständig. • Anträge von Projekten/Studien muss die Koordination mit den jeweiligen Netzwerksprechern abstimmen. Zudem ist eine entsprechende Freigabe seitens des VPU-Vorstandes einzuholen. • Die Koordination stellt den direkten Ansprechpartner für Schnittstellen/Kooperationspartnern dar. Diesbezüglich ist ein regelmäßiger und transparenter Austausch mit dem VPU-Vorstand sowie den jeweiligen Netzwerksprechern unabdingbar.

Anhang 3 – Kommunikationsmatrix

TeilnehmerInnen	Gesamtvorstand VPU	Kontaktperson für das Netzwerk im Vorstand VPU	SprecherInnen Netzwerk	Mitglieder Netzwerk	Mitglieder VPU	Koordinatorin Netzwerk an der Geschäftsstelle VPU	Benannte Mitglieder für Arbeitsgruppen im Netzwerk			Intervall	Dauer	Inhalte	Ergebnisprotokoll (EP) Präsentationsunterlagen (PU)	
Besprechungstyp														
VPU-Mitgliederversammlung	X	X	(X)*		X	X				3-4x jährlich	2 Tage	nach Tagesordnung	EP	
Frühjahrs-/Herbsttreffen des Netzwerks Pflegeforschung			X	X		X				2x jährlich	1-2 Tage	nach Tagesordnung	EP	Das Protokoll wird nach Abstimmung mit den Sprecher*innen des Netzwerks, den Mitgliedern des Netzwerks und der Netzwerkansprechperson zur Verfügung gestellt.
Leitungstreffen VPU und Netzwerk	X	(X)*	X			X				Jährlich	1 Tag	<ul style="list-style-type: none"> Anfragen Politik/Wirtschaft Verlauf gemeinsame Projekte 	EP	
Vollversammlung VPU und Netzwerk	X	X	X	X	X	X				Alle 3 Jahre	1 Tag	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit VPU-Netzwerk - Strategie Planung gemeinsame Projekte 	EP	
Telko zur Vorbereitung VPU-Mitgliederversammlung	(X)*	X	X			X				3-4x jährlich	1 Std.	Erstellung Tagesordnung	Z	

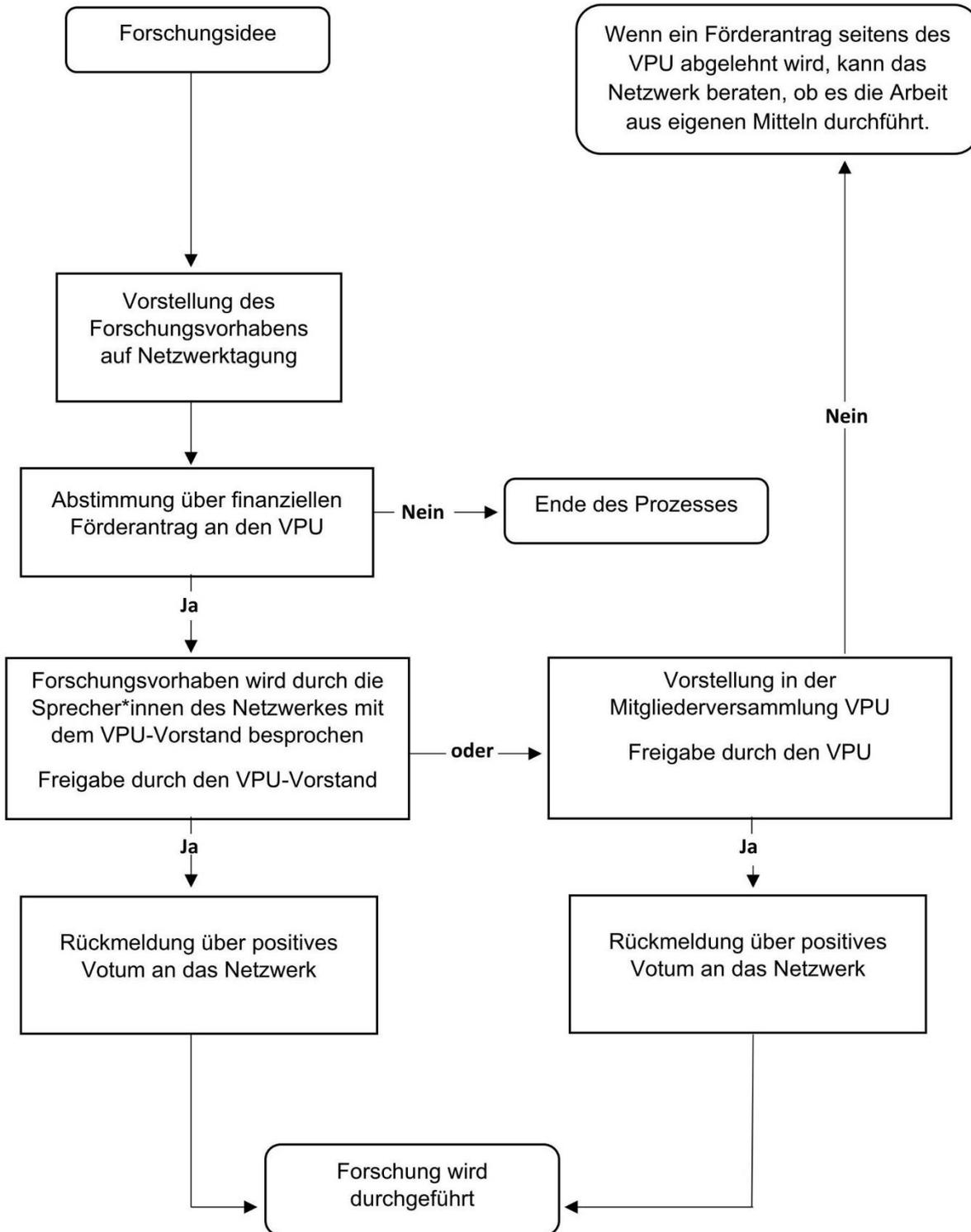
TeilnehmerInnen Besprechungstyp	Gesamtvorstand VPU	Kontaktperson für das Netzwerk im Vorstand VPU	SprecherInnen Netzwerk	Mitglieder Netzwerk	Mitglieder VPU	Koordinatorin Netzwerk an der Geschäftsstelle VPU	Benannte Mitglieder für Arbeitsgruppen im Netzwerk			Intervall	Dauer	Inhalte	Ergebnisprotokoll (EP) Präsentationsunterlagen (PU)	
												Mitglieder- versammlung		
Telko zur Vorbereitung Netzwerktreffen Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU			X			X	(X)*			2x jährlich	1 Std.	Erstellung Tagesordnung Netzwerktreffen	Z	
Telko Arbeitsgruppen im <i>Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung VPU</i>			(X)*			(X)*	X			nach Bedarf	1 Std.	Fortschritt Themen/Projekte der Arbeitsgruppen	Z	

*Die Teilnahme erfolgt auf Einladung durch den Vorstand VPU

Anhang 3a – Mailkommunikation des Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung

Art / Kennzeichnung im Betreff	Mögliche Beispiele	Antwortverhalten
Fachliche Anfragen / FA (vor Thema im Betreff)	Literatursuche, Anfrage nach Arbeitsweisen oder klinischen Gegebenheiten (ePA, Pflegediagnosen...)	Antwort geht an den Gesamtverteiler Netzwerk
Organisatorische Fragen / OA (vor Thema im Betreff)	Netzwerktreffen, Anreiseinformationen, Verschiebungen	Antwort geht an Koordinator*in des Netzwerks
Informationen / I (vor Thema im Betreff)	Stellenausschreibungen, Kongresse in den Häusern	Keine Antwort notwendig bzw. von Netzwerkteilnehmer*in zu Netzwerkteilnehmer*in

Anhang 4 – Flussdiagramm zur Forschungsförderung Netzwerk VPU



Geschäftsordnung des Netzwerks Pflegecontrolling im VPU e.V.

Präambel

Universitätskliniken und Medizinische Hochschulen haben heterogene Strukturen hinsichtlich der Verortung und des Aufbaus des Pflegecontrollings. Vor diesem Hintergrund initiierte das LMU Klinikum München in den Jahren 2021 und 2022 erste Vernetzungstreffen aller Ansprechpartner:innen zu Pflegecontrolling-Themen an Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen. Im Herbst 2022 wurde das neu gegründete „Netzwerk Pflegecontrolling“ im Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU) verankert.

Das Netzwerk trägt den Namen *„Netzwerk Pflegecontrolling des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU)“* oder kurz *Netzwerk Pflegecontrolling VPU (PCO-Netzwerk VPU)*. Der englische Name lautet: *Network of Nursing Controlling of the association of nursing directors of university hospitals and medical schools of Germany (VPU)*.

§ 1 Ziele des Netzwerks

- (1) Das *Netzwerk Pflegecontrolling VPU* hat neben dem fachlichen Austausch seiner Mitglieder das Ziel, Themen und Aktivitäten des strategischen Pflegecontrollings an Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen zu vernetzen, zu bündeln und weiterzuentwickeln.
- (2) Das Netzwerk berät und unterstützt den Pflegemanagementverband VPU bei der Bearbeitung von Pflegecontrolling-Themen und Fragestellungen.
- (3) Das Netzwerk dient der weiterführenden Qualitätsentwicklung von Daten des Pflegecontrollings auf der Grundlage allgemein anerkannter Standards.
- (4) Das Netzwerk kann in Abstimmung mit dem VPU-Vorstand die Interessen des VPU in Pflegecontrolling-Themen und Fragestellungen gegenüber Politik, Interessenverbänden, Lobbygruppen, Hochschulen und Universitäten sowie Fördermittelgebern vertreten und die öffentliche Wahrnehmung dieser Themen unterstützen.
- (5) Das Netzwerk strebt eine Vernetzung mit weiteren Professionen und Verbänden sowie nationalen und internationalen Organisationen an, die sich mit genannten Themenfeldern beschäftigen.

§ 2 Mitgliedschaft

- (1) Grundlage der Mitgliedschaft und Voraussetzung für eine Mitarbeit im *Netzwerk Pflegecontrolling VPU* ist das schriftlich an die Netzwerkkoordination und die Netzwerksprecher:innen zu adressierende Mandat durch ein aktives Mitglied im VPU der entsendenden Universitätsklinik oder Medizinische Hochschule.

- (2) Jede Universitätsklinik oder Medizinische Hochschule kann bis zu zwei Mitglieder in das *Netzwerk Pflegecontrolling VPU* entsenden. Sie vertreten sich gegenseitig. Mitglieder besitzen Berufserfahrung im Pflegecontrolling. Sie sind an der entsendenden Universitätsklinik oder Medizinischen Hochschule beschäftigt.
- (3) Die Netzwerkmitgliedschaft endet mit der Aufhebung des Mandates durch die Pflegedirektion der entsendenden Universitätsklinik oder Medizinischen Hochschule oder durch einen begründeten, einstimmigen Ausschluss durch die Mehrheit der Netzwerkmitglieder. Über ein Mandatsende ist die Netzwerkkoordination schriftlich zu informieren.
- (4) Jede Universitätsklinik und Medizinische Hochschule hat in den Netzwerktreffen im Rahmen von Wahlen oder Abstimmungen eine Stimme. Werden nach Abs. 2 zwei Mitglieder in das Netzwerk entsandt, ist das stimmberechtigte Mitglied zur jeweiligen Abstimmung festzulegen und der Netzwerkkoordination und den Netzwerksprecher:innen mitzuteilen. Alternativ kann ein Stimmrecht dauerhaft an ein Mitglied übertragen werden. In Abwesenheit dieses Mitglieds geht das Stimmrecht an das anwesende, vertretende zweite Mitglied über.

§ 3 Rechte und Pflichten

- (1) Das Netzwerkmitglied verpflichtet sich zur regelmäßigen Teilnahme an den Netzwerktreffen (online oder in Präsenz) und zur aktiven Mitarbeit auch zwischen diesen Treffen (online oder in Präsenz). Die Netzwerktreffen werden abwechselnd von den Einrichtungen der Mitglieder ausgerichtet und durch die Netzwerkkoordination protokolliert. Frequenz der Treffen ist zweimal jährlich (Frühjahr & Herbst).
- (2) Die Netzwerkmitglieder bearbeiten im Netzwerk definierte Schwerpunktthemen innerhalb eines gemeinsam abgestimmten Zeitraums.
- (3) Nach Beschluss des Netzwerks können Arbeitsgruppen aus mindestens drei Mitgliedern zu Schwerpunktthemen zeitlich befristet tätig werden. Jede Arbeitsgruppe wählt eine Ansprechperson, die der Netzwerkkoordination und den Netzwerksprecher:innen zu benennen ist.
- (4) Die Mitglieder verpflichten sich zu einem vertraulichen Umgang mit den Inhalten der Netzwerkarbeit gemäß den Grundlagen der DSGVO. Die allgemeinen Richtlinien des Datenschutzes gelten insbesondere für den Umgang mit Daten, die im Rahmen der Netzwerkarbeit erhoben oder verarbeitet werden.
- (5) Gäste¹ sind bei Netzwerk- oder Arbeitsgruppentreffen grundsätzlich willkommen. Sie müssen vor einer Teilnahme an einem Treffen der Netzwerkkoordination innerhalb der gesetzten Anmeldefrist bekannt gegeben werden. Alle Gäste sind verpflichtet, eine Verschwiegenheitserklärung (siehe Anhang 1) zu unterzeichnen.

¹ Gäste sind u. a. an Themen interessierte Mitarbeitende und Hospitant:innen der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen, Expert:innen.

Sollten begründete Vorbehalte gegen eine Teilnahme bestehen, kann das Gremium der Netzwerkmitglieder eine Teilnahme insgesamt oder für den Zeitraum der Beratung über ausgewählte Themen verwehren.

- (6) Bei Nichterfüllung der vorgenannten Pflichten erfolgt eine Anfrage bei dem Mitglied oder bei der Pflegedirektion der entsendenden Universitätsklinik oder Medizinischen Hochschule durch die Netzwerksprecher:innen und Netzwerkkoordination. Netzwerkmitglieder erhalten auf Anfrage Auskunft über das Gesprächsergebnis.

§ 4 Verwertungsschutz und Publikationsregelungen

- (1) Die Ergebnissicherung in Arbeitsgruppen erfolgt in Absprache mit dem VPU-Vorstand. Erst nach der Freigabe der Ergebnisse durch die Arbeitsgruppe und den VPU-Vorstand werden die Ergebnisse allen Netzwerkmitgliedern zur Verfügung gestellt.
- (2) Berufspolitische Papiere sind innerhalb des VPU zu konsentieren. Bei anderen Stellungnahmen oder Positionierungen ist der VPU-Vorstand vor Veröffentlichung einzubeziehen.
- (3) Die Veröffentlichung von Arbeitsergebnissen, die gemeinsam im Rahmen der Netzwerkarbeit, in den Mitgliedertreffen oder in Arbeitsgruppen erstellt werden, erfolgt vorbehaltlich der Zustimmung des VPU-Vorstands. In Veröffentlichungen ist der Bezug zum VPU kenntlich zu machen.
- (4) Arbeitsgruppen verwenden bei allen Publikationen, Einreichungen, Beiträgen oder Postern, die aus der Netzwerkarbeit hervorgehen, die deutsche bzw. englische Affiliation gemäß Präambel. Bei diesen Publikationen, Einreichungen, Beiträgen oder Postern ist vorab eine Reihenfolge der Autor:innen zusammen mit einer Übersicht über die inhaltlichen oder methodischen Beiträge zu erstellen und der Netzwerkkoordination und den Netzwerksprecher:innen schriftlich anzuzeigen. Hierfür ist die benannte Ansprechperson der Arbeitsgruppe verantwortlich.
- (5) Lehnt der VPU-Vorstand die Publikation eines aus der Netzwerkarbeit hervorgegangenen Ergebnisses ab, kann eine Veröffentlichung nur als Einzelperson, Autorenkollektiv oder Klinik erfolgen. Vor einem solchen Vorgehen ist die Freigabe durch das Gremium der Netzwerkmitglieder einzuholen. Der VPU darf in diesem Fall nicht genannt werden.

§ 5 Organisationsstruktur

- (1) Die Mitglieder des *Netzwerks Pflegecontrolling VPU* legen gemeinsam die im Netzwerk zu bearbeitenden Themen fest und stimmen diese mit dem VPU-Vorstand ab. Der Pflegemanagementverband VPU hat die Möglichkeit, weitere Themen und Arbeitsschwerpunkte an das Netzwerk heranzutragen.
- (2) Jede im Netzwerk vertretene Universitätsklinik oder Medizinische Hochschule hat eine Stimme. Beschlussfähigkeit liegt vor, wenn 50% der Stimmberechtigten anwesend sind. Beschlussfassung ist mit einfacher Mehrheit möglich. Max. 3

Stimmrechtübertragungen sind schriftlich möglich. Dies gilt gleichermaßen für Abstimmungen im Rahmen von virtuellen Veranstaltungen des Netzwerks.

- (3) Das *Netzwerk Pflegecontrolling VPU* wählt zwei Sprecher:innen (Doppelspitze) und bis zu zwei Stellvertretungen für den Zeitraum von drei Jahren. Diese vertreten die Positionen des Netzwerks gegenüber dem VPU-Vorstand und das Netzwerk nach außen.
- (4) Die Wahlen der Sprecher:innen finden nach demokratischen Grundsätzen statt und werden von der Netzwerkkoordination überwacht und protokolliert. Wahlvorschläge können bis direkt vor der Wahl bei der Netzwerkkoordination eingereicht werden. Die angenommenen Ergebnisse werden dem VPU-Vorstand unverzüglich schriftlich mitgeteilt. Die Durchführung der Wahlen ist auch online/virtuell möglich.
- (5) Die beim VPU-Vorstand angesiedelte Stelle „Kordinator/in der Netzwerke Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung sowie Pflegecontrolling im VPU e.V.“ unterstützt das Netzwerk administrativ. Es gilt die entsprechende Stellenbeschreibung (siehe Anhang 2).
- (6) Aus organisatorischen Gründen können an den Netzwerktreffen vor Ort maximal zwei Mitglieder pro Universitätsklinik oder medizinische Hochschule teilnehmen. Die Reise- und/ oder Unterbringungskosten und Arbeitszeiten zur Teilnahme an den Netzwerk- oder Arbeitsgruppentreffen werden von den entsendeten Einrichtungen getragen.
- (7) Die Netzwerksprecher:innen können anlassbezogen das Budget zur Arbeit des *Netzwerks Pflegecontrolling VPU* verhandeln. Weitere für die Netzwerkarbeit erforderliche Mittel müssen über die Netzwerksprecher:innen und die Netzwerkkoordination beim VPU-Vorstand beantragt werden.
- (8) Eine Auflösung des *Netzwerks Pflegecontrolling VPU* kann nur durch Beschluss des VPU-Vorstands nach vorheriger Rücksprache mit den Netzwerksprecher:innen und der Netzwerkkoordination erfolgen.

§ 6 Zusammenarbeit mit dem VPU und dem Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im VPU

- (1) Das *Netzwerk Pflegecontrolling VPU* berät und unterstützt den VPU in fachlichen Fragen bzgl. Pflegecontrolling-Themen an Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen. Anfragen können jederzeit an das Netzwerk gestellt werden.
- (2) Aus dem VPU-Vorstand ist je Vorstandsperiode eine Ansprechperson für das *Netzwerk Pflegecontrolling VPU* benannt und den Netzwerksprecher:innen mitzuteilen.
- (3) Die Sprecher:innen bzw. die verantwortlichen Ansprechpersonen der Arbeitsgruppen werden themenbezogen in die Mitgliederversammlungen des VPUs eingeladen.
- (4) Werden Schnittmengen mit der Arbeit des *Netzwerkes Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im VPU* offenbar, wird eine Zusammenarbeit angestrebt. Die Themenüberschneidung muss mit den Sprecher:innen dieses Netzwerks und der Netzwerkkoordination kommuniziert und hinsichtlich einer sich ergänzenden Arbeitsteilung abgestimmt werden.

- (5) Auf Antrag wird vom VPU ein Budget für Projekte und/oder Tagungen, Symposien oder Publikationen des *Netzwerks Pflegecontrolling VPU* gestellt.

§ 7 Kommunikation

- (1) Es finden Besprechungen mit den Ansprechpersonen im VPU statt:

- I. regelmäßig, 2x jährlich Jour fixe mit der zuständigen Ansprechperson des VPU-Vorstands,
- II. bedarfsgerecht, anlass- oder themenbezogene Abstimmungstermine zwischen den Sprecher:innen der beiden Netzwerke (s. § 6 Abs. 4) auf gegenseitige Initiative.

Anhang 1 – Verschwiegenheitserklärung für Hospitanten

Ich _____ verpflichte mich zu absoluter Verschwiegenheit über alle mir im Rahmen des Besuchs des

- Netzwerktreffens
- Arbeitsgruppentreffens
- Sonstiges

des Netzwerks Pflegecontrolling VPU am ____ . ____ . ____ bekannt gewordenen Umstände und Vorgänge.

Insbesondere personenbezogene Daten darf ich unbefugt weder verarbeiten noch nutzen. Mir ist bekannt, dass diese Pflicht zur Verschwiegenheit über die Dauer meines Besuchs hinaus besteht.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum, Unterschrift

Anhang 2 – Funktionsbeschreibung Koordination der Netzwerke Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung sowie Pflegecontrolling im VPU e.V.

Bezeichnung der Stelle	Koordinatorin der Netzwerke Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung sowie Pflegecontrolling im VPU e.V.
Stelleninhaber/-in	Jennifer Luboeinski
Vorgesetzte/-r	Vorstandsvorsitzende*r des VPU
Ziele der Stelle	Das Hauptziel der Koordinationsstelle liegt in der zeitlichen, administrativen und organisatorischen Entlastung der jeweiligen Netzwerksprecher. Darüber hinaus unterstützt die Koordination die Netzwerkmitglieder bei allen anfallenden Aufgaben auch innerhalb des Verbandes.
Stellenumfang	100%
Kernaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Drittmittelrecherche und Unterstützung bei Antragsstellung und Akquise für standortübergreifende Forschungsprojekte • Unterstützung in laufenden Projekten und Forschungsaktivitäten bei Projektmanagement, Recherche, Dokumentation, Administration • Unterstützung übergreifender Aktivitäten zu Studiengangsentwicklungen an Universitätskliniken • Unterstützung bei der Administration und Koordination der <i>Netzwerke Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung und Pflegecontrolling VPU</i> • Öffentlichkeitsarbeit (Vorbereitung von Pressemeldungen, Stellungnahmen, Positionspapieren etc.) • Public Relations in Absprache mit dem VPU-Vorstand (PR-Strategie, Internetauftritt, Publikationen, Geschäftsberichte) • Unterstützung des Datenmanagements (Datenerhebung/-sammlung) • Zuarbeit beim Verfassen von Artikeln/Berichten/Newslettern
Nebenaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation und Koordination von Symposien, Workshops oder Kongressen • Unterstützung der Vor- und Nachbereitung von Netzwerktagungen • Protokollführung aller Sitzungen/online und Präsenz
Zusammenarbeit und Schnittstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Koordination arbeitet eng mit den Netzwerksprechern und dem VPU-Vorstand zusammen, um die anfallenden Aufgaben bestmöglich und gemeinschaftlich zu erledigen. • Die Aufträge erfolgen schriftlich/mündlich durch die Netzwerksprecher und/oder von den Vorstandsmitgliedern des VPU. • Die Koordination ist bei den halbjährlichen Netzwerktagungen anwesend und für die Protokollführung zuständig. • Anträge von Projekten/Studien muss die Koordination mit den jeweiligen Netzwerksprechern abstimmen. Zudem ist eine entsprechende Freigabe seitens des VPU-Vorstandes einzuholen. • Die Koordination stellt den direkten Ansprechpartner für Schnittstellen/Kooperationspartnern dar. Diesbezüglich ist ein regelmäßiger und transparenter Austausch mit dem VPU-Vorstand sowie den jeweiligen Netzwerksprechern unabdingbar.



Verband der
PflegedirektorInnen
der Unikliniken

4. VPU-KONGRESS

14. – 15. November 2025

Vorbereitung, erste Ideen

Jennifer Luboeinski

Andreas Kocks



Gebuchte Räume/Flächen

Freitag, 14. November 2025

Raumname	Nutzung	Pax m ² ohne Tische	Raummiete
Auditorium	Plenum	760	9.950,00 €
Foyer Auditorium 1.OG	Getränkeversorgung & Get-Together		0,00 €
Foyer Auditorium 2.OG	Getränkeversorgung & Get-Together		0,00 €
Grosse Galerie	Garderobe		0,00 €
Raum IX	Gruppenraum 4		1.400,00 €
Raum VI	Gruppenraum 1		500,00 €
Raum VII	Gruppenraum 2		750,00 €
Raum VIII	Gruppenraum 3		1.200,00 €
Raum X	Gruppenraum 5		1.200,00 €
Raum XI	Gruppenraum 6		1.200,00 €
Raum XII	Referentenraum		500,00 €
Raum XIII	Gruppenraum 7	450	750,00 €
Raum XIV	Gruppenraum 8		1.200,00 €
Raum XV	Posterausstellung	243 / 190m ²	1.800,00 €
Estrel Showtheater	Mittagessen		0,00 €

Gebuchte Räume/Flächen

Samstag, 15. November 2025

Raumname	Nutzung	Pax m ² ohne Tische	Raummiete
Auditorium	Plenum	760	9.950,00 €
Foyer Auditorium 1.OG	Getränkeversorgung & Get-Together		0,00 €
Foyer Auditorium 2.OG	Getränkeversorgung & Get-Together		0,00 €
Grosse Galerie	Garderobe		0,00 €
Raum XII	Referentenraum		500,00 €
Raum XIII	Gruppenraum 1	450	750,00 €
Raum XIV	Gruppenraum 2		1.200,00 €
Raum XV	Posterausstellung	243	1.800,00 €
Estrel Showtheater	Mittagessen		0,00 €

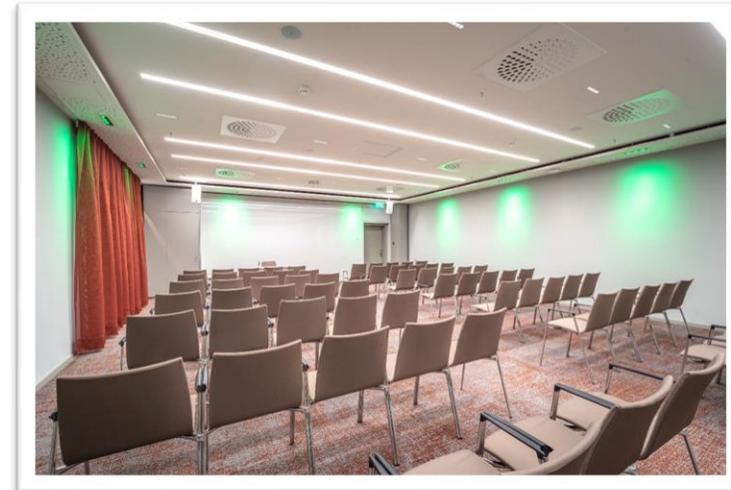
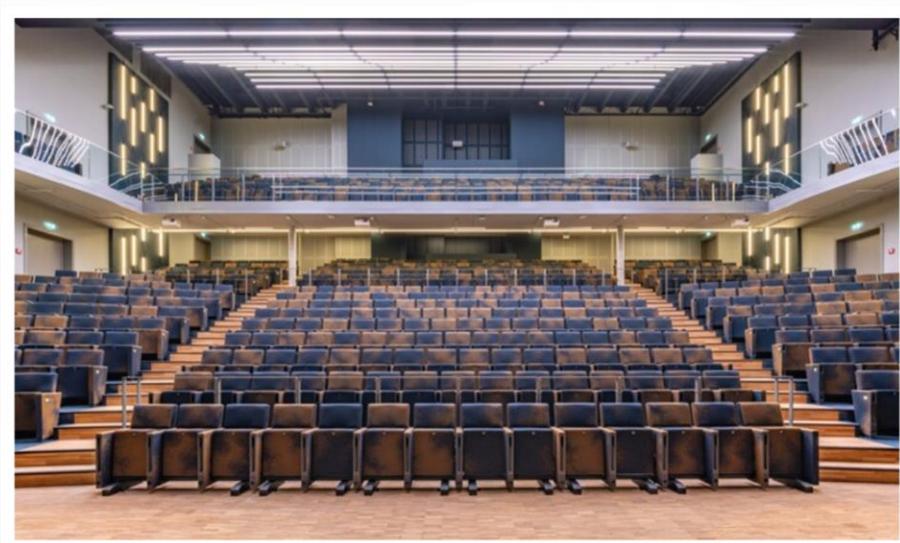
→ 1. Tag 9 Gruppen/Workshopräume

→ 2. Tag 3 Gruppen-/Workshopräume

Estrel-Hotel

www.estrel.com

vpu
Verband der
PflegedirektorInnen
der Unikliniken



[Imagetrailer Estrel Auditorium \(2021, deutsch\) \(youtube.com\)](#)



Mögliche Kongresstitel: 4. VPU-Kongress

Schwerpunkt: Zusammenarbeit/Vernetzung/Nachhaltigkeit

Vorschläge für den Kongresstitel:

1. **Vernetzte Exzellenz** - von Silos zu Synergien in der Pflege
2. **Vernetzte Exzellenz** - unser Beitrag für eine zukunftssichere Pflege
3. **Pflege mit Verantwortung:** Nachhaltigkeit als Schlüssel für die Zukunft

Aufbau/ Struktur des Kongresses:

Vorträge

- Keynotes am 1. Kongresstag (national und international)
- Vorträge werden angeworben und ausgeschrieben

Workshops/Oral Abstract Sessions

- Sind am 1. und 2. Tag möglich
- Ausrichtung ist nach Schwerpunkten
 - Die 4 Säulen der Universitätsmedizin: Forschung, Lehre, Patientenversorgung, Innovationsaufgaben
 - oder nach inhaltlichen Schwerpunkten abgeleitet aus dem Kongress-Titel
- freier Vortragsbereich (Ausschreibung)
- Ggf. Workshops wiederholen
- Allgemein weniger Referenten und mehr Raum für einzelne Vorträge
- Nachwuchs-Workshop/ young investigator award
- ...

Aufbau/ Struktur des Kongresses:

Posterausstellung

- Pflegepädagogik
- Pflegeforschung
- Pflegemanagement

Interaktion und Vernetzung

- Get-Together
- Freiwillige Markierungen am Namensschild (Pflegemanagement, Pflegepraxis, Pflegeforschung, Pflegepädagogik, zum ersten Mal dabei, internationaler Gast...)
- Themenbezogene Austauschchecken
- Fotoecke mit großem VPU-Logo und Hintergrund für Gruppenfotos der Teilnehmenden

Nachwuchsförderung

- Fokus auf Nachwuchsförderung als festes Format für VPU-Kongresse/ Slot für Nachwuchsförderung

Podcast

- Podcast-Folge über den Kongress hinaus anbieten als Interviewformat

Kongress-/Programmbeirat



Gisa Ebeling
(VPU e.V.)



Lea Ecke
(Universitätsklinikum
Ulm)



Caren Erdmann
(Universitätsmedizin
Rostock)



Nicole Feldmann
(Klinikum Oldenburg)



Christine Fiedler
(Universitätsklinikum
Erlangen)



Jenny Heymann
(Universitätsklinikum
Leipzig)



Bernadette Hosters
(Universitätsklinikum
Essen)



Bregje Kloeg
(Universitätsklinikum
Ulm)



Andreas Kocks
(Universitätsklinikum
Bonn)



Nina Kolbe
(Universitätsklinikum
Münster)



Julia Langguth
(Universitätsklinikum
Leipzig)



Lynn Leppla
(Universitätsklinikum
Freiburg)



Tobias Mai
(Universitätsmedizin
Frankfurt)



Christiane Olthoff
(Universitätsklinikum der
Ruhr-Universität Bochum)



Laura Todisco
(Universitätsmedizin
Frankfurt)



Inke Zastrow
(Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf)

Verband der PflegedirektorInnen der Universitätskliniken und
Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.

Kontakt: info@vpu-online.de

www.vpu-online.de



Vorstellung der Projekte des Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im VPU e.V.

Juli 2024

Andreas Kocks, Nina Kolbe, Tobias Mai

Sprecher des Netzwerkes Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im VPU e.V.

Jennifer Luboeinski

Koordinatorin der Netzwerke Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung
sowie Pflegecontrolling im VPU e.V.



Sprecher des Netzwerks Pflegewissenschaft & Praxisentwicklung im VPU



Andreas Kocks
(Universitätsklinikum
Bonn)



Nina Kolbe
(Universitätsklinikum
Münster)



Tobias Mai
(Universitätsmedizin
Frankfurt)

Arbeitsgruppen (AG)

01

AG Befragung von klinisch
tätigen Pflegenden an
Universitätskliniken

03

AG Pflegesensitive
Indikatoren

05

AG Kompetenz- und
Karrieremodelle in
Gesundheitsfachberufen

07

3. Survey zu
hochschulischen
Qualifikationen im
Pflegedienst an deutschen
Kliniken

02

AG Profilentwicklung für
Bachelorabsolventen in der
Pflege

04

AG Berufsstolz - PIKA-
Pflege in Kinderaugen

06

AG Kongresskomitee

08

AG APN-Rollenklärung
(Zukunftswerkstatt VPU)

1. AG Befragung von klinisch tätigen Pflegenden an Universitätskliniken

Mitglieder



Marion Baltes (Uniklinik
RWTH Aachen)



Andrea Ellermeyer
(Klinikum rechts der Isar
der Technischen
Universität München)



Jenny Heymann
(Universitätsklinikum
Leipzig)



Andreas Kocks
(Universitätsklinikum
Bonn)



Nina Kolbe
(Universitätsklinikum
Münster)



Lars Krüger
(Universitätsklinikum der
Ruhr-Universität Bochum)



Tobias Mai
(Universitätsmedizin
Frankfurt)



Christiane Olthoff
(Universitätsklinikum der
Ruhr-Universität Bochum)



Petra Renz
(Universitätsklinikum
Tübingen)



Kirstin Ruttmann
(Universitätsklinikum
Regensburg)



Regina Schmeer
(Medizinische Hochschule
Hannover)



Laura Todisco
(Universitätsmedizin
Frankfurt)



Franziska Wefer
(Universitätsklinikum der
Ruhr-Universität Bochum)



Inke Zastrow
(Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf)

1. AG Befragung von klinisch tätigen Pflegenden an Universitätskliniken

Ziel

Qualifikation, Tätigkeitsfelder und Berufszufriedenheit von klinisch tätigen Pflegefachpersonen an Universitätskliniken und med. Hochschulen in Deutschland

Methode

Online-Fragebogen via SoSciSurvey

Zielgruppe

klinisch tätige Pflegepersonen mit direktem Patient:innenkontakt auf allen bettenführenden Stationen:

- Pflegehilfspersonen
- 3-jährig ausgebildete Pflegefachpersonen
- Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung
- Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen
- Anerkannte ausländische Pflegefachpersonen
- Pflegepersonen in bettenführenden Psychiatrien und der ZNA

Aktueller Stand

- Erhebungsinstrument ist entwickelt, Pretest in Vorbereitung, Vorbereitung Ethikantrag
- Antrag Datenschutz und Personalvertretung, Geplanter Start der Erhebung 4. Quartal 2024



2. AG Profilentwicklung für Bachelorabsolventen in der Pflege

Mitglieder



Joelle Bieneas
(Universitätsklinikum
Augsburg)



Lea Ecke
(Universitätsklinikum Ulm)



Caren Erdmann
(Universitätsmedizin
Rostock)



Nicole Feldmann
(Klinikum Oldenburg)



Andrea Ellermeyer
(Klinikum rechts der Isar
der Technischen
Universität München)



Jenny Heymann
(Universitätsklinikum
Leipzig)
AG-Sprecherin



Nina Kolbe
(Universitätsklinikum
Münster)



Bregje Kloeg
(Universitätsklinikum Ulm)



Roman Schmädig
(Universitätsklinikum
Dresden)



Astrid Stephan
(Universitätsklinikum
Aachen)



Laura Todisco
(Universitätsmedizin
Frankfurt)
AG-Sprecherin



Barbara Strohbücker
(Universitätsklinikum Köln)



Inke Zastrow
(Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf)



Manuela Zimmermann
(Charité -
Universitätsmedizin
Berlin)

2. AG Profilentwicklung für Bachelorabsolventen in der Pflege

Ziel

Identifikation von „Best Practice Beispielen“ für die Integration von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen (auf Bachelorniveau) in die klinisch pflegerische Versorgung und Herausarbeitung der Perspektiven und Erfahrungen relevanter Akteure

Ursprüngliches Vorhaben Multiperspektivische Fallanalyse - Fokusgruppeninterviews

Aktueller Arbeitsstand

Literaturrecherche (nach PICO) und Sichtung mit Fokus auf hemmende und fördernde Faktoren zur Integration

Langfristige Vorhaben zur Thematik

1. Sammlung bestehender Stellenprofile für Bachelorabsolventen in den UK als Grundlage für die Erstellung von Empfehlungen zur Förderung der Transition
2. Entwicklung einer gemeinsamen Empfehlung zur tariflichen Eingruppierung



3. AG Pflegesensitiven Indikatoren - Mitglieder



Helga Breimaier (RKU-
Universitäts- und
Rehabilitationskliniken
gGmbH)



Christine Drauschke
(Universitätsmedizin
Mainz)



Jenny Heymann
(Universitätsklinikum
Leipzig)



Lars Krüger
(Universitätsklinikum der
Ruhr-Universität Bochum)



Susanne Krotsetis
(Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein)



Stefan Köberich
(Universitätsklinikum
Freiburg)



Julia Langguth
(Universitätsklinikum
Leipzig)



Tobias Mai
(Universitätsmedizin
Frankfurt)



Jan Mikulasch
(Universitätsklinikum
Würzburg)



Peter Nydahl
(Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein)



Petra Renz
(Universitätsklinikum
Tübingen)



Regina Schmeer
(Medizinische Hochschule
Hannover)



Roman Schmädig
(Universitätsklinikum
Dresden)



Lisette Stockhaus
(Universitätsklinikum
Regensburg)

**AG Sprecher
(UAG 2):**



Armin Hauss (Charité - Universitätsmedizin Berlin)

**AG Sprecherin
(UAG 3):**



Bernadette Hosters (Universitätsklinikum Essen)

**AG Sprecherin
(UAG 1):**



Birgit Vogt (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

1

Schaffung von Grundlagen für die Kennzahlen-/Indikatorenarbeit in den Universitätskliniken

Beschreibung erforderlicher Grundlagen und Strukturen im innerklinischen Bereich

Entwurf - weitere Bearbeitung an Untergruppe 2 übergeben

3

Lese- und Arbeitsanleitung „Arbeiten und Führen mit Kennzahlen/Indikatoren“

Lese- und Arbeitsanleitung über das Arbeiten und das Führen mit Kennzahlen/Indikatoren

2

Auswahl und Beschreibung von pflegesensitiven/pflegererelevanten Indikatoren:

Beschreibung ausgewählter pflegesensitiver und pflegererelevanten Kennzahlen beschrieben

4

Erstellung eines Indikatorensets

Dieses Set soll betriebswirtschaftliche, personelle sowie pflegesensitive pflegererelevante Kennzahlen umfassen.

4. AG Berufsstolz - PIKA-Pflege in Kinderaugen

Mitglieder



Jenny Heymann
(Universitätsklinikum
Leipzig)



Nicole Feldmann
(Klinikum Oldenburg)



Bregje Kloeg
(Universitätsklinikum Ulm)



Andreas Kocks
(Universitätsklinikum
Bonn)



Tobias Mai
(Universitätsmedizin
Frankfurt)



Jan Mikulasch
(Universitätsklinikum
Würzburg)



Antje Tannen (Charité -
Universitätsmedizin
Berlin)



4. AG Berufsstolz - PIKA-Pflege in Kinderaugen

PiKA-Malprojekt

- Initiiert 2022 in vier deutschen Universitätskliniken - Ausweitung auf vier weitere Universitätskliniken Ende 2023
- Einblicke, wie Kinder Pflegefachpersonen sehen, ihre Aufgaben und Eigenschaften
- Zielgruppe: stationär aufgenommene Kinder, Kinder von Besuchern oder Kinder von Pflegefachpersonen
- Kinder malen ihre Pflegefachperson

Projektziele

- Stärkung des Berufsstolz
- Förderung der (realitätsnahen) öffentlichen Wahrnehmung für die Arbeit klinisch tätiger Pflegefachpersonen

Aktueller Arbeitstand

- Datensatz von über 300 Kinderbildern
- Bildanalytische Auswertung abgeschlossen und Artikel in der ZEFQ eingereicht
- Sichtung von Veröffentlichungsmöglichkeiten (Postkarten, Ausstellungen, Kinderbuch etc.)



5. AG Kompetenz- und Karrieremodelle in Gesundheitsfachberufen

Mitglieder



Caren Erdmann
(Universitätsmedizin
Rostock)



Susanne Krotsetis
(Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein)



Franziksa Kucin
(Universitätsklinikum
Düsseldorf)



5. AG Kompetenz- und Karrieremodelle in Gesundheitsfachberufen

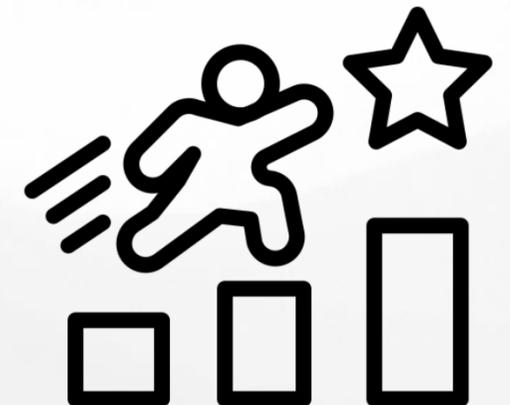
Projektziel

Empfehlung von Kompetenzmodellen/ Qualifikationsrahmen

- kann ein Impuls an das Management liefern, sich mit Kompetenzen und Karriereentwicklung auseinanderzusetzen
- Erweiterung der Empfehlung mit „Story-Telling“ analog zur Definition Pflege an UK/MH

Aktueller Arbeitstand

- Identifikation der bestehenden Karriere- und Kompetenzmodelle in den Gesundheitsfachberufen im klinischen Setting
 - Kurzabfrage zu Karriere- und Kompetenzentwicklung an Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen in Deutschland
 - Modellbeschreibung (Bestandteile/DQR basiert etc.)
 - Herausforderungen in Bezug auf die Karriereentwicklung in den Gesundheitsfachberufen
 - Kompetenzen, die wichtig für eine erfolgreiche Karriere in den Gesundheitsfachberufen sind
 - Etc...



7. Dritter Survey zu hochschulischen Qualifikationen im Pflegedienst an deutschen Kliniken

Projektziele:

- Erfassung der aktuellen Situation an allen Kliniken in Deutschland
- Vergleich mit Vorstudien aus 2015 und Follow-up-Survey
- Fokus auf Anzahl und Tätigkeiten akademisch qualifizierter Pflegender

Beteiligte Institutionen:

- Stabsstelle Klinische Pflegeforschung und Qualitätsmanagement des LMU Klinikums München
- Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung des VPU
- Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

➤ Online-Umfragetool via SoSci-Survey

➤ Zeitfenster: 03.06.- 19.07.2024

➤ Vertrauliche Behandlung der Daten, keine Rückschlüsse auf einzelne Kliniken

➤ Publikation: Ergebnisse werden Open Access veröffentlicht

8. AG APN-Rollenklärung (Zukunftswerkstatt VPU)

Mitglieder



Susanne Arnold
(Universitätsklinikum
Augsburg)



Carolin Anders
(Universitätsklinikum
Heidelberg)



Yvonne Dintelmann
(Universitätsklinikum
Heidelberg)



Susanne Fallscheer
(Universitätsklinikum
Tübingen)



Marina Filipovic
(Universitätsklinikum Köln)



Andreas Kocks
(Universitätsklinikum
Bonn)



Lynn Leppla
(Universitätsklinikum
Freiburg)



Julia Mayer
(Universitätsklinikum
Mannheim)



Helmut Schiffer
(Universitätsklinikum
Freiburg)



Barbara Strohbücker
(Universitätsklinikum Köln)



Klaus Tischler
(Universitätsklinikum
Tübingen)

8. AG APN-Rollenklärung (Zukunftswerkstatt VPU)

Projektziele

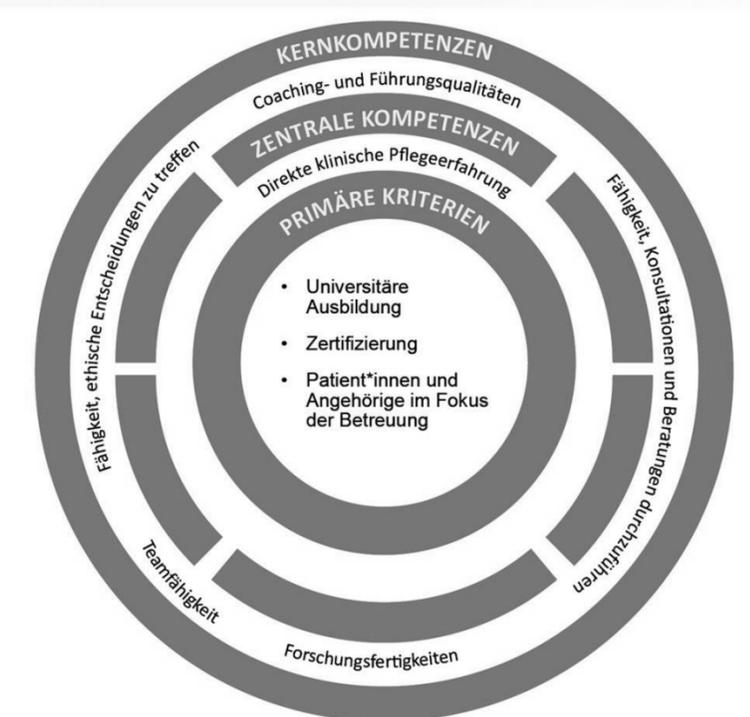
- Darstellung des Stands der APN-Etablierung an UK`s in Deutschland
- Förderung von APN-Rollenentwicklung an UK`S in Deutschland

Methodische Umsetzung

- Befragung von APN`s an allen UK`S in Deutschland zu ihren Schwerpunkten und Tätigkeiten
- Unter Verwendung eines bereits eingesetzten Instrumentes aus der Schweiz
- Erstellung eine internen Kontaktliste von APN`S an UK`s zur Orientierung und Austausch

Ausblick

- Veröffentlichung und Positionierung der UK`s in Deutschland zum APN-Rollenmodell



Mitwirkung am Pflegekompetenzgesetz / APN-Gesetz

1. Einladung zu einem virtuellen Fachgespräch zur Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen im Krankenhausbereich am 22.01.2024, 09:00-11:00 Uhr
→ Stellungnahme im Nachgang eingereicht
2. Einladung zum Fachaustausch zu den vorläufigen Eckpunkten für ein Pflegekompetenzgesetz am 20. März 2024 im BMG
3. Einladung zu einem virtuellen Fachaustausch mit Verbänden und Wissenschaft zu zukünftigen Aufgabenbereichen von Advanced Practice Nurses in Deutschland am 12. Juni 2024, 09.30-12.30 Uhr
→ Stellungnahme im Nachgang eingereicht



Jüngste Veröffentlichungen aus dem Netzwerk (eine Auswahl)

- Nydahl P, Borromeo RC, Carrigan T, Dokken H, Fischer U, Kocks A, Kolbe N, Luboeinski J, Przylepa K, Safari SR, Zimmermann M, Franz S, (2024) World views on shortage in nursing resource: Challenges and opportunities. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.05.009>
- Pflege-Dialog! Die Generation Z und die Pflege – kann das gutgehen? In WIRKSAM das Magazin zur Pflege. 02/2024
- Pflege-Dialog! Work-Life-Balance- Traum und Wirklichkeit. In WIRKSAM das Magazin zur Pflege. 01/2024
- Kocks A., Luboeinski J. (2023): Seien Sie ruhig stolz auf sich! Pflegez. 76,56-59



**Verband der PflegedirektorInnen der Universitätskliniken
und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.**

Kontakt: info@vpu-online.de

www.vpu-online.de

Arbeitsprofil Frau Luboeinski

Koordinationsstelle im VPU e.V.

- zeitliche, administrative und organisatorische Entlastung der jeweiligen Netzwerksprecher:innen, Vorstandsmitglieder
- direkte Ansprechpartnerin für Schnittstellen/Kooperationspartnern

Aufgaben:

Unterstützung bei:

- laufenden Projekte, Forschungsaktivitäten, Projektmanagement, Recherche, Dokumentation, Administration (Terminkoordination)
- Datenmanagement
- übergreifender Aktivitäten zu Studiengangsentwicklungen an Universitätskliniken
- Administration & Koordination der vpu internen Netzwerke
- Zuarbeit beim Verfassen von Artikeln/Berichten/Newslettern

Öffentlichkeitsarbeit:

- Vorbereitung von Pressemeldungen, Stellungnahmen, Positionspapieren
- Public Relations in Absprache mit dem VPU-Vorstand (PR- Strategie, Internetauftritt, Publikationen, Geschäftsberichte)

Organisation/Koordination von Kongressen, Workshops

- Unterstützung der Vor- und Nachbereitung von Netzwerktagungen
- Protokollführung aller Sitzungen/Online & Präsenz

VPU Mitgliederversammlung

Datum/Uhrzeit: 12.07.2024 09:00 – 12:00 Uhr

Ort: Klinikum Regensburg.

Protokoll erstellt von: Gruber Alexander, BA

Protokoll erstellt am: 22.07.24

Teilnehmer: siehe Anwesenheitsliste

Verteiler:



Freitag, 12.07.2023, 13:00 Uhr – 17:00 Uhr

TOP	Thema	bearbeitet von	bis	Status
	<p>Bericht aus dem Universitätsklinikum Salzburg, Österreich</p> <p>Herr Gruber berichtet in Vertretung von Frau Moser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>GuK-Novelle:</u> • Kompetenzerweiterung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich Erst- und Weiterverordnung von Heil- und Hilfsmittel auf Basis ärztlicher oder pflegerischer Diagnosen durch die diplomierte Pflege, Erst- und Weiterverordnung von spezifischen Arzneimittel. Zudem die Möglichkeit weiterer §15 GuKG Kompetenzen von Arzt auf Pflege zu delegieren, wenn diese im Zuge einer Höherqualifizierung abgedeckt sind. Der Kompetenzbereich der tertiär ausgebildeten Pflege soll sukzessive internationalen Anschluss finden. Siehe mitgeltende Unterlage GuKG. • Kompetenzerweiterung Pflegefachassistenz (2jährig sekundär ausgebildet): Kompetenzen werden laufend erweitert, zuletzt um die Vorbereitung und Applikation von periphervenösen Infusionen im Zusammenhang mit der Hydratation ohne medikamentöse Zusätze, siehe mitgeltende Unterlage GuKG. • Insgesamt wird weiterhin auf einen breiten Skill & Grade aus tertiär und sekundär ausgebildeten Pflegepersonen bzw. medizinischen Assistenzberufen gesetzt • Alle Ausbildungen zu Spezialisierungen (Intensiv, Anästhesie, Pädiatrie, Psychiatrie) wurden bereits überwiegend, aber nun gesetzlich verankert im tertiären Bereich als Universitätslehrgänge mit mind. 60ECTS angesiedelt, diese dienen der Steuerung der Qualitätssicherung, alle Mitarbeiter der Pflege welche in diesen Spezialisierungen arbeiten müssen diese ULGs innerhalb von 5 Jahren absolvieren, die finanziellen Mittel und die Ausbildungsstellen haben die Bundesländer dafür zur Verfügung gestellt, siehe mitgeltende Unterlage GukG. 			

Status: **A**= Aktivität gefordert **B**= Beschluss **E**= Empfehlung **I**= Information/Feststellung **O**= Offener Punkt
V= Vereinbarung asap: as soon as possible

TOP	Thema	bearbeitet von	bis	Status
	<ul style="list-style-type: none"> • Die Verlagerung der Ausbildungsplätze für die Diplompflege vom sekundären in den tertiären Bildungssektor schreitet zügig voran, seit 31.12.2023 ist es nicht mehr möglich, neue Diplombildungen in den Krankenpflegesschulen zu starten, dazu wurden in alle österreichischen Bundesländern ausreichend Studienplätze für die Diplompflege an den Fachhochschulen aufgebaut, siehe mitgeltende Unterlage – Gesundheitsberuferegister-Bericht 2023, dort sind die Verschiebungen zw. dem sekundären in den tertiären Bildungssektor sehr gut zu beobachten • <u>Skill an Grade Mix:</u> • Lt. GBR Bericht beträgt österreichweit der Anteil an tertiär ausgebildeter Diplompflege im Durchschnitt 5%, am Uniklinikum Salzburg arbeiten derzeit rund 20 % der Pflegemitarbeiterinnen und –mitarbeitern mit tertiärer Ausbildung, d.h. mindestens einem Bachelor für die Gesundheits- und Krankenpflege direkt am Bett/Ambulanz etc, jedenfalls in der direkten Patientenversorgung, dies ist durch gezielte Personalentwicklung der Pflegedirektion möglich, im Zuge dessen werden die altberufsrechtliche Pflegenden in Nachqualifizierungsprogramme (Bachelorprogramm für Pflege) entsendet wird, die Studiengebühren dafür werden zu 75% durch den Dienstgeber getragen, das hat in den letzten 10 Jahren dazu geführt, dass sehr viele alteingesessene, altberufsrechtlich ausgebildete Pflegekräfte den Bachelor nachgeholt haben und sich die Stimmung in den Teams wesentlich verbessert hat. • Es arbeiten mittlerweile ca. 400 Pflegefachassistenten am Uniklinikum. Diese leisten einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsabsicherung. • Es wird am Aufbau von Ordinationsassistenten in den Ambulanzen gearbeitet. • Die Ausbildung von OTA startet jährlich mit 30 Plätzen und findet enorm positive Resonanz, in Österreich herrscht ein massiver Mangel an OP Kräften, daher werden zusätzlich auch OTA aus Kolumbien integriert, deto am Uniklinikum Salzburger Landeskliniken. • Die Ausbildung von medizinischen Assistenzkräften wie Laborassistent, Röntgenassistent und Ordinationsassistent wird gefördert um mit den Bachelorabsolventen der MTD-Berufe einen sinnhaften Skill & Grade herzustellen. • Es arbeiten ca. 20 ANPs in unterschiedlichen Fachrichtungen (Palliativ, Diabetes, Kardiologie, Demenz/Delir, Cancer Care, Respiratory Care, Family Care etc...) auf den Bettenstationen, diese 			

TOP	Thema	bearbeitet von	bis	Status
	<p>vervollständigen den Skill&Grade Mix im akutstationären Bereich, alle haben ein auf einen Bachelor aufbauenden konsekutiven Master (APN) absolviert. Das ist eines der wichtigsten Personalentwicklungsprogramme der Pflegedirektion in gemeinsamer strategischer Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft der PMU (Prof. Osterbrink).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Internationale Nurses</u> • Es werden jährlich ca. 80 Nurses aus dem internationalen Raum (Kolumbien, Südafrika, Ecuador) in die klinische Praxis integriert • Re-Location Team nach dem Vorbild von Direktor Pröbß wurde aufgebaut. • Die Integration braucht die maximale Führungsaufmerksamkeit. • <u>VPU Österreich Status</u> • Die Pflegedirektoren der Unikliniken Salzburg, Graz, Innsbruck, St. Pölten, Linz haben sich konsolidiert • Die Vereinsgründung hat bis dato noch nicht stattgefunden • Das AKH möchte sich nicht beteiligen, was sehr nachteilig ist • Die erste Klausur aller Pflegedirektoren (Salzburg, Graz, Innsbruck, ST. Pölten, Linz) mit den jeweils ca. 7 Pflegedienstleitungen der Unikliniken findet am 30. und 31. Juli zu in Salzburg statt • Die weitere Vorgehensweise wird im Herbst 2024 finalisiert 			

Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2023

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2023

Ergebnisbericht

Autorinnen und Autoren:

Johanna Pilwarsch (GÖG)
Monika Schichl-Zach (GÖG)
Anna Gruböck (GÖG)
Stefan Mathis-Edenhofer (GÖG)
Alexander Wallner (GÖG)
Ana Cartaxo (GÖG)
Michael Gyimesi (GÖG)

Unter Mitarbeit von:

Manuela Blum (BAK)
Kurt Schalek (BAK)

Fachliche Begleitung:

Irene Hager-Ruhs (BMSGPK)
Alexandra Lust (BMSGPK)
Christina Pabi (BMSGPK)

Projektassistenz:

Petra Groß

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Juni 2024

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Pilwarsch, Johanna; Schichl-Zach, Monika; Gruböck, Anna; Mathis-Edenhofer, Stefan; Wallner, Alexander; Cartaxo, Ana; Gyimesi, Michael (2024): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2023. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/4/5183

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“.

Inhalt

Abbildungen	V
Tabellen.....	VII
Abkürzungen.....	X
Einleitung.....	1
Teil A: Detailanalysen der registrierten Berufe	6
1 Registrierte Personen nach Berufen	8
1.1 Gesamtdarstellung nach Berufen.....	8
1.2 Exkurs: Partielle Anerkennung.....	12
2 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	13
2.1 Gesamtdarstellung GuK-Berufe und Geschlecht	13
2.2 GuK-Berufe und Alter	14
2.3 Art und Setting der Berufsausübung GuK-Berufsangehöriger	15
2.4 Exkurs: GuK-Berufsangehörige mit Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf	23
2.5 Berufsqualifikation und Staat der beruflichen Erstqualifikation von GuK-Berufsangehörigen	24
2.5.1 Berufsqualifikation DGKP	28
2.6 Spezialisierungen von DGKP.....	29
2.7 Alter bei Abschluss der Erstqualifikation in GuK-Berufen.....	30
2.8 Versorgungsdichte der GuK-Berufe nach Bundesland.....	31
3 Gehobene medizinisch-technische Dienste	32
3.1 Gesamtdarstellung MTD und Geschlecht.....	32
3.2 MTD und Alter	33
3.3 Art und Setting der Berufsausübung der MTD	34
3.4 Berufsqualifikation und Staat der beruflichen Erstqualifikation Berufsangehöriger der MTD	41
3.5 Versorgungsdichte der MTD nach Bundesland	44
4 Operationstechnische Assistenz.....	46
4.1 Gesamtdarstellung.....	46
4.2 OTA und Alter	47
Teil B: Informationen zu behördlichen Tätigkeiten und zur Registerführung.....	48
5 Rollen laut GBRG.....	49
6 Behördliche Tätigkeit.....	50
6.1 Registrierungspflicht.....	50
6.2 Registrierungen nach Registrierungsbehörden	50
6.3 Registrierungen 2023	52
6.4 Art der Antragstellung	55
6.5 Verlängerung der Registrierung.....	57
6.5.1 Art der Verlängerung	59
6.5.2 Änderungsmeldungen im Zuge einer Verlängerung	60
6.5.3 Ruhe der Berufsberechtigung.....	60
6.5.4 Wiederaufleben der Berufsberechtigung.....	60
6.6 Versagungen der Eintragung	60
6.7 Streichungen	61
6.7.1 Streichung bei Berufseinstellung.....	61

6.7.2	Streichung bei Entziehung der Berufsberechtigung.....	61
6.7.3	Streichung nach Upgrades innerhalb der GuK-Berufe	62
6.7.4	Befristete Eintragungen	62
6.8	Weitere behördliche Tätigkeiten.....	63
6.8.1	Änderungsmeldungen.....	63
6.8.2	EU-rechtliche Aufgaben im Rahmen des EU-Binnenmarkt- Informationssystems IMI	64
6.8.3	Bescheinigungen gemäß § 20 GBRG.....	65
6.8.4	Amtshilfe in Österreich.....	65
6.8.5	Bericht an den Registrierungsbeirat.....	66
7	Registerführung.....	67
7.1	Veröffentlichung von Daten aus dem GBR	68
7.2	Führung des Verzeichnisses der Personen, die eine vorübergehende Dienstleistung in Österreich erbringen (§ 7 GBRG).....	68
7.3	Ausstellen des Berufsausweises (§ 19 GBRG und GBR-Berufsausweis- Verordnung [GBR-BAV])	69
7.4	Streichung nach Entziehung der Berufsberechtigung (§ 25 GBRG)	70
7.5	Aussenden von Vorwarnungen an EU-Behörden (§ 10 Abs. 5 GBRG).....	70
7.6	Auswertungen aus dem Register	70
7.6.1	Auswertungen und Berichte für das BMSGPK	70
7.6.2	Bericht an den Registrierungsbeirat.....	70
7.6.3	Auswertungen für Organe von Gebietskörperschaften und den Dachverband der Sozialversicherungsträger.....	71
7.6.4	Auswertungen für in § 9 Abs. 3 GBRG taxativ aufgezählte Institutionen.....	71
7.6.5	Auswertungen für Dritte	71
7.7	Ausstellen von Parktafeln „Mobile Hauskrankenpflege im Dienst“ gemäß § 24 Abs. 5a StVO.....	71
	Tabellen Anhang	73

Abbildungen

Abbildung 1:	Anzahl registrierter Personen mit Berufsberechtigung für zwei Berufe (ausgewertete n = 277, 21 Fälle aufgrund statistischer Geheimhaltung ausgeblendet).....	10
Abbildung 2:	GuK-Berufe – nach Geschlecht in Prozent 2023 (ausgewertete n = 179.300).....	14
Abbildung 3:	GuK-Berufe – Grade-Mix in ausgewählten Einsatzbereichen in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 138.185, Mehrfachzuordnungen möglich).....	19
Abbildung 4:	GuK-Berufe – ausgewählte Settings und Altersverteilung in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 139.340, Mehrfachzuordnungen möglich).....	20
Abbildung 5:	DGKP – ausgewählte Settings und Altersverteilung in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 88.158, Mehrfachzuordnungen möglich).....	21
Abbildung 6:	PFA – ausgewählte Settings und Altersverteilung in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 3.059, Mehrfachzuordnungen möglich).....	22
Abbildung 7:	PA – ausgewählte Settings und Altersverteilung in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 48.123, Mehrfachzuordnungen möglich).....	23
Abbildung 8:	GuK-Berufe – Ausbildungsabschlüsse (Stand 31. 12. 2023) nach Qualifikation und Ländergruppe in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 179.296).....	25
Abbildung 9:	Abschlussart nach Abschlussjahr in GuK-Berufen in Zeitreihen 2011–2023.....	27
Abbildung 10:	DGKP – berufliche Erstqualifikationen (Stand 31. 12. 2023) in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 111.525).....	28
Abbildung 11:	DGKP – Berufsqualifikation (Stand 31. 12. 2023) nach Geschlecht in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 111.525).....	29
Abbildung 12:	GuK-Berufe – Berufsangehörige pro 1.000 Einwohner:innen nach Bundesland der Berufsausübung (ausgewertete n = 156.424, Mehrfachzuordnungen möglich).....	31
Abbildung 13:	MTD – Registrierungen nach Altersgruppen in Prozent 2023 (ausgewertete n = 41.184).....	33
Abbildung 14:	MTD-Berufe – angestellt / überwiegend angestellt – nach Altersgruppen in Prozent 2022 (n = 26.015).....	36

Abbildung 15:	Ausgewählte MTD-Berufe – freiberuflich / überwiegend freiberuflich ausgeübt – nach Altersgruppen in Prozent 2023 (ausgewertete n = 10.987).....	37
Abbildung 16:	MTD – berufliche Erstqualifikationen (Stand 31. 12. 2023) in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 41.140).....	42
Abbildung 17:	MTD – Staat der beruflichen Erstausbildung nach Berufsgruppen per 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 41.183)	43
Abbildung 18:	Aktueller Stand der Behördenzugehörigkeit am 31. 12. 2023 in absoluten Zahlen	51
Abbildung 19:	Aktueller Stand der Behördenzugehörigkeit am 31. 12. 2023 in Prozent.....	51
Abbildung 20:	Registrierung nach Beruf im Jahr 2023 in Prozent.....	54
Abbildung 21:	Verteilung zwischen Online- und persönlicher Antragstellung seit Beginn der Registrierung mit Stichtag 31. 12. 2023.....	55
Abbildung 22:	Verteilung zwischen Online- und persönlicher Antragstellung in Prozent im Jahr 2023.....	56
Abbildung 23:	Verteilung des Zeitpunkts der Verlängerung 2023.....	59

Tabellen

Tabelle 1:	Zugriffe auf das öffentliche Gesundheitsberuferegister pro Jahr.....	1
Tabelle 2:	Anzahl der Registrierungen (Berufsberechtigungen) nach Beruf und Berufsausübung (ausgewertete n = 220.264, Mehrfachzuordnungen möglich).....	8
Tabelle 3:	Gegenüberstellung der Registrierungen gesamt per 31. 12. 2021 (ausgewertete n = 202.845, Mehrfachzuordnungen möglich), 31. 12. 2022 (ausgewertete n = 211.856, Mehrfachzuordnungen möglich) und 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 220.264, Mehrfachzuordnungen möglich) pro Beruf in absoluten Zahlen und prozentueller Veränderung	11
Tabelle 4:	GuK-Berufe – Anzahl der Registrierungen gesamt und nach Geschlecht in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 179.300).....	13
Tabelle 5:	GuK-Berufe – Berufsangehörige nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent, 2023 (ausgewertete n = 179.300).....	14
Tabelle 6:	DGKP – Gegenüberstellung der Registrierungen gesamt 31. 12. 2021 (ausgewertete n = 102.648, Mehrfachzuordnungen möglich), 31. 12. 2022 (ausgewertete n = 105.937, Mehrfachzuordnungen möglich) und 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 111.566, Mehrfachzuordnungen möglich) nach Art der Berufsausübung.....	15
Tabelle 7:	GuK-Berufe – Kategorie „Sonstiges“ – Berufsangehörige nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 22.862)	16
Tabelle 8:	GuK-Berufe – Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2022 (ausgewertete n = 146.516, Mehrfachzuordnungen möglich).....	18
Tabelle 9:	GuK-Berufe – Berufsangehörige in ausgewählten Settings nach Altersgruppen in Prozent (ausgewertete n = 139.340, Mehrfachzuordnungen möglich).....	20
Tabelle 10:	GuK-Berufe – Anzahl der registrierten Berufsangehörigen, die zusätzlich eine Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf angeben (ausgewertete n = 17.928, Mehrfachzuordnungen möglich)	24
Tabelle 11:	GuK-Berufe – Anteil der DGKP, PFA und PA mit beruflicher Erstqualifikation in Österreich nach Bundesland der Berufsausübung 2023 in Prozent (ausgewertete n = 156.420)	26
Tabelle 12:	DGKP – Anzahl der DGKP mit freiwillig angegebener Ausbildung in einer Spezialisierung 2023 (ausgewertete n = 28.201).....	30
Tabelle 13:	GuK-Berufe – Alter bei Abschluss der Erstausbildung in absoluten Zahlen und in Prozent (ausgewertete n = 179.293).....	30

Tabelle 14:	GuK-Berufe – Einwohnerzahl pro Berufsangehörige:n nach Bundesland der Berufsausübung (ausgewertete n = 156.424, Mehrfachzuordnungen möglich).....	31
Tabelle 15:	MTD – Registrierungen gesamt und nach Geschlecht in absoluten Zahlen und in Prozent (ausgewertete n = 41.184, Mehrfachzuordnungen möglich)	32
Tabelle 16:	MTD – Registrierungen nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 41.184).....	33
Tabelle 17:	MTD – Kategorie „Sonstiges“ – Registrierungen nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 4.069).....	34
Tabelle 18:	MTD – Gegenüberstellungen der Registrierungen gesamt nach Art der Berufsausübung 31. 12. 2022 (ausgewertete n = 39.572, Mehrfachzuordnungen möglich) und 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 41.211, Mehrfachzuordnungen möglich).....	35
Tabelle 19:	Biomedizinische Analytik – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 5.986, Mehrfachzuordnungen möglich).....	38
Tabelle 20:	Diätologie – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 1.309, Mehrfachzuordnungen möglich).....	38
Tabelle 21:	Ergo – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 2.954, Mehrfachzuordnungen möglich).....	39
Tabelle 22:	Logopädie – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 1.279, Mehrfachzuordnungen möglich).....	39
Tabelle 23:	Orthoptik – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 333, Mehrfachzuordnungen möglich)	40
Tabelle 24:	Physiotherapie – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 7.896, Mehrfachzuordnungen möglich).....	40
Tabelle 25:	Radiologietechnologie – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent (ausgewertete n = 5.089, Mehrfachzuordnungen möglich).....	41

Tabelle 26:	MTD – Registrierte Personen mit beruflicher Erstqualifikation in Österreich nach Bundesland der Berufsausübung 2023 in Prozent (ausgewertete n = 37.133)	43
Tabelle 27:	MTD – Registrierte Berufsangehörige pro Bundesland der Tätigkeit per 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 37.134)	44
Tabelle 28:	MTD – Berufsangehörige pro 1.000 Einwohner:innen nach Bundesland der Berufsausübung (ausgewertete n = 37.134, Mehrfachzuordnungen möglich)	45
Tabelle 29:	MTD – Einwohnerzahl pro Berufsangehörige:n nach Bundesland der Berufsausübung (ausgewertete n = 37.134, Mehrfachzuordnungen möglich)	45
Tabelle 30:	OTA – Berufsangehörige nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent (n = 30).....	47
Tabelle 31:	Registrierungen und Streichungen im GBR im Jahr 2023	52
Tabelle 32:	Gegenüberstellung der registrierten Berufe gesamt per 31. 12. 2022 und per 31. 12. 2023 pro Beruf.....	53
Tabelle 33:	Registrierung nach Beruf im Jahr 2023 in absoluten Zahlen und in Prozent	54
Tabelle 34:	Verteilung zwischen Online- und persönlicher Antragstellung pro Beruf in Prozent im Jahr 2023	56
Tabelle 35:	Durchgeführte Verlängerungen pro Beruf ab 1. 4. 2023	58
Tabelle 36:	Durchgeführte Verlängerungen nach Art der Einbringung 2023	59
Tabelle 37:	Durchgeführte Änderungsmeldungen im Zuge einer Verlängerung nach Datenkategorie 2023	60
Tabelle 38:	Durchgeführte Änderungsmeldungen nach Datenkategorie 2023	64

Abkürzungen

AK	Arbeiterkammer
BA	Berufsangehörige:r
BAK	Bundesarbeitskammer
Bgl.	Burgenland
BMA	Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
ca.	circa
COVID-19	coronavirus disease 2019
d. h.	das heißt
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Diät	Diätologin bzw. Diätologe
DSG	Datenschutzgesetz
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EPC	European Professional Card
Ergo	Ergotherapeut:in
EU	Europäische Union
EW	Einwohner:innen
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FH	Fachhochschule
GBR	Gesundheitsberuferegister
GBRG	Gesundheitsberuferegister-Gesetz
ggf.	gegebenenfalls
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKPS	Gesundheit- und Krankenpflegeschulen
GW	Gesundheitswesen
i. d. g. F.	in der gültigen Fassung
IMI	EU-Binnenmarktinformationssystem
inkl.	inklusive
Knt.	Kärnten
LH	Landeshauptfrau bzw. Landeshauptmann
Logo	Logopädin bzw. Logopäde
LZP	Langzeitpflege
MABG	Medizinische Assistenzberufe-Gesetz
MTD	gehobene medizinisch-technische Dienste
MTD-Gesetz	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste
NÖ	Niederösterreich
OÖ	Oberösterreich
Ortho	Orthoptist:in
OTA	Operationstechnische Assistenz bzw. Operationstechnische Assistentin bzw. Operationstechnischer Assistent
PA	Pflegeassistent:in

PFA	Pflegfachassistent:in
Physio	Physiotherapeut:in
RB	Registrierungsbehörde
RL	Richtlinie
RT	Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe
Sbg.	Salzburg
SOB	Sozialbetreuungsberuf
Stmk.	Steiermark
u. a.	unter anderem
Vbg.	Vorarlberg
VO	Verordnung
z. B.	zum Beispiel

Einleitung

2016 wurde das Gesundheitsberuferegister-Gesetz (GBRG) beschlossen, und seit 1. 7. 2018 werden diesem entsprechend alle Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuK-Berufe) sowie der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) in einem elektronischen Register, dem Gesundheitsberuferegister (GBR), erfasst. Der neu geschaffene Beruf Operationstechnische Assistentin / Operationstechnischer Assistent (OTA) wurde mit 1. 7. 2022 in das GBR aufgenommen.

Das Register enthält Informationen über die Berufsberechtigung der einzelnen Berufsangehörigen und ist für alle Interessierten unter <https://gbr-public.ehealth.gv.at> öffentlich einsehbar.

Ein Ziel der Führung eines Gesundheitsberuferegisters ist es, die beruflichen Qualifikationen aller betroffenen Berufsangehörigen zu erfassen und einsehbar zu machen. Die formale Überprüfung des Ausbildungsabschlusses erhöht die Transparenz, erleichtert die Auswahlmöglichkeit von freiberuflichen Berufsangehörigen, sowie die Patientensicherheit und gewährleistet die Qualität in der Leistungserbringung. Das GBR schließt damit die Lücke zu den anderen in Berufsregistern erfassten Gesundheitsberufen und hat eine qualitätssichernde Funktion. Damit ist die Qualifikation eines Großteils aller im Gesundheitswesen tätigen Personen transparent. Mit der Registrierung wird ein europäischer Standard erreicht. Nationale und internationale Mobilität werden erleichtert. Bei einem Arbeitgeberwechsel wird das Vorlegen von Zeugnissen und anderen Nachweisen vereinfacht. Der oder die Arbeitgeber:in kann auf das Register und die damit verbundene behördliche Überprüfung vertrauen.

Durch elektronische Abfrage kann sich jede interessierte Person jederzeit über die Qualifikation einzelner Berufsangehöriger informieren. Tabelle 1 zeigt, dass es seit Beginn der Zählung im Juli 2018 13.616.416 Views¹ und 1.184.469 Visits² im öffentlichen Gesundheitsberuferegister gab. Die Relation der beiden Kennzahlen gibt Aufschluss über die Nutzung der Website. Je größer die Zahl, desto intensiver wird die Website von Besucherinnen und Besuchern genutzt. 2023 kam es mit einem Quotienten von 19,1 Views/Visits zu einer regen Nutzung des öffentlichen Registers.

Tabelle 1: Zugriffe auf das öffentliche Gesundheitsberuferegister pro Jahr

Jahr	Views	Visits	Views/Visits
2018*	435.732	157.315	2,8
2019	1.943.236	238.995	8,1
2020	1.564.051	156.005	10,0
2021	1.031.686	189.384	5,4
2022	3.026.315	148.423	20,4
2023	5.615.396	294.347	19,1
Gesamt	13.616.416	1.184.469	11,5

*ab Juli 2018

Quelle: BMSGPK

1 Die Views (auch Pageviews) geben die Zahl der tatsächlich besuchten Seiten (mit Inhalt, keine Weiterleitungsseiten) an.

2 Ein Visit steht für einen zusammenhängenden Besuchsvorgang. Bei jedem Besuch mit einer neuen IP-Adresse wird ein zusätzlicher Visit gezählt, unabhängig davon, wie viele Seiten der oder die Besucher:in aufruft.

Die Gesundheit Österreich GmbH ist unter Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Datenschutzgesetzes (DSG) berechtigt, öffentliche Daten aus dem Gesundheitsberuferegister an Dritte zu übermitteln. Seit dem Jahresbericht 2022 wird gemeinsam mit dem jeweiligen Jahresbericht ein Tabellenband veröffentlicht, der es ermöglicht, die im Bericht enthaltenen Tabellen im Excel-Format einzusehen und bei Bedarf die Daten für wissenschaftliche Zwecke weiterzuverarbeiten. Sind Sonderauswertungen der öffentlichen Daten gewünscht, geschieht dies gegen Kosten.

Die Registrierung der Vertreter:innen der Gesundheitsberufe erleichtert die Aufsicht und Kontrolle durch die zuständigen Behörden sowie die Gesundheitsplanung. Mit der Registrierung wird belegt, welche und wie viele Berufsangehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sowie der Operationstechnischen Assistenz in Österreich eine Berufsberechtigung haben. Statistische Auswertungen helfen bei der Bedarfsplanung und beim Erkennen von Versorgungslücken.

Vom Geltungsbereich des GBRG erfasst sind gemäß § 1 Abs. 2 GBRG

- Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997,
- Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste gemäß Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, und
- seit 1. 7. 2022 auch Angehörige der Operationstechnischen Assistenz gemäß dem Medizinischen Assistenzberufegesetz (MABG), BGBl. I Nr. 89/2012.

Unter diese drei Gruppen fallen Angehörige folgender Berufsfelder:

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
- Pflegefachassistent:in
- Pflegeassistent:in

Da die meisten der Sozialbetreuungsberufe nach der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG die Pflegeassistentenausbildung integriert haben, sind deren Angehörige im Gesundheitsberuf Pflegeassistent:in im GBR eingetragen und können die Ausbildung im entsprechenden Sozialbetreuungsberuf als freiwilligen Eintrag angeben (vgl. dazu Kapitel 2.4).

Angehörige der Pflegeassistentenz können durch Kombination mit einem oder mehreren medizinischen Assistenzberufen eine Berechtigung im Gesundheitsberuf Medizinische Fachassistentenz erwerben. Diese kann als weitere Ausbildung ebenfalls als freiwilliges Datum angegeben werden.

Gehobene medizinisch-technische Dienste

- Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker
- Diätologin bzw. Diätologe

- Ergotherapeut:in
- Logopädin bzw. Logopäde
- Orthoptist:in
- Physiotherapeut:in
- Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe

Operationstechnische Assistenz (OTA)

Mit 1. 7. 2022 wurde auch das durch das OTA-Gesetz, BGBl. I Nr. 15/2022, neu geschaffene Berufsfeld der **Operationstechnischen Assistenz** (OTA) mit der Berufsbezeichnung „Diplomierete Operationstechnische Assistentin“ bzw. „Diplomierter Operationstechnischer Assistent“ in das Gesundheitsberuferegister aufgenommen. Somit werden seit dem GBR-Jahresbericht 2022 auch Zahlen zu diesem weiteren Beruf veröffentlicht.

Damit sind die Gesamtzahl der in Österreich berufsberechtigten und tätigen Angehörigen der oben angeführten Berufe, deren regionale Verteilung und Altersstruktur sowie weitere für die zukünftige Ausbildungs- und Versorgungsplanung wesentliche Daten bekannt.

Verlängerung der Registrierung

Um die Daten im Gesundheitsberuferegister valide zu halten und zum Zweck einer periodischen Aktualisierung der vom Gesundheitsberuferegister erfassten Berufsangehörigen ist die Registrierung im Gesundheitsberuferegister auf jeweils fünf Jahre befristet, und ist am Ende dieser Frist zu verlängern. Diese Verlängerung startete somit erstmals im Frühjahr 2023.

Für eine bestmögliche Umsetzung der Verlängerung der Registrierung, die einerseits umfassende Vollziehungsressourcen der Registrierungsbehörden erfordert und andererseits zum Anlass genommen wird, die Aktualität der Daten zu überprüfen und damit die Qualität des Registers zu optimieren, wurde ab 2021 vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemeinsam mit den Registrierungsbehörden der Implementierungsprozess der Verlängerung der Registrierung mit den erforderlichen technischen, rechtlichen und organisatorischen Arbeiten im Rahmen eines Projekts durchgeführt.

Die Ergebnisse des Verlängerungsprojekts zielen einerseits darauf ab, den Vollziehungsprozess aufgrund der bisherigen Erfahrungen in der Vollziehung und der rechtlichen und technischen Weiterentwicklungen, insbesondere auch durch Nutzung von E-Government, zu optimieren und andererseits zielgerichtete Prozesse für die anstehende Verlängerung der Registrierung von über 200.000 Personen zu entwickeln.

Die Verlängerung der Registrierung, in deren Rahmen zur Qualitätssicherung des Registers somit ein besonderer Fokus auf die Aktualisierung der vom GBR erfassten Daten gerichtet wird, spiegelt sich im vorliegenden Bericht wider – nähere Informationen zur Verlängerung der Registrierung sind im Teil B unter Kapitel 6.5 zu finden.

GBR-Jahresbericht 2023

Der vorliegende fünfte GBR-Jahresbericht enthält systematische Detailanalysen der registrierten Berufsgruppen sowie Informationen zu den behördlichen Tätigkeiten und zur Registerführung.

Der Bericht ist in zwei Teilen aufgebaut:

Teil A stellt Informationen zu Zahlen und Statistiken der Angehörigen der GuK-Berufe, der MTD sowie der OTA dar.

Wie auch in den Jahren zuvor wurden im vorliegenden GBR-Jahresbericht 2023 Datenauswertungen auf Bundeslandebene (für ausgewählte Bereiche) vorgenommen. Die tabellarischen Darstellungen pro Bundesland befinden sich im Anhang des Berichts.

Teil B widmet sich den behördlichen Aktivitäten der Registrierungsbehörden und der registrierenden Stelle. Im diesjährigen Bericht beinhaltet Teil B zudem Informationen rund um die Verlängerung der Registrierung.

Im Zeitraum von 23. 3. 2020 bis Ende 2023 war es aufgrund der **COVID-19-Novellen** möglich, Berufsangehörige mit entsprechendem Qualifikationsnachweis auch ohne Eintragung in das GBR zu beruflichen Tätigkeiten heranzuziehen. Für alle GBR-Berufsangehörigen sowohl mit inländischem als auch mit (anerkanntem bzw. nostrifiziertem) ausländischem Qualifikationsnachweis war dies mit 31. 12. 2021 befristet. Ab 1. 1. 2022 bis Ende 2023 galt diese Sonderbestimmung nur mehr für Berufsangehörige mit einem ausländischen Qualifikationsnachweis in einem GuK-Beruf, der in Österreich anerkannt bzw. nostrifiziert wurde, auch wenn allfällig vorgeschriebene Auflagen noch nicht erfüllt waren.

Da die Ausnahmebestimmungen mittlerweile ausgelaufen sind, scheinen im vorliegenden Jahresbericht 2023 somit alle Berufsangehörigen der GuK-Berufe mit inländischem Abschluss sowie mit ausländischem Abschluss und alle MTD-Berufsangehörigen wieder vollständig auf.

Hinweise zu Datenauswertungen und Datendarstellungen

Alle vorliegenden Auswertungen beziehen sich – sofern nicht anders ausgewiesen – auf den Datenbestand vom 31. 12. 2023.

Die Auswertungen in Teil A des Berichts beziehen sich – sofern nicht anders beschrieben – ausschließlich auf Berufe. Personen, die mehrere Qualifikationen besitzen, werden daher in Teil A des Berichts auch grundsätzlich mehrfach gezählt.

Aufgrund von Qualitätssicherungsmaßnahmen wird der Datenbestand kontinuierlich verbessert und vervollständigt. Dadurch kommt es bei vereinzelt Darstellungen zu geringfügigen Abweichungen im Vergleich zu den Berichten der Vorjahre.

Bei den Datenauswertungen in Teil A des vorliegenden Berichts wird in den Beschriftungen der einzelnen Tabellen die jeweilige Grundmenge n ausgewiesen. Diese bezieht sich immer auf die Gesamtzahl der in der jeweiligen Auswertung berücksichtigten Personen. Da sich einzelne Auswertungen auf Angaben beziehen, die nur für einen Teil der registrierten Personen vorliegen (z. B. Setting der Berufsausübung), wird darin folglich nur ein Teil aller registrierten Personen ausgewertet. Diese Grundmenge (Zahl der Personen, die in der jeweiligen Auswertung berücksichtigt wurden) wird in der jeweiligen Tabellenbeschriftung mit der Anmerkung „**ausgewertete $n = \dots$** “ dokumentiert. In vielen Fällen weicht die in den Tabellen oder Diagrammen ausgewertete Grundmenge damit von der Gesamtzahl der jeweils registrierten Berufsangehörigen bzw. von der Grundmenge in anderen Auswertungen ab.

Die Personen der Grundmenge n können nach thematisch unterschiedlichen Zuordnungsmerkmalen wie beispielweise Beruf oder Setting der Berufsausübung aufgeschlüsselt werden. Wenn eine registrierte Person der Grundmenge n für ein Zuordnungsmerkmal mehrere Ausprägungen aufweist (zwei Berufe oder zwei Settings der Berufsausübung etc.), wird jede dieser Ausprägungen in der Tabelle berücksichtigt. Die Person selbst wird in der Grundmenge n jedoch nur einmal gezählt.

Aufgrund dieser Möglichkeit der Mehrfachzuordnung kann die Summe der Zuordnungen zu allen Merkmalen in der jeweiligen Tabelle größer sein als die zugrunde liegende Grundmenge n. Auf diesen Umstand wird in der jeweiligen Tabellenbeschriftung mit der Anmerkung „**Mehrfachzuordnungen möglich**“ hingewiesen.

Beispiel: Eine oder ein DGKP ist für zwei Arbeitgeber:innen bzw. an zwei Dienstorten tätig und gibt als Setting (= Betriebsart) der Berufsausübung einmal „stationäre Pflegeeinrichtung / Tageszentrum“ und einmal „mobile Dienste“ an.

In der Grundmenge n in der Tabellenbeschriftung wird diese Person nur einmal erfasst. Die Zuordnung zum Setting der Berufsausübung erfolgt in den Tabellenzeilen jedoch sowohl bei „stationäre Pflegeeinrichtung / Tageszentrum“ als auch bei „mobile Dienste“.

Statistische Geheimhaltung

Zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung werden in Auswertungskategorien, in denen weniger als fünf Personen vorkommen, die Ergebnisse mit „< 5“ dargestellt, damit keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. In Tabellen mit Prozentangaben wird durch den Vermerk „x“ kenntlich gemacht, dass Daten aus Gründen der statistischen Geheimhaltung unterdrückt werden. In einigen Fällen ist es aus diesen Gründen erforderlich, auf Spalten- oder Zeilensummen zu verzichten. Dies kann zu Abweichungen gegenüber früheren Berichten führen.

Teil A:

Detailanalysen der registrierten Berufe

Im Rahmen der Registrierung werden zwei Arten von Daten erhoben: Pflichtdaten und freiwillige Daten

Pflichtdaten sind laut § 6 Abs. 2 GBRG:

- Eintragsnummer und Datum der Erstregistrierung*
- Vor- und Familienname(n)*
- akademische Grade*
- Geschlecht
- Geburtsdatum
- Geburtsort
- Staatsangehörigkeit
- bereichsspezifisches Personenkennzeichen (bPK-GH) gemäß E-Government-Gesetz, BGBl. I Nr. 10/2004
- Ausbildungsabschluss bzw. Qualifikationsnachweis im jeweiligen Gesundheitsberuf
- Hauptwohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt
- Art der Berufsausübung (freiberuflich, im Dienstverhältnis)*
- Berufssitz(e)*
- Dienstgeber:innen und Dienstort(e)
- Berufs- und Ausbildungsbezeichnungen*
- Verträge mit gesetzlichen Sozialversicherungsträgern und Krankenfürsorgeanstalten*
- Bild**
- Unterschrift**
- Ruhen der Registrierung*
- Gültigkeitsdatum der Registrierung*
- Datum der letzten Änderung des Registerdatensatzes
- Streichung bei Berufseinstellung
- Streichung bei Entziehung der Berufsberechtigung
- Registrierungsbehörde

Die mit einem Asterisk (*) gekennzeichneten Daten sind im öffentlichen Register (www.gesundheit.gv.at) einsehbar, Bild (**) und Unterschrift (**) auf dem Berufsausweis.

Die persönlichen Daten sowie die Daten über die Berufsqualifikation werden entweder automatisch mit dem ZMR abgeglichen oder von den Registrierungsbehörden im Rahmen des Verfahrens geprüft. Sie weisen daher eine hohe Datenqualität und Validität auf.

Berufsangehörige können darüber hinaus freiwillig

- Fremdsprachenkenntnisse,
- Arbeitsschwerpunkte und Zielgruppen,
- absolvierte Aus-, Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen bzw. Spezialisierungen sowie
- berufsbezogene Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse und Webadresse

in das Gesundheitsberuferegister eintragen lassen. Diese freiwilligen Angaben sind im öffentlichen Register einsehbar (vgl. § 6 Abs. 3 GBRG). Sie sind infolge ihres fakultativen Charakters nicht

für alle registrierten Personen vorhanden und unterliegen auch nicht den gleichen strengen Prüfkriterien wie die gesetzlich zu erhebenden Pflichtdaten. Unter „Ausbildungen“ können u. a. Ausbildungen in Sozialbetreuungsberufen sowie in der Medizinischen Fachassistenz eingetragen werden.

Darüber hinaus werden bei angestellt tätigen Berufsangehörigen Informationen zum Setting (= Betriebsart) erhoben, in welchem die Person tätig ist (z. B. Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung). Es handelt sich bei dieser Selbstangabe um eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Meldung. Es erfolgt keine automatische Aktualisierung der Angaben zu Arbeitgeber:in bzw. Dienstort durch Informationen aus anderen Registern oder durch die Registrierungsbehörden. Die Behörde kontrolliert die Selbstangabe jedoch auf Plausibilität. Für über 95 Prozent der angestellt tätigen Berufsangehörigen liegen im Register Angaben zu mindestens einem Setting der Berufsausübung vor.

Angaben zu Dienstort bzw. Berufssitz, die im Rahmen der Meldung getätigt werden, erlauben eine Bundeslandzuordnung der registrierten Personen. Diese kann bei mehreren Orten der Berufsausübung auch mehrfach erfolgen. Auch bei diesen Informationen handelt es sich um Selbstangaben, die nicht für alle registrierten Personen vorliegen, und es erfolgt keine automatische Aktualisierung der Angaben durch Informationen aus anderen Registern.

1 Registrierte Personen nach Berufen

1.1 Gesamtdarstellung nach Berufen

Mit 31. 12. 2023 waren insgesamt 220.264 Personen registriert, 277 Personen wurden mit zwei verschiedenen Berufen registriert, wobei 27 von ihnen in zwei MTD registriert wurden und 250 Personen in einem MTD und einem GuK-Beruf. Wie bereits in der Einleitung dargelegt, wird im Falle, dass eine Person über mehrere Berufsberechtigungen in den im Register erfassten Berufen verfügt, diese in der tabellarischen Darstellung bei den jeweiligen Berufen abgebildet und damit ggf. doppelt erfasst. Da die Gesamtanzahl aller Registrierungen über mehrere Berufsgruppen daher geringfügig von der Summe der registrierten Personen abweichen kann, werden in Tabelle 2 sowohl die Summe der Registrierungen in den jeweiligen Berufen als auch die Gesamtsumme der im Register erfassten Personen ausgewiesen.

Da die drei GuK-Berufe (PA, PFA, DGKP) aufeinander aufbauen und die jeweils höhere Qualifikation die Berechtigung zur Berufsausübung der Qualifikation(en) darunter beinhaltet, wird bei Angehörigen dieser Berufe im GBR die höchste erworbene Qualifikation geführt. Zur Dokumentation, dass eine Höherqualifizierung („Upgrade“) erfolgt ist, wird dieses Upgrade im GBR vermerkt und die bisherige niedrigere Qualifikation inaktiviert.

Zum Stichtag 31. 12. 2023 waren 220.264 Personen für einen GuK-Beruf, mindestens einen MTD oder in der OTA registriert, davon sind 179.300 Berufsberechtigungen in GuK-Berufen, 41.211 Berufsberechtigungen in MTD und 30 Berufsberechtigungen in der OTA angesiedelt. Von den 220.264 Personen, die für einen GuK-Beruf, mindestens einen MTD oder als OTA registriert sind, gaben 193.514 (88 %) Personen an, entweder angestellt oder freiberuflich oder sowohl angestellt als auch freiberuflich (= in beiden Bereichen und in einem davon überwiegend) tätig zu sein. 26.936 (12 %) Personen sind weder als angestellt noch als freiberuflich gemeldet und finden sich in der Kategorie „Sonstiges“ wieder. Diese Personen können z. B. nach der Ausbildung noch nicht beschäftigt, arbeitssuchend, ehrenamtlich tätig, in einem anderen Beruf tätig, in Pension sein, oder es wurde nach der Erstregistrierung noch keine Änderungsmeldung betreffend die Art der Berufsausübung seitens der Berufsangehörigen veranlasst. Bei letzteren Fällen erfolgt keine automatische Meldung über die Arbeitsaufnahme an die Registrierungsbehörden. Diese Personen sind in den nachfolgenden Ausführungen unter „Sonstiges“ angeführt.

Tabelle 2: Anzahl der Registrierungen (Berufsberechtigungen) nach Beruf und Berufsausübung (ausgewertete n = 220.264, Mehrfachzuordnungen möglich)

Beruf	A. ange- stellt	B. freiberuf- lich	beides, überwiegend ...*		A-D	E. Sonsti- ges**	gesamt
			C. angestellt	D. freiberuf- lich			
1. DGKP	81.638	1.940	16.560	140	100.278	11.288	111.566
2. PFA	4.125	—	—	—	4.125	2.375	6.500
3. PA	51.998	—	—	—	51.998	9.236	61.234
Summe Registrierun- gen	137.761	1.940	16.560	140	156.401	22.899	179.300

Beruf	A. ange- stellt	B. freiberuf- lich	beides, überwiegend ...*		A–D	E. Sonsti- ges**	gesamt
			C. angestellt	D. freiberuf- lich			
1–3 (GuK-Berufe)							
4. BMA	5.145	75	1.045	< 5	6.266	759	7.025
5. Diät	789	240	599	26	1.654	335	1.989
6. Ergo	1.840	1.023	1.304	59	4.226	569	4.795
7. Logo	723	833	595	78	2.229	198	2.427
8. Ortho	330	5	26	< 5	361	54	415
9. Physio	4.522	8.389	3.851	345	17.107	1.444	18.551
10. RT	4.862	20	413	< 5	5.296	713	6.009
Summe Registrierun- gen 4–10 (MTD)	18.211	10.585	7.833	510	37.139	4.072	41.211
Personen (Grundmen- gen) 4–10							41.184
11. OTA	24	—	—	—	24	6	30
Summe Registrierun- gen 1–11 (Gesamt)	155.996	12.525	24.393	650	193.564	26.977	220.541
Personen (Grundmen- gen) 1–11					193.514	26.936	220.264

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
PFA = Pflegefachassistent:in, PA = Pflegeassistent:in

BMA = Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker, Diät = Diätologin bzw. Diätologe,

Ergo = Ergotherapeut:in, Logo = Logopädin bzw. Logopäde, Ortho = Orthoptist:in,

Physio = Physiotherapeut:in, RT = Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe

OTA = Diplomierte Operationstechnische Assistentin bzw. Diplomierter Operationstechnischer Assistent

*beides: sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig, Zuteilung gemäß Selbstangabe zur überwiegenden Art der Berufsausübung

**Personen, die zum Beispiel nach der Ausbildung noch nicht beschäftigt, arbeitssuchend, ehrenamtlich tätig, in einem anderen Beruf tätig sind oder in Pension sind

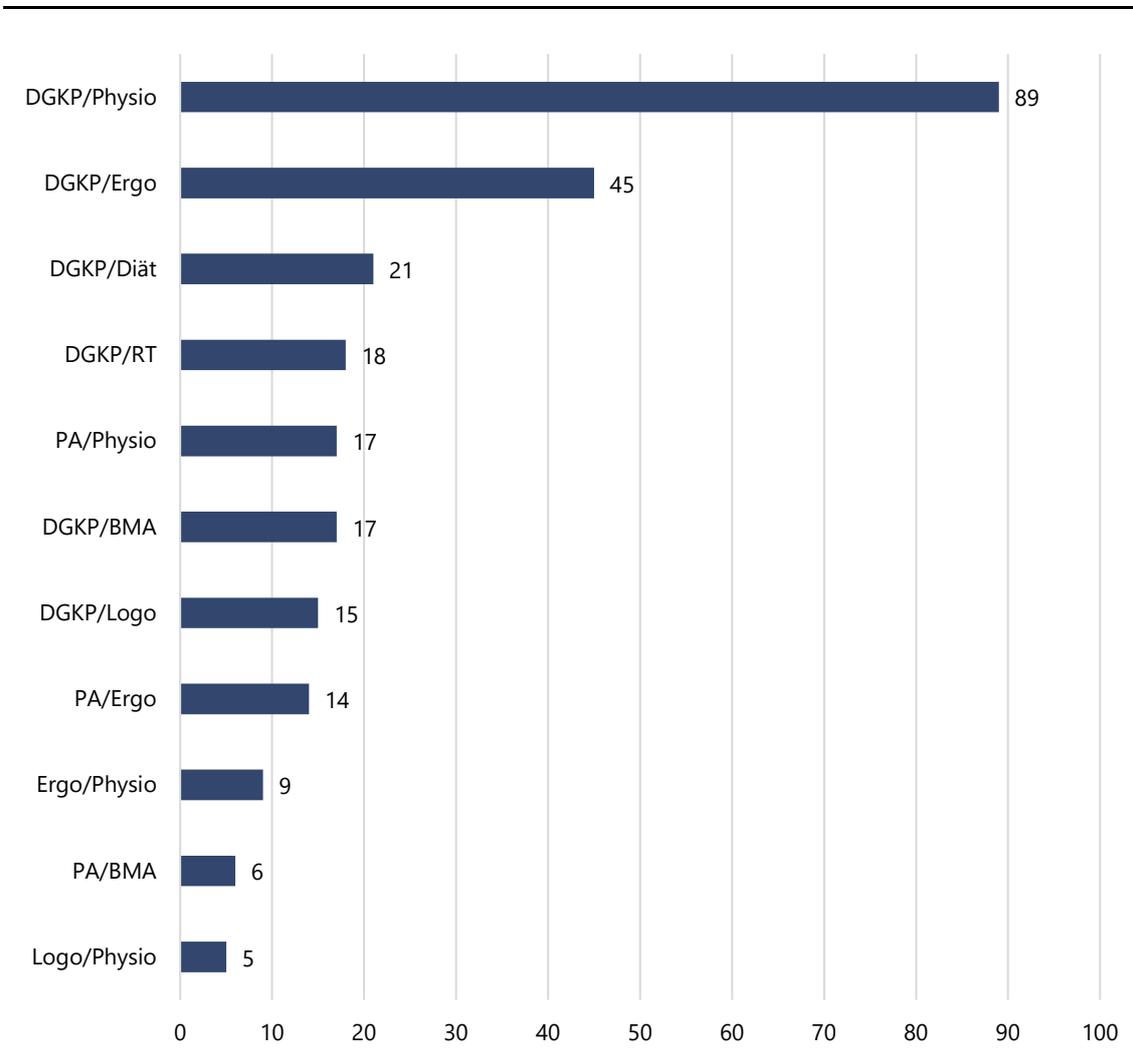
Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Mit Stand 31. 12. 2023 wurden 277 Personen mit Berufsberechtigungen in zwei Berufen mit Registrierungspflicht gemäß GBRG erfasst. Eine Darstellung der jeweiligen Kombinationen zweier registrierungspflichtiger Berufe findet sich in Abbildung 1.

Insgesamt verfügt fast ein Drittel dieser 277 Personen sowohl über die Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege als auch im physiotherapeutischen Dienst. Weitere 16 Prozent (n = 45) sind gleichzeitig im ergotherapeutischen Dienst und im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege registriert. Jeweils sechs bis acht Prozent

der Personen mit zwei registrierten Berufen verfügen über die Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Kombination mit jener entweder für den diät- und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst (n = 21), den radiologisch-technischen Dienst (n = 18) oder den medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst (n = 17). Circa fünf Prozent der Personen mit zwei registrierten Berufen sind gleichzeitig im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und im logopädisch-phoniatriisch-audiologischen Dienst (n = 15) registriert. Auch die Pflegeassistentin tritt in Kombination mit MTD-Berufen auf wie zum Beispiel mit dem physiotherapeutischen Dienst (n = 17), dem ergotherapeutischen Dienst (n = 14), dem biomedizinisch-analytischen Dienst (n = 6) oder vereinzelt auch mit den restlichen MTD-Berufen. Zusätzlich zu den Kombinationen in Abbildung 1 gibt es elf Kombinationen aus zwei Berufen, die insgesamt 21 Personen betreffen und jeweils aus einer Anzahl von < 5 Personen bestehen. Diese werden aufgrund der statistischen Geheimhaltung nicht näher bezeichnet.

Abbildung 1: Anzahl registrierter Personen mit Berufsberechtigung für zwei Berufe (ausgewertete n = 277, 21 Fälle aufgrund statistischer Geheimhaltung ausgeblendet)



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 3 bietet einen Vergleich der Registrierungszahlen mit Stand 31. 12. 2021 mit jenen mit Stand 31. 12. 2022 und Stand 31. 12. 2023; daraus ergibt sich in der prozentuellen Veränderung der Registrierungen über alle Berufsgruppen hinweg durchschnittlich eine Steigerung von ca. vier Prozent.

Das höchste prozentuale Wachstum ist bei den OTA zu verzeichnen. Dies ist darin begründet, dass der Beruf OTA erst mit 1. 7. 2022 als neuer Gesundheitsberuf reglementiert worden ist. Auch das Wachstum in der PFA ist nach wie vor vergleichsweise hoch, da der Beruf erst mit der GuKG-Novelle 2016 geschaffen wurde. Es werden daher erst seit dem Jahr 2017 Ausbildungen für die PFA angeboten. Wie sich der Anstieg der PFA nach Abschlussjahr im Zusammenhang mit den anderen GuK-Berufen verhält, ist in Abbildung 9 ersichtlich.

Eine weitere Zeitreihe der gesamten Registrierungen von 2019 bis 2023 inklusive Wachstumsraten findet sich in Tabelle A28 im Anhang. Diese bietet eine Gegenüberstellung der Berufe seit Beginn der Registrierungen und wird jährlich erweitert.

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Registrierungen gesamt per 31. 12. 2021 (ausgewertete n = 202.845, Mehrfachzuordnungen möglich), 31. 12. 2022 (ausgewertete n = 211.856, Mehrfachzuordnungen möglich) und 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 220.264, Mehrfachzuordnungen möglich) pro Beruf in absoluten Zahlen und prozentueller Veränderung

Beruf	Registrierungen gesamt per			Veränderung zum Vorjahr in %	
	31. 12. 2021	31. 12. 2022	31. 12. 2023	2021–2022	2022–2023
1. DGKP	105.937	108.804	111.566	+2,7 %	+2,5 %
2. PFA	3.340	4.803	6.500	+43,8 %	+35,3 %
3. PA	56.031	58.900	61.234	+5,1 %	+4,0 %
Summe Registrierungen 1–3	165.308	172.507	179.300	+4,4 %	+3,9 %
4. BMA	6.597	6.829	7.025	+3,5 %	+2,9 %
5. Diät	1.784	1.912	1.989	+7,2 %	+4,0 %
6. Ergo	4.319	4.577	4.795	+6,0 %	+4,8 %
7. Logo	2.244	2.369	2.427	+5,6 %	+2,4 %
8. Ortho	390	402	415	+3,1 %	+3,2 %
9. Physio	16.865	17.702	18.551	+5,0 %	+4,8 %
10. RT	5.572	5.804	6.009	+4,2 %	+3,5 %
Summe Registrierungen 4–10	37.771	39.595	41.211	+4,8 %	+4,1 %
Personen (Grundmenge n) 4–10	37.750	39.572	41.184	+4,8 %	+4,1 %
11. OTA	—	10	30	—	+200,0 %
Summe Registrierungen Summe 1–11	203.079	212.112	220.541	+4,4 %	+4,0 %
Personen (Grundmenge n) 1–11	202.845	211.856	220.264	+4,4 %	+4,0 %

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

1.2 Exkurs: Partielle Anerkennung

Aufgrund der Verpflichtungen aus der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG ist unter bestimmten Voraussetzungen im Einzelfall eine partielle Anerkennung von Berufsqualifikationen aus anderen EU-Mitgliedstaaten möglich.

Mit Stand 31. 12. 2023 waren insgesamt 25 der seitens des BMSGPK partiell anerkannten Personen (§§ 30a GuKG und 6g MTD-Gesetz) in folgenden Teilbereichen in das GBR eingetragen:

- Operationstechnische Assistenz (Pflege im Operationsbereich; n = 15)*
- Anästhesie- und Operationstechnische Assistenz (Pflege im Operationsbereich / Anästhesiepflege; n < 5)
- Anästhesietechnische Assistenz (Anästhesiepflege; n < 5)
- Biomedizinische Analytik, eingeschränkt auf den Teilbereich der Funktionsdiagnostik (n < 5)
- Radiologietechnologie, eingeschränkt auf den Teilbereich der Nuklearmedizin (n < 5)

Personen mit partieller Anerkennung werden in das GBR unter dem jeweiligen Beruf, dem der anerkannte Teilbereich zuzuordnen ist, mit dem Zusatz „partiell“ sowie der im Anerkennungsbescheid festgelegten Berufsbezeichnung eingetragen.

*Mit 1. 7. 2022 wurde der neu geschaffene Beruf der Operationstechnischen Assistentin / des Operationstechnischen Assistenten (OTA) in das GBR aufgenommen, sodass seit diesem Zeitpunkt in diesem Beruf im Ausland ausgebildete Berufsangehörige nicht mehr als „DGKP partiell“, sondern als OTA anerkannt und im GBR entsprechend eingetragen werden. Die zu diesem Zeitpunkt bereits in das GBR eingetragenen Berufsangehörigen werden erst mit ihrer Verlängerung auf die Eintragung im neuen Beruf umgestellt, eine frühere Umtragung zur oder zum OTA kann im Wege eines entsprechenden Neuantrags durch die oder den Berufsangehörige:n erfolgen (Näheres siehe Kapitel 4).

2 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Zu den GuK-Berufsgebieten zählen der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflegefachassistenz sowie die Pflegeassistenz. Am 31. 12. 2023 waren diesen drei Berufen insgesamt 179.300 Personen im Gesundheitsberuferegister zugeordnet. Davon waren 111.566 Personen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (95.425 Frauen, 16.141 Männer), 61.234 Angehörige der Pflegeassistenz (51.087 Frauen, 10.147 Männer) und 6.500 Angehörige der Pflegefachassistenz (5.382 Frauen, 1.118 Männer).

Wie bereits ausgeführt, bauen die drei GuK-Berufe PA, PFA und DGKP aufeinander auf, und die jeweils höhere Qualifikation beinhaltet die Berechtigung zur Berufsausübung der Qualifikation(en) darunter. Im GBR wird nur die höchste erworbene Qualifikation der GuK-Berufe geführt. Die registrierten GuK-Berufe werden in Tabelle 2, Tabelle 3 (vgl. Kapitel 1.1) und Tabelle 4 (vgl. unten dargestellt).

2.1 Gesamtdarstellung GuK-Berufe und Geschlecht

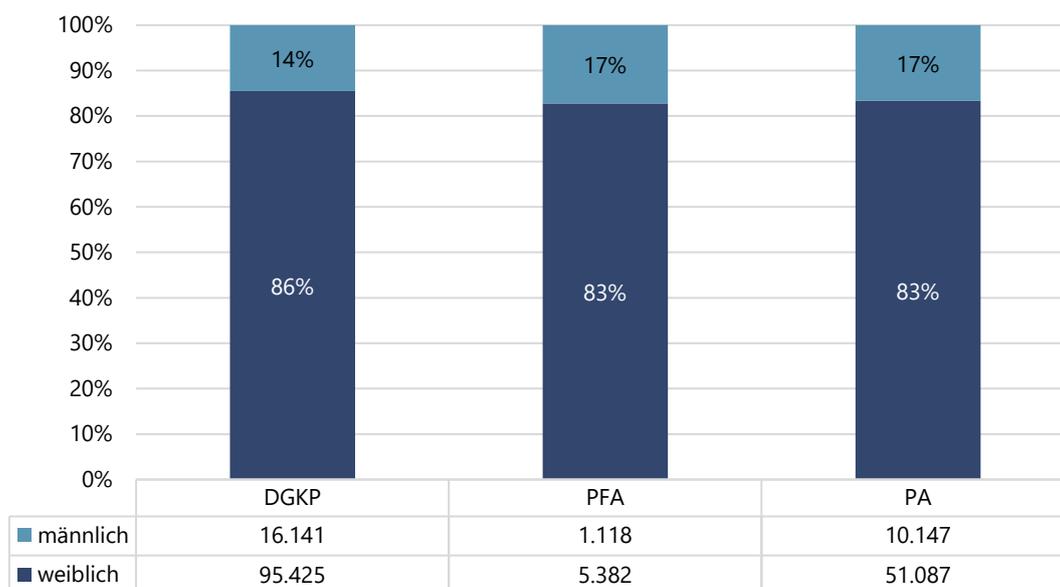
Tabelle 4: GuK-Berufe – Anzahl der Registrierungen gesamt und nach Geschlecht in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 179.300)

Beruf	gesamt	Frauen	Männer
DGKP	111.566	95.425	16.141
PFA	6.500	5.382	1.118
PA	61.234	51.087	10.147
Registrierungen gesamt	179.300	151.894	27.406

Quelle: GBR; Darstellung GÖG

85 Prozent der Berufsangehörigen der GuK-Berufe sind weiblich, dies unterscheidet sich auch zwischen den Berufsgruppen kaum (DGKP: 14 % Männer, PFA und PA jeweils 17 % Männer), wie Abbildung 2 entnommen werden kann.

Abbildung 2: GuK-Berufe – nach Geschlecht in Prozent 2023 (ausgewertete n = 179.300)



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

2.2 GuK-Berufe und Alter

48 Prozent der registrierten Berufsangehörigen der GuK-Berufe sind 45 Jahre alt oder älter. Im Bereich der Pflegeassistenz beträgt dieser Anteil 52 Prozent, bei den DGKP sind 48 Prozent 45 Jahre alt und älter. Bei der Pflegefachassistenz ist der Anteil der ab 45-Jährigen mit 20 Prozent am geringsten, das dürfte daran liegen, dass es diese Ausbildung erst seit 2016 gibt. Dafür ist der Anteil der unter 25-Jährigen mit 25 Prozent der Berufsangehörigen bei der PFA am höchsten (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: GuK-Berufe – Berufsangehörige nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent, 2023 (ausgewertete n = 179.300)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	3.280 (3 %)	1.627 (25 %)	2.653 (4 %)
25–34	24.751 (22 %)	2.227 (34 %)	12.368 (20 %)
35–44	29.488 (26 %)	1.372 (21 %)	14.173 (23 %)
45–54	28.905 (26 %)	1.036 (16 %)	15.702 (26 %)
55–64	23.491 (21 %)	x	15.492 (25 %)
≥ 65	1.651 (1 %)	x	846 (1 %)

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Die Altersverteilung der Angehörigen der GuK-Berufe nach Bundesland der Berufsausübung findet sich im Anhang.

2.3 Art und Setting der Berufsausübung GuK-Berufsangehöriger

Die Informationen über die Art und das Setting der Berufsausübung ergeben sich aus Selbstangaben der Berufsangehörigen.

Art der Berufsausübung

DGKP können freiberuflich unter Meldung eines Berufssitzes und/oder im Dienstverhältnis tätig werden. PFA und PA können ausschließlich im Dienstverhältnis tätig werden.

Tabelle 6: DGKP – Gegenüberstellung der Registrierungen gesamt 31. 12. 2021 (ausgewertete n = 102.648, Mehrfachzuordnungen möglich), 31. 12. 2022 (ausgewertete n = 105.937, Mehrfachzuordnungen möglich) und 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 111.566, Mehrfachzuordnungen möglich) nach Art der Berufsausübung

ausschließlich angestellt			ausschließlich freiberuflich			beides, überwiegend					
						angestellt			freiberuflich		
2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
78.766	79.589	81.638	1.490	1.665	1.940	18.127	18.769	16.560	95	112	140

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2023 waren 73 Prozent der DGKP, das sind 81.638 Personen, ausschließlich angestellt, zwei Prozent (n = 1.940) der DGKP ausschließlich freiberuflich und 15 Prozent (n = 16.700) sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig.

11.288 (10 %) DGKP sind in der Kategorie „Sonstiges“ erfasst (vgl. Tabelle 2).

Von den Angehörigen der Pflegeassistenzenberufe sind 85 Prozent der PA und 63 Prozent der PFA angestellt, die restlichen 15 Prozent der PA bzw. 37 Prozent der PFA fallen in die Kategorie „Sonstiges“ (vgl. Tabelle 2). Eine freiberufliche Berufsausübung ist gesetzlich weder für die PA noch für die PFA vorgesehen.

Die Kategorie „Sonstiges“ bedeutet, dass diese Berufsangehörigen (BA) weder einen oder eine Arbeitgeber:in noch einen Berufssitz gemeldet haben. Die Ursachen dafür sind unterschiedlich. Manche BA sind nach der Ausbildung noch nicht beschäftigt oder haben ihren bzw. ihre Arbeitgeber:in nicht gemeldet. Andere können auch aktuell arbeitssuchend sein. Einige sind ehrenamtlich tätig oder planen, es zu sein, oder sind in einem anderen Beruf tätig. Einige sind in Pension gegangen. Auch die im GBR unter „Sonstiges“ eingetragenen BA verfügen jedoch über eine aufrechte Berufsberechtigung.

Um nähere Aussagen über die Kategorie „Sonstiges“ treffen zu können, wurden im vorliegenden Bericht zusätzliche Auswertungen zum Alter jener GuK-Berufsangehörigen, die sich in dieser Kategorie befinden, vorgenommen. Es zeigt sich, dass in der Kategorie „Sonstiges“ jeweils ein hoher Anteil (DGKP: 48 %, PFA: 69 %, PA: 40 %) 34 Jahre oder jünger ist. Der hohe Anteil in der PFA lässt sich teilweise durch eine generell jüngere Altersstruktur in dieser Berufsgruppe erklären. Der hohe Anteil an Personen < 35 Jahren unter den DGKP und PA könnte jedoch auch darauf schließen lassen, dass die BA nach Ausbildungsabschluss zwar die Registrierung vornehmen, aber keinen bzw. keine Arbeitgeber:in melden.

Tabelle 7: GuK-Berufe – Kategorie „Sonstiges“ – Berufsangehörige nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 22.862)

Altersgruppen	DGKP (10 %)*	PFA (15 %)*	PA (37 %)*
< 25	1.518 (13 %)	806 (34 %)	1.198 (13 %)
25–34	3.897 (35 %)	828 (35 %)	2.524 (27 %)
35–44	1.884 (17 %)	419 (18 %)	2.174 (24 %)
45–54	1.416 (13 %)	270 (11 %)	1.790 (19 %)
55–64	2.101 (19 %)	x	1.390 (15 %)
≥ 65	435 (4 %)	x	160 (2 %)

*Prozent in Relation zu den Gesamtregistrierungen innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR, Darstellung: GÖG

Setting der Berufsausübung angestellter Berufsangehöriger

Im Rahmen der Bestandsregistrierung gaben die angestellt tätigen Berufsangehörigen an, in welcher „Betriebsart“ (Setting) sie tätig sind. Bei der Meldung einer (neuen) Arbeitgeberin oder eines (neuen) Arbeitgebers wird ebenfalls die Betriebsart des Dienstorts abgefragt. Es handelt sich bei dieser Selbstangabe um eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Registrierung bzw. bei der Meldung der Änderung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers. Vielfach werden Datenänderungen wie im Falle neuer Arbeitgeber:innen von Berufsangehörigen nicht bekannt gegeben. Durch diesen Umstand stehen über das GBR nicht immer alle aktuellen Informationen über die Berufsangehörigen zur Verfügung.

Eine andere Herausforderung ist die richtige Zuordnung der Betriebsart zu Dienstort und Arbeitgeber:in. Aufgrund des engen zeitlichen Korsetts bei der Einführung des Gesundheitsberuferegisters konnte in der Vorbereitung keine österreichweit einheitliche Arbeitgeber- und Dienstortliste erstellt werden. Das führte dazu, dass bei allen BA die Adresse der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers und des Dienstorts sowie die Zuordnung der Betriebsart einzeln händisch erfasst wurden. Die BAK hat alle Datensätze der in ihrem Zuständigkeitsbereich angestellten Berufsangehörigen gesichtet und Name und Adresse der Arbeitgeber vereinheitlicht, sodass bis auf Widerruf (beispielsweise durch Änderung des Firmennamens bzw. Übersiedelung) eine einheitliche Schreibweise vorliegt. Es ist anzunehmen, dass diese Liste der Arbeitgeber:innen aufgrund von Umbenennungen, Pensionierungen und Neueröffnungen/Neugründungen eine laufende Wartung benötigt. Seit 2022 steht behördenintern für Neueinträge eine österreichweite Liste zur Verfügung. Aufgrund der darin nun einheitlichen Schreibweise wird auch die Möglichkeit spezifischer Auswertungen vereinfacht. Dies wurde auch als Vorarbeit zur Verlängerung der Berufsberechtigungen durchgeführt. Im Rahmen der Verlängerung (seit 1. 4. 2023) werden auch wesentliche Daten der BA, insbesondere die Angaben zum oder zur Arbeitgeber:in und Dienstort, aktualisiert. Es ist zu erwarten, dass es nach Abschluss der Verlängerung nochmals zu einer Bereinigung der Daten im Bereich Setting kommen wird.

Mit 31. 12. 2023 lagen für 95 Prozent der angestellt tätigen GuK-Berufsangehörigen im Register Angaben zu mindestens einem Setting der Berufsausübung vor. Es ist aber anzumerken, dass für den Berichtszeitpunkt die Selbstangaben zum Setting der Berufsausübung das Verständnis der

Berufsangehörigen des jeweiligen Settings widerspiegeln. Dadurch können sich durchaus Unterschiede zu anderen öffentlich geführten Statistiken wie z. B. der Krankenanstaltenstatistik oder der Pflegedienstleistungsstatistik ergeben – insbesondere auch durch die jeweiligen Definitionen des Settings (so kann eine Person angeben, in einer stationären Pflegeeinrichtung zu arbeiten, welche rechtlich als Krankenanstalt geführt wird).

Da es vorkommt, dass Absolventinnen und Absolventen bei der Registrierung noch keinen oder keine Arbeitgeber:in melden können und Änderungsmeldungen im Nachgang vielfach nicht bekannt gegeben werden, können hier keine vollständigen Aussagen über das Setting getroffen werden. Dennoch kann auf Basis der Angaben eine Settingzuordnung für angestellt tätige Berufsangehörige erfolgen, und es können damit Tendenzen über die jeweiligen Settings erkannt werden.

Die wesentlichsten Einsatzbereiche angestellter Berufsangehöriger der GuK-Berufe sind Krankenanstalten, stationäre Pflegeeinrichtungen inkl. Tageszentren und mobile Dienste. Darüber hinaus sind sie auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung – wie Behindertenbetreuungseinrichtungen, Arztpraxen, Primärversorgungseinheiten oder in Kur- und Rehaeinrichtungen – tätig. Weitere Einsatzbereiche sind u. a. Ausbildungssektor und Forschung, Behörden, Gemeinden, Unternehmen und Versicherungen, Interessenvertretungen, Sachverständige und die Sozialversicherung.

In der Zusammenschau aller GuK-Berufe mit vorliegender Information zum Setting der Berufsausübung wird deutlich, dass in mehr als der Hälfte der Fälle (52 Prozent) eine Tätigkeit in Krankenanstalten, in 29 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen (inkl. Tageszentren), in acht Prozent bei mobilen Diensten und in fünf Prozent in der Behindertenbetreuung angegeben wurde.

In zwei Prozent der Settingangaben im Bereich der GuK-Berufe wurde eine Anstellung bei niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten bzw. Gruppenpraxen und in weiteren zwei Prozent eine Berufsausübung in Kur- bzw. Rehaeinrichtungen angegeben.

Je maximal ein Prozent der Settingangaben bezog sich auf Industrie und ähnliche Einrichtungen, Ausbildungseinrichtungen, selbstständige Ambulatorien und Primärversorgungseinheiten sowie auf die Tätigkeit in weiteren Einrichtungen im Gesundheitswesen, zu denen Straf- und Maßnahmenvollzugsanstalt (inklusive Justizbetreuungsagentur), Gewebebank/Gewebeentnahmeeinrichtung, Blutspendeeinrichtung, Rettungsdienst, Forschungseinrichtung oder eine Anstellung bei freiberuflichen DGKP zählen.

Tabelle 8 stellt das Einsatzgebiet angestellter Angehöriger der GuK-Berufe in den jeweiligen Settings dar, wobei eine registrierte Person in mehreren Settings tätig sein kann und daher Mehrfachzuordnungen vorliegen können.

Tabelle 8: GuK-Berufe – Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2022 (ausgewertete n = 146.516, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA
Krankenanstalten	65.080 (69 %)	1.986 (64 %)	8.473 (17 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	14.567 (15 %)	869 (28 %)	27.140 (56 %)
mobile Dienste	5.381 (6 %)	139 (4 %)	6.350 (13 %)
Behindertenbetreuung	1.361 (1 %)	48 (2 %)	5.842 (12 %)
angestellt bei Ärztin/Arzt	2.629 (3 %)	19 (< 1 %)	168 (< 1 %)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	1.997 (2 %)	19 (< 1 %)	376 (< 1 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	1.734 (2 %)	15 (< 1 %)	342 (< 1 %)
Ausbildungseinrichtungen	1.236 (1 %)	x	81 (< 1 %)
weitere Einrichtungen im GW*	764 (< 1 %)	x	162 (< 1 %)
selbstständige Ambulatorien	488 (< 1 %)	x	9 (< 1 %)
Primärversorgungseinheiten	71 (< 1 %)	x	5 (< 1 %)

*Hierzu zählen Straf- und Maßnahmenvollzugsanstalten (inklusive Justizbetreuungsagentur), Gewebebank/ Gewebeentnahmeeinrichtungen, Blutspendeeinrichtungen, Rettungsdienste, Forschungseinrichtungen und Anstellung bei freiberuflichen DGKP

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Eine Darstellung der Einsatzgebiete (Settings) der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Bundesland der Berufsausübung findet sich im Anhang. Da Berufsangehörige teilweise in mehreren Bundesländern und/oder Settings tätig sind, erfolgte in den betreffenden Fällen, wie bereits ausgeführt, eine mehrfache Zuordnung. Eine Zuordnung konnte jedoch nur für solche Berufsangehörigen vorgenommen werden, bei denen Angaben zu Dienstort sowie Setting vorlagen. Insbesondere für jene Berufsangehörigen, die der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet sind (z. B. nach der Ausbildung noch nicht beschäftigt, arbeitssuchend, ehrenamtlich tätig, in einem anderen Beruf tätig oder in Pension), ist dies naturgemäß nicht möglich.

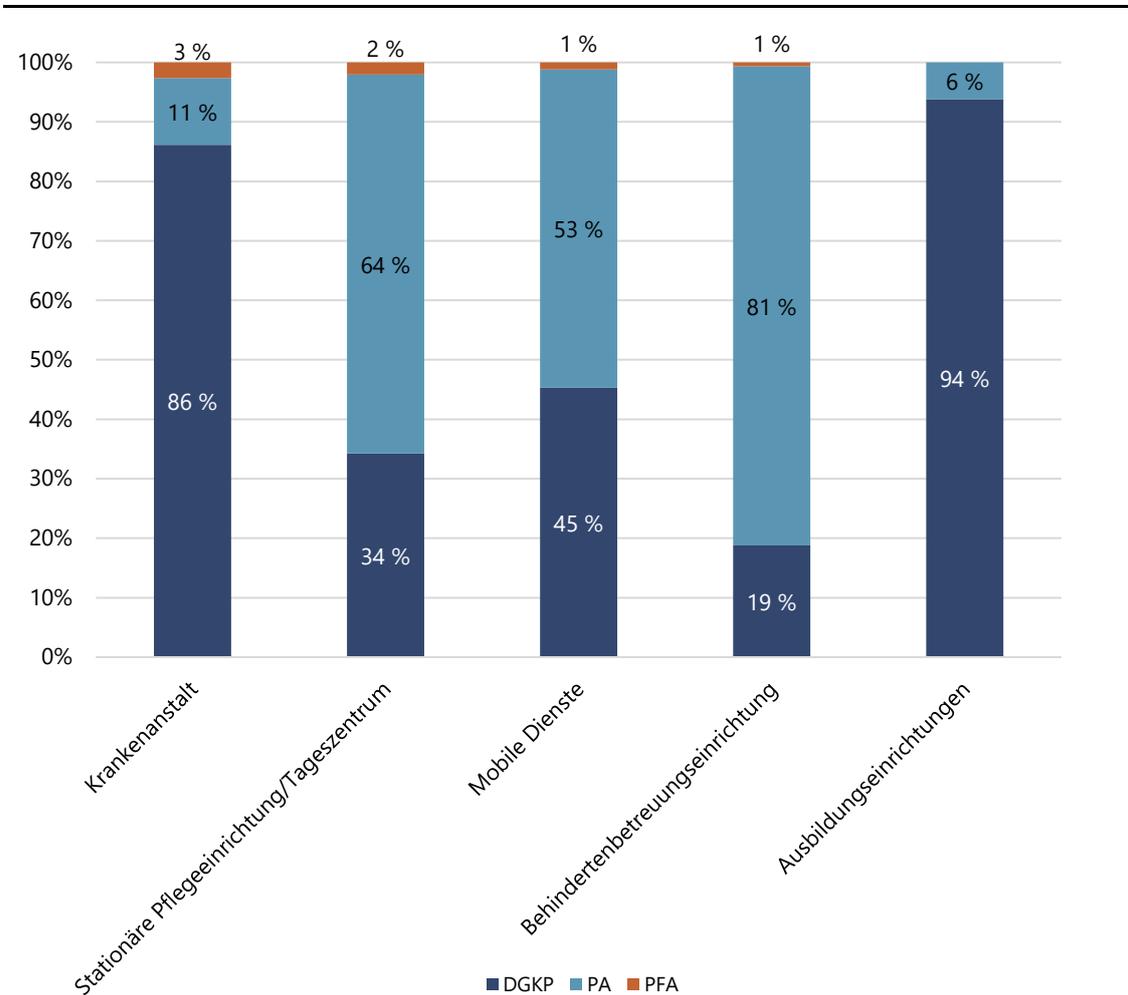
Grade-Mix in den Settings

Der Grade-Mix (Zusammensetzung nach der Qualifikation der Berufsgruppen DGKP, PFA, PA) unterscheidet sich in den einzelnen Settings deutlich. Der gehobene Dienst für GuK ist in selbstständigen Ambulatorien (98 %), in Primärversorgungseinheiten (93 %), ärztlichen Ordinationen und Ausbildungseinrichtungen (94 %) und in Krankenanstalten (86 %) die Berufsgruppe mit dem bei weitem höchsten Anteil an allen GuK-Berufen.

Bei den mobilen Diensten (53 %), in stationären Pflegeeinrichtungen / Tageszentren (64 %) und Behindertenbetreuungseinrichtungen (81 %) sind es Personen mit einer Qualifikation in Pflegeassistenz, die den höchsten Anteil aller Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ausmachen. Der Anteil der Pflegefachassistenz ist in allen Settings noch sehr gering (3 % in Krankenanstalten, 1 % in der mobilen Pflege, 2 % in der stationären LZP und 1 % in Behindertenbetreuungseinrichtungen).

gen), was daran liegt, dass diese Berufsgruppe erst 2016 neu geschaffen wurde. Nichtsdestominder kommt es in den genannten Settings zu einer kontinuierlichen Steigerung des Prozentanteils der PFA (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: GuK-Berufe – Grade-Mix in ausgewählten Einsatzbereichen in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 138.185, Mehrfachzuordnungen möglich)



Personen	Krankenanstalten	stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	mobile Dienste	Behindertenbetreuungseinrichtungen	Ausbildungseinrichtungen
DGKP	65.082	14.567	5.381	1.361	1.236
PFA	1.986	869	139	48	< 5
PA	8.473	27.141	6.350	5.842	81

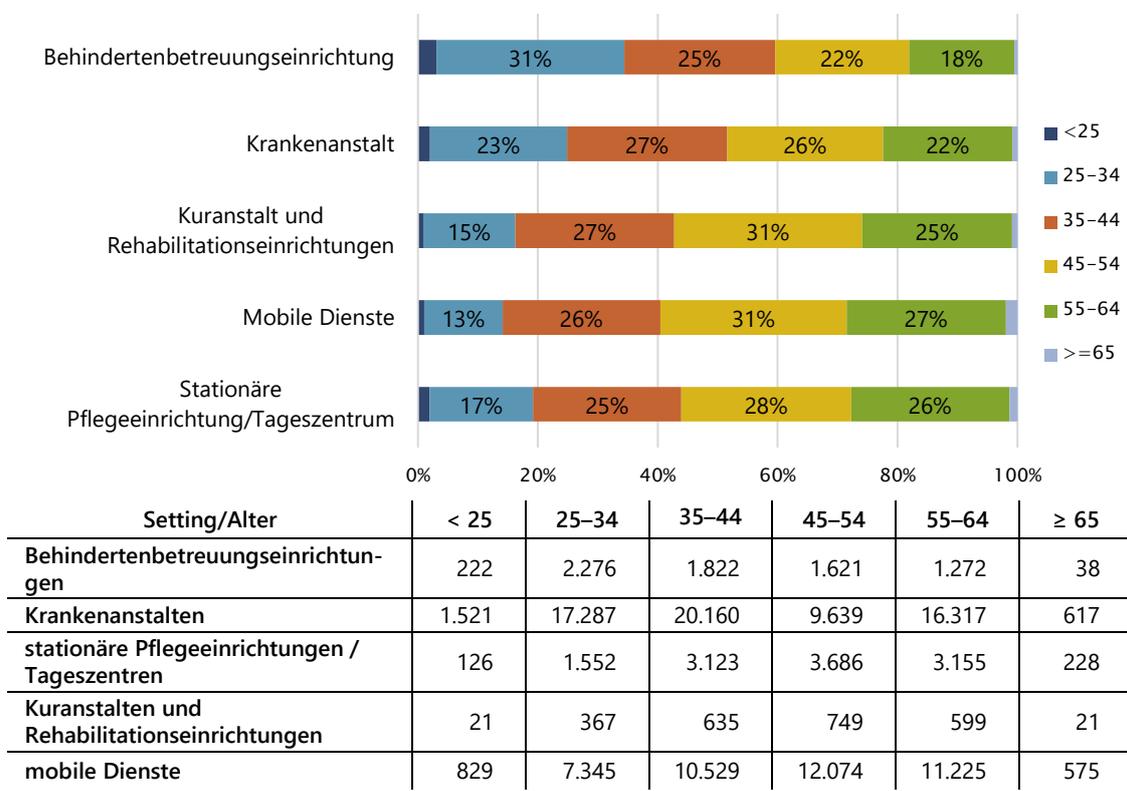
Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Settings und Altersverteilung nach Berufen

51 Prozent der in den angeführten Settings Beschäftigten sind 45 Jahre alt oder älter. Ein Blick auf ausgewählte Einsatzbereiche zeigt, dass der Anteil der Personen im Alter ab 45 Jahren mit

60 Prozent der Beschäftigten bei den mobilen Diensten am höchsten ist, gefolgt von Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen mit 57 Prozent und stationären Pflegeeinrichtungen / Tageszentren mit 56 Prozent. Der höchste Anteil von Pflegepersonen unter 35 Jahren findet sich im Settingvergleich in Behindertenbetreuungseinrichtungen (34 Prozent; vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: GuK-Berufe – ausgewählte Settings und Altersverteilung in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 139.340, Mehrfachzuordnungen möglich)



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Eine prozentuelle Darstellung der Beschäftigten nach Beruf und den Altersgruppen „bis 49 Jahre“ bzw. „50 Jahre und älter“ zeigt Tabelle 9. In den darauffolgenden Abbildungen sind die drei GuK-Berufe nochmals detaillierter nach Setting und Alterskategorie dargestellt.

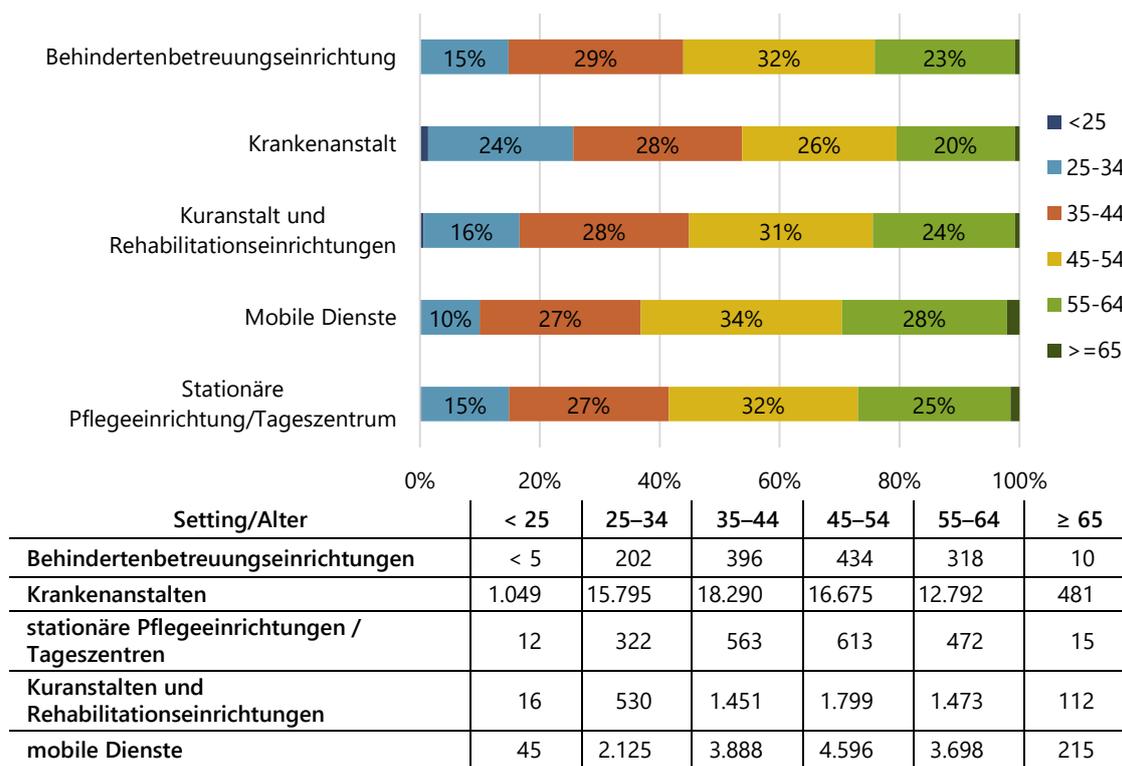
Tabelle 9: GuK-Berufe – Berufsangehörige in ausgewählten Settings nach Altersgruppen in Prozent (ausgewertete n = 139.340, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	Beruf	Anteil bis 49 Jahre in %	Anteil 50 Jahre und älter in %
Behindertenbetreuungseinrichtungen	DGKP	61 %	39 %
	PFA	75 %	25 %
	PA	73 %	27 %
Krankenanstalten	DGKP	66 %	34 %
	PFA	88 %	12 %
	PA	38 %	62 %

Setting	Beruf	Anteil bis 49 Jahre in %	Anteil 50 Jahre und älter in %
Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen	DGKP	60 %	40 %
	PFA	89 %	11 %
	PA	42 %	58 %
mobile Dienste	DGKP	53 %	47 %
	PFA	73 %	27 %
	PA	56 %	44 %
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	DGKP	58 %	42 %
	PFA	86 %	14 %
	PA	56 %	44 %

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

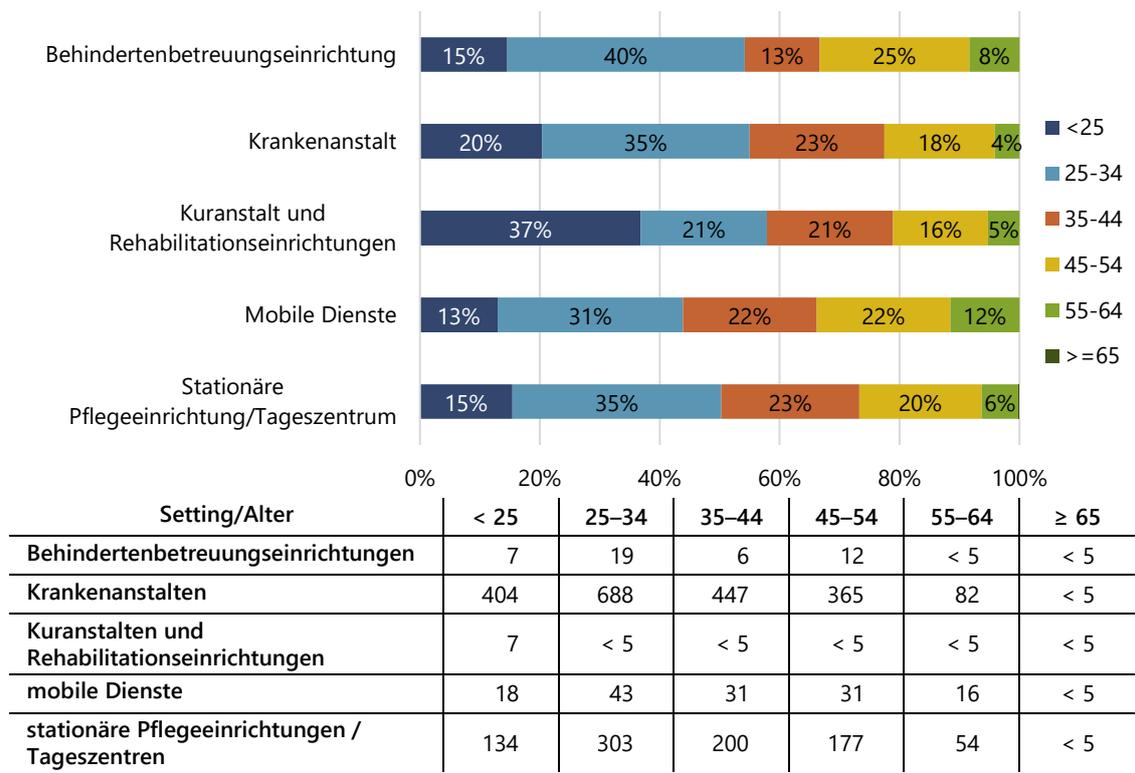
Abbildung 5: DGKP – ausgewählte Settings und Altersverteilung in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 88.158, Mehrfachzuordnungen möglich)



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Abbildung 5 zeigt die Altersverteilung der DGKP in ausgewählten Settings. 26 Prozent der DGKP in Krankenanstalten sind 34 Jahre oder jünger. Dies ist im Vergleich zu den anderen Settings ein hoher Anteil. Den höchsten Anteil von DGKP im Alter ab 45 Jahren hat das Setting „mobile Dienste“ mit 63 Prozent.

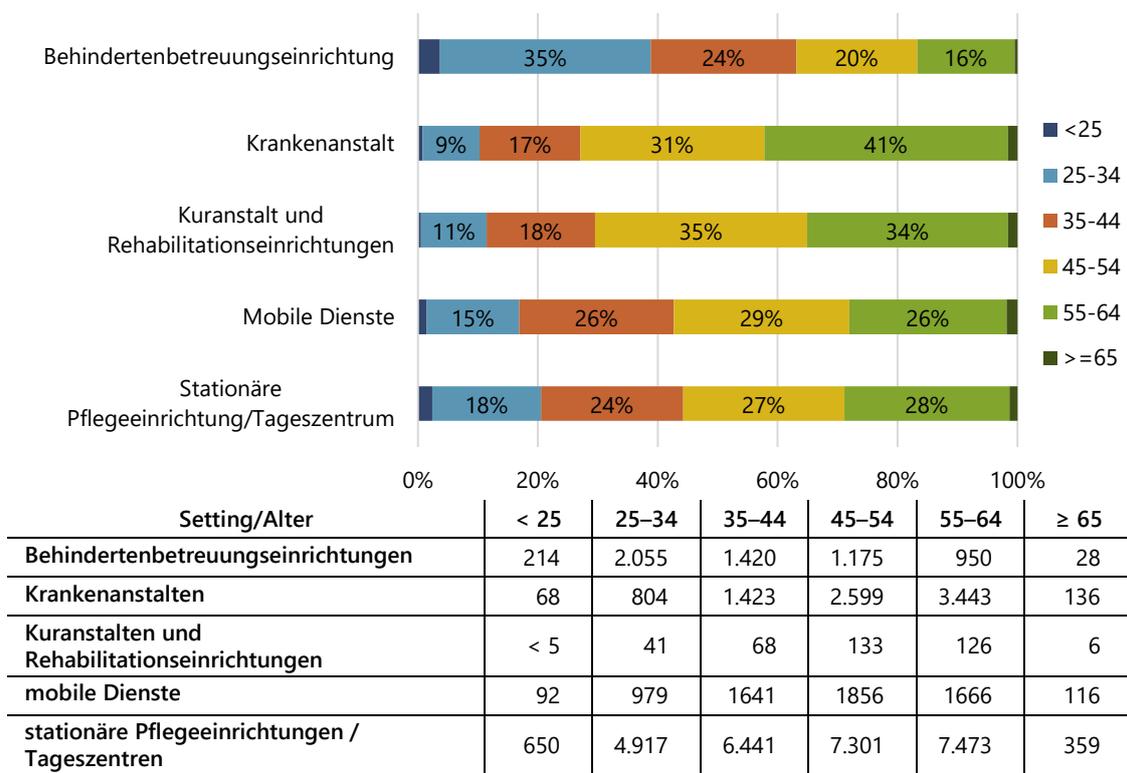
Abbildung 6: PFA – ausgewählte Settings und Altersverteilung in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 3.059, Mehrfachzuordnungen möglich)



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Die Altersverteilung der PFA in ausgewählten Settings findet sich in Abbildung 6. Im Vergleich zu den anderen GuK-Berufen ist der Anteil von unter 35-Jährigen in der PFA aus den bereits genannten Gründen deutlich höher.

Abbildung 7: PA – ausgewählte Settings und Altersverteilung in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 48.123, Mehrfachzuordnungen möglich)



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Abbildung 7 zeigt die Altersverteilung von PA in ausgewählten Settings. Hierbei fällt auf, dass vor allem im Setting „Behindertenbetreuungseinrichtungen“ ein vergleichsweise hoher Anteil von PA im Alter von 34 Jahren und jünger vorliegt (39 Prozent). In Krankenanstalten hingegen ist der Anteil der ab 45-Jährigen mit 73 Prozent am höchsten.

2.4 Exkurs: GuK-Berufsangehörige mit Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf

Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung in Fach- bzw. Diplomsozialbetreuung in den Bereichen Altenarbeit, Behindertenarbeit bzw. Familienarbeit haben auch die PA-Ausbildung integriert. Berufsangehörige folgender Sozialbetreuungsberufe sind daher im GBRG unter dem Beruf Pflegeassistent:in erfasst:

- Diplomsozialbetreuung Altenarbeit
- Diplomsozialbetreuung Behindertenarbeit
- Diplomsozialbetreuung Familienarbeit
- Fachsozialbetreuung Altenarbeit
- Fachsozialbetreuung Behindertenarbeit

Bei den Angaben zur Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf handelt es sich um freiwillige Selbstangaben durch die im Gesundheitsberuferegister erfassten Personen, weshalb bei den vorliegenden Angaben keine Aussagen über die tatsächliche Anzahl von GuK-Berufsangehörigen mit gleichzeitiger Ausbildung in einem Fach- bzw. Diplomsozialbetreuungsberuf getroffen werden können. Informationen über weitere Ausbildungen unterliegen nicht den gleichen strengen Prüfkriterien wie die gesetzlich zu erhebenden Pflichtdaten. Tabelle 10 zeigt auf Basis der freiwilligen Angaben eine Übersicht über jene Angehörigen der GuK-Berufe, die auch bekannt gaben, über eine Berufsberechtigung im Bereich der oben genannten Sozialbetreuungsberufe zu verfügen.

Insgesamt gaben 17.928 Angehörige der GuK-Berufe an, über eine Berufsberechtigung in mindestens einem der genannten Sozialbetreuungsberufe zu verfügen (Mehrfachangaben waren möglich). Der Anteil der PA, welche dies angaben, ist im Vergleich zu den anderen GuK-Berufen mit 95 Prozent aus den oben angeführten Gründen am höchsten.

Tabelle 10: GuK-Berufe – Anzahl der registrierten Berufsangehörigen, die zusätzlich eine Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf angaben (ausgewertete n = 17.928, Mehrfachzuordnungen möglich)

Sozialbetreuungsberuf	DGKP	PFA	PA
Diplomsozialbetreuer:in Altenarbeit	98	15	1.090
Diplomsozialbetreuer:in Behindertenarbeit	64	< 5	1.227
Diplomsozialbetreuer:in Familienarbeit	44	< 5	729
Fachsozialbetreuer:in Altenarbeit	481	123	12.501
Fachsozialbetreuer:in Behindertenarbeit	69	7	2.231
Summe Personen (Grundmengen)	733	151	17.044
Summe Registrierungen in GuK-Berufen mit freiwilliger Angabe eines SOB	756	152	17.778

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

2.5 Berufsqualifikation und Staat der beruflichen Erstqualifikation von GuK-Berufsangehörigen

Im GBR werden sowohl innerstaatliche Abschlüsse Angehöriger der GuK-Berufe als auch im Ausland erworbene Abschlüsse, die durch EWR-Anerkennung oder Nostrifikation in Österreich anerkannt wurden, erfasst. Für Letztere liegt ein Qualifikationsnachweis erst nach der Anerkennung und der Absolvierung allfälliger Auflagen vor.

Zur Möglichkeit der Eintragung in das GBR vor Absolvierung der Auflagen siehe Kapitel 6.7.4 in Teil B.

Berufsanerkennungen und Nostrifikationen

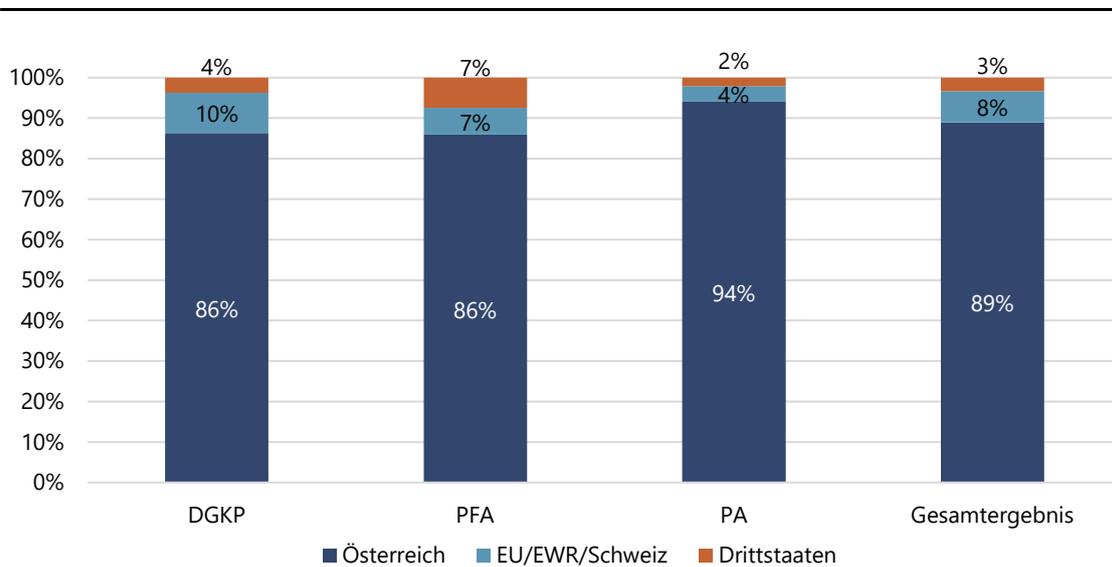
Bei Berufsanerkennungen handelt es sich um die Anerkennung von Berufsqualifikationen aus der EU / dem EWR bzw. der Schweiz in der Gesundheits- und Krankenpflege. Berufsanerkennungen können mit oder ohne Auflagen erfolgen.

Aufgrund der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie erfolgt grundsätzlich eine „automatische“ Anerkennung (d. h. ohne Auflagen) im Beruf der allgemeinen GuK, da für diese EU-weite Mindestanforderungen an die Ausbildung festgelegt sind. Für PA und PFA erfolgt mangels EU-weiter Harmonisierung eine inhaltliche Prüfung.

Bei Nostrifikationen handelt es sich um die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen aus Drittländern (außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz). Nostrifikationen werden zumeist unter Auflagen erteilt, die Ergänzungen in Theorie und Praxis vorsehen, um die Gleichwertigkeit gegenüber der österreichischen Ausbildung sicherzustellen.

Unter **allen GuK-Berufen** wurden rund elf Prozent aller Ausbildungsabschlüsse im Ausland erworben (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: GuK-Berufe – Ausbildungsabschlüsse (Stand 31. 12. 2023) nach Qualifikation und Ländergruppe in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 179.296)



Land der beruflichen Erstausbildung	DGKP	PFA	PA	Summe
Österreich	96.305	5.587	57.583	159.475 (89 %)
EU/EWR/Schweiz	11.059	428	2.361	13.848 (8 %)
Drittstaaten	4.199	485	1.289	5.973 (3 %)
Summe	111.563	6.500	61.233	179.296

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Im GBR wird neben dem Land der beruflichen Erstausbildung auch die aktuelle Staatsbürgerschaft erhoben. Eine Analyse dieser Daten zeigt, dass 87 Prozent der GuK-Berufsangehörigen österreichische Staatsbürger:innen sind.

Von den dreizehn Prozent der Angehörigen der GuK-Berufe mit ausländischer Staatsangehörigkeit kommt ein Großteil aus den angrenzenden Staaten Deutschland (20 %), Slowakei (13 %), Slowenien (7 %) und Ungarn (7 %). Weiters liegen u. a. Staatsangehörigkeiten aus Rumänien

(7 %), Bosnien und Herzegowina (6 %), Kroatien (6 %), Polen (5 %), Serbien (5 %), Tschechien (3 %), Italien (3 %), Indien (2 %) und Philippinen (2 %) vor. Weitere 136 Staatsangehörigkeiten sind mit jeweils ≤ 1 Prozent erfasst.

Tabelle 11: GuK-Berufe – Anteil der DGKP, PFA und PA mit beruflicher Erstqualifikation in Österreich nach Bundesland der Berufsausübung 2023 in Prozent (ausgewertete n = 156.420)

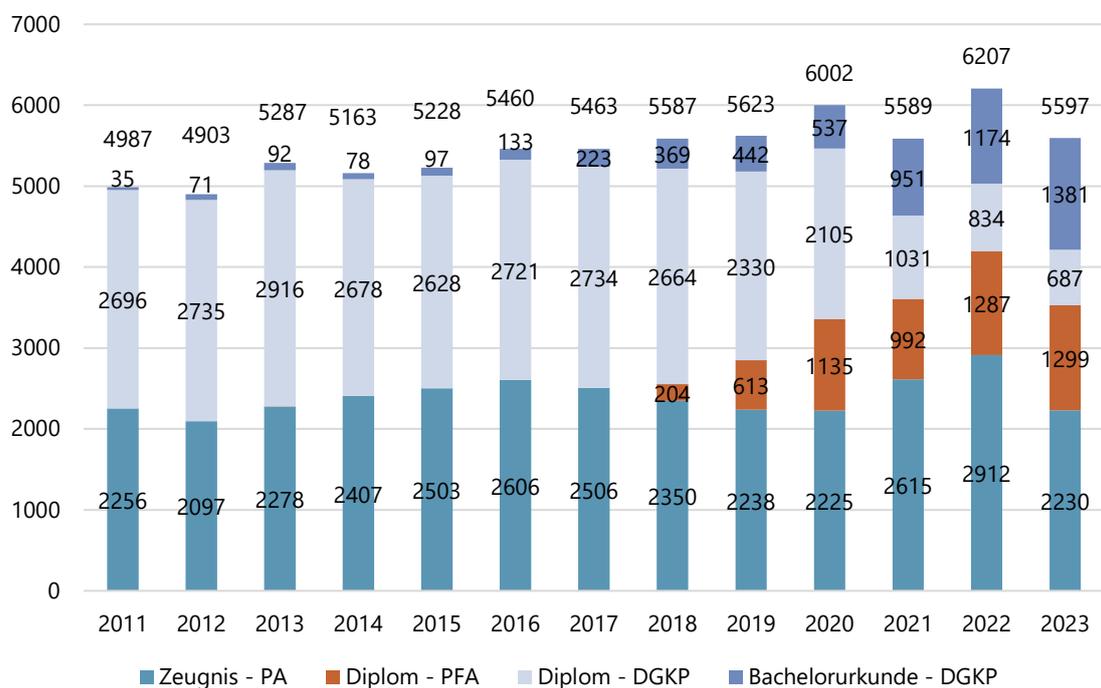
Bundesland	DGKP in %	PFA in %	PA in %	GuK gesamt in %
Burgenland	84 %	83 %	94 %	87 %
Kärnten	94 %	93 %	96 %	95 %
Niederösterreich	91 %	89 %	97 %	92 %
Oberösterreich	92 %	80 %	98 %	94 %
Salzburg	86 %	86 %	95 %	88 %
Steiermark	91 %	81 %	92 %	91 %
Tirol	90 %	90 %	95 %	92 %
Vorarlberg	86 %	80 %	91 %	87 %
Wien	73 %	76 %	87 %	76 %
Österreich	86 %	83 %	94 %	89 %

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

89 Prozent aller Berufsberechtigten in den GuK-Berufen haben ihre berufliche Erstqualifikation in Österreich erworben. Eine Analyse nach Bundesländern zeigt hier Unterschiede (vgl. Tabelle 11). Der Anteil der Berufsangehörigen mit inländischem Abschluss reicht von 76 Prozent in Wien bis 95 Prozent in Kärnten. Die größten Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen bei den DGKP, von denen in Wien rund ein Viertel die Erstqualifikation nicht in Österreich erworben hat, wohingegen der entsprechende Wert in Kärnten nur sechs Prozent beträgt.

Österreichische Berufsqualifikation GuK-Berufsangehöriger

Abbildung 9: Abschlussart nach Abschlussjahr in GuK-Berufen in Zeitreihen 2011–2023



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Abbildung 9 zeigt jene registrierten Personen, die im Zeitraum zwischen 2011 und 2023 in Österreich ihren Abschluss in einem GuK-Beruf gemacht haben, kategorisiert nach Abschlussart. Anerkennungen und Nostrifikationen sind in den Daten nicht enthalten. Aufgrund des durch die GuKG-Novelle 2016 mit Ende 2023 festgelegten Auslaufens der Sekundarausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und der damit verbundenen kontinuierlichen Überführung der Ausbildung zur DGKP in den tertiären Bildungssektor steigt der jährliche Anteil von DGKP mit Bachelorurkunden bei gleichzeitig sinkendem Anteil neu registrierter DGKP mit Diplom. Im Jahr 2022 gab es erstmals mehr neu registrierte DGKP mit Bachelorurkunde als neu registrierte DGKP mit Diplom. Im Jahr 2023 gab es bereits fast doppelt so viele neu registrierte DGKP mit Bachelorurkunde wie solche mit Diplom. Darüber hinaus lassen sich seit 2018 eine jährlich wachsende Anzahl und eine entsprechende Erhöhung des Anteils der PFA sowie die beginnende Ausdifferenzierung im Sinne der GuKG-Novelle 2016 (Grade-Mix) feststellen. Die Gesamtzahl der Vertreter:innen der GuK-Berufe erreichte im Jahr 2022 mit 6.207 GuK-Berufsangehörigen den Höchststand der letzten 13 Jahre.

Vergleicht man Abbildung 9 mit derselben Grafik aus dem Vorjahresbericht, ist vor allem auffallend, dass die Registrierungen für das Abschlussjahr 2022 noch deutlich gestiegen sind (Stand 31. 12. 2022: 5.767). Damit ist zu erwarten, dass auch die Zahlen für 2023 im nächsten Jahr noch ansteigen werden, da möglicherweise viele BA erst im Folgejahr des Abschlusses die Registrierung vornehmen. Auch in den anderen Abschlussjahren sind die Zahlen aufgrund laufender Neuregistrierungen oder Streichungen dynamisch.

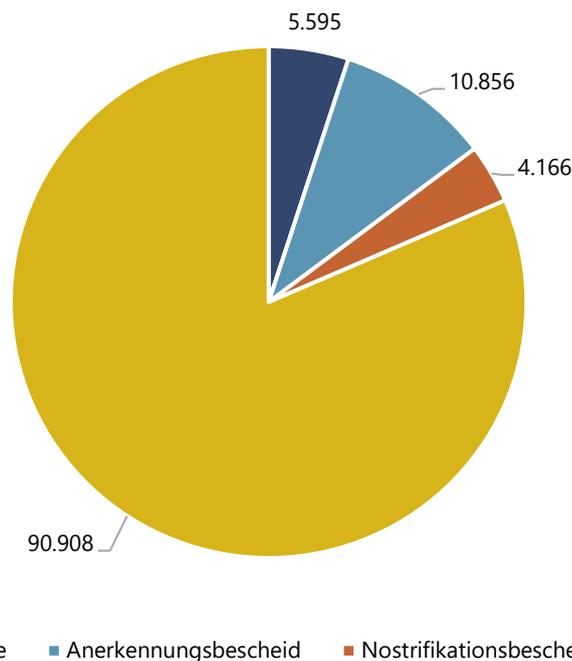
2.5.1 Berufsqualifikation DGKP

Innerstaatliche in **DGKP**-Ausbildungsabschlüsse können das Diplom an einer GuK-Schule oder ein Bachelorabschluss an einer Fachhochschule sein. Die Berufsqualifikation von Personen mit ausländischen DGKP-Abschlüssen wird durch EWR-Anerkennung (BMSGPK) oder Nostrifikation (bis Ende 2019 LH, seit 2020 FH) anerkannt.

Seit 2008 ist es möglich, die Ausbildung im gehobenen Dienst für GuK an Fachhochschulen anzubieten. Aufgrund des § 117 Abs. 27 GuKG ist die Ausbildung zur DGKP ab 1. 1. 2024 in Österreich nur mehr an Fachhochschulen möglich. Mit diesem Zeitpunkt läuft die Sekundarausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege aus, d. h. diese Ausbildungen können nicht mehr begonnen werden.

Mit Stichtag 31. 12. 2023 verfügten insgesamt fünf Prozent aller registrierten DGKP über einen österreichischen Bachelorabschluss, 82 Prozent erwarben die Berufsberechtigung über eine Ausbildung in einer österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Bei ca. 14 Prozent wurde die im Ausland erworbene Berufsqualifikation mittels Anerkennungs- (10 %) bzw. Nostrifikationsbescheids (4 %) anerkannt (vgl. Abbildung 10).

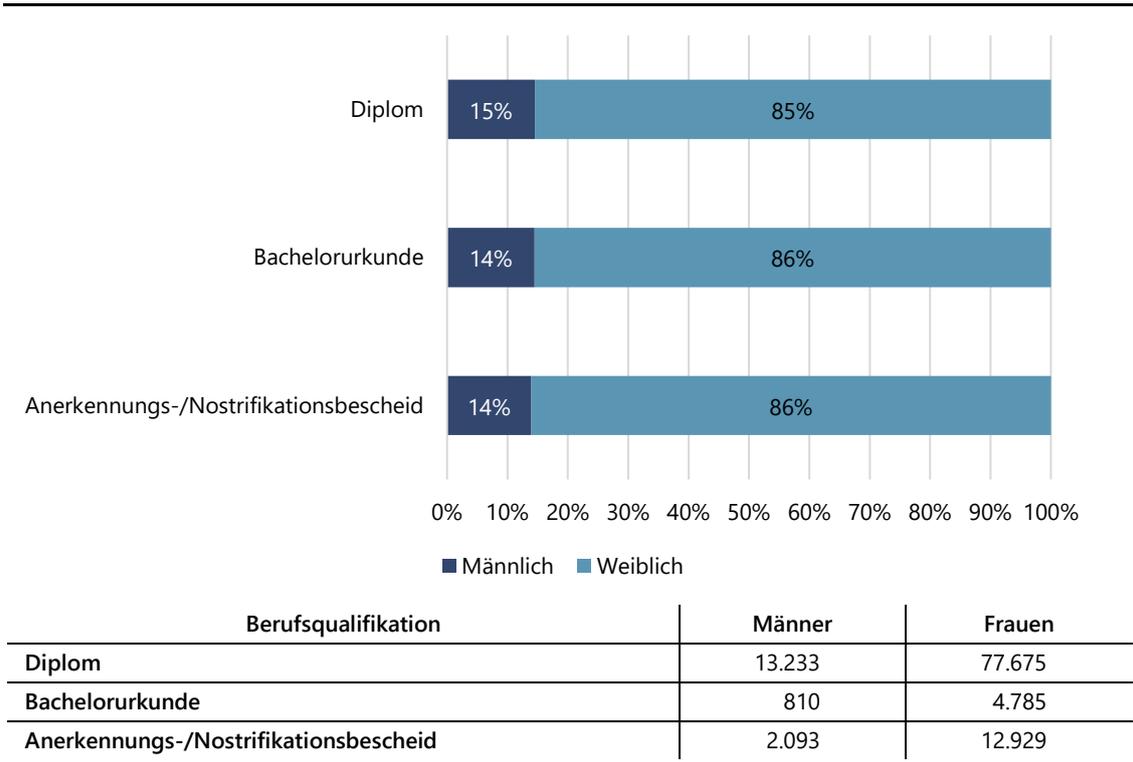
Abbildung 10: DGKP – berufliche Erstqualifikationen (Stand 31. 12. 2023) in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 111.525)



Berufsqualifikation	Gesamtanzahl	Anteil insgesamt
Bachelorurkunde	5.595	5 %
Diplom	90.908	82 %
Anerkennungsbescheid	10.856	10 %
Nostrifikationsbescheid	4.166	4 %

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Abbildung 11: DGKP – Berufsqualifikation (Stand 31. 12. 2023) nach Geschlecht in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 111.525)



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Abbildung 11 wird die Berufsqualifikation von DGKP nach Geschlecht dargestellt. Der Anteil der männlichen DGKP ist mit jeweils 14 bis 15 Prozent in den unterschiedlichen Wegen zur Berufsqualifikation ungefähr gleich.

2.6 Spezialisierungen von DGKP

Gemäß § 17 GuKG können DGKP im Rahmen der erweiterten Kompetenzen eine Berechtigung in setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen sowie Spezialisierungen für Lehr- oder Führungsaufgaben erwerben. Bei den Angaben zu Spezialisierungen im GBR handelt es sich um freiwillige Selbstangaben durch DGKP, weshalb bei den vorliegenden Angaben keine abschließenden Aussagen über die tatsächliche Anzahl von DGKP mit Berechtigung in der jeweiligen Spezialisierung getroffen werden können. Diese Informationen unterliegen nicht den gleichen strengen Prüfkriterien wie die gesetzlich zu erhebenden Pflichtdaten. Tabelle 12 zeigt auf Basis der freiwilligen Angaben eine Übersicht über jene DGKP, die bekannt gaben, auch über eine Ausbildung in einer Spezialisierung zu verfügen, und diesbezüglich gegebenenfalls auch einen Nachweis erbracht haben.

Tabelle 12: DGKP – Anzahl der DGKP mit freiwillig angegebener Ausbildung in einer Spezialisierung 2023 (ausgewertete n = 28.201)

Spezialisierungen	Anzahl DGKP mit Berechtigung in einer Spezialisierung (freiwillige Angabe)	Prozent, gemessen an allen registrierten DGKP
Intensivpflege	8.863	8 %
Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege	5.208	5 %
Kinder- und Jugendlichenpflege	5.176	5 %
Pflege im Operationsbereich	4.004	4 %
Führungsaufgaben	3.706	3 %
Anästhesiepflege	2.780	2 %
Lehraufgaben	1.647	1 %
Pflege bei Nierenersatztherapie	1.340	1 %
Kinderintensivpflege	814	< 1 %
Krankenhausthygiene	565	< 1 %

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Da die Ausbildung in den durch die GuKG-Novelle 2016 neu geschaffenen Spezialisierungen „Wundmanagement und Stomaversorgung“, „Hospiz- und Palliativversorgung“ sowie „Psychogeriatrische Pflege“ und deren Ausübung der erst nach Erlassung der erforderlichen Durchführungsbestimmungen einschließlich der Festlegung von Qualifikationsprofilen möglich sein wird, ist eine Eintragung dieser Spezialisierungen in das GBR derzeit noch nicht bzw. gegebenenfalls nur als Weiterbildung möglich.

2.7 Alter bei Abschluss der Erstqualifikation in GuK-Berufen

Wie in Tabelle 13 ersichtlich, waren die meisten registrierten DGKP bei Abschluss ihrer Erstqualifikation unter 25 Jahre alt. Bei PFA und PA gestaltet sich der Anteil der unter 25-Jährigen ähnlich jenem der 25- bis 34-Jährigen. Bei DGKP werden in der Altersgruppe ab 35 deutlich weniger Erstqualifikationen erworben, bei PFA und PA in der Altersgruppe ab 45.

Tabelle 13: GuK-Berufe – Alter bei Abschluss der Erstausbildung in absoluten Zahlen und in Prozent (ausgewertete n = 179.293)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 20	10.652 (10 %)	425 (7 %)	3.375 (6 %)
20–24	60.733 (54 %)	1.802 (28 %)	15.038 (25 %)
25–34	28.417 (25 %)	1.892 (29 %)	18.868 (31 %)
35–44	8.838 (8 %)	1.363 (21 %)	15.720 (26 %)
45–54	2.754 (2 %)	902 (14 %)	7.700 (13 %)
55+	168 (< 1 %)	116 (2 %)	530 (< 1 %)

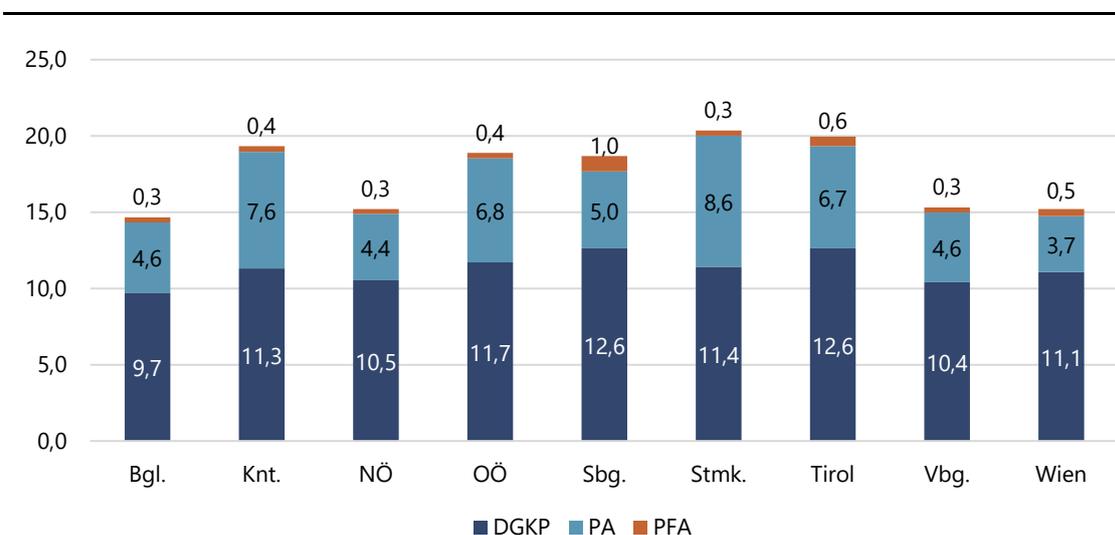
Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

2.8 Versorgungsdichte der GuK-Berufe nach Bundesland

Legt man die registrierten GuK-Berufsangehörigen, bei denen dies auf Basis der vorhandenen Daten auf Ebene des Bundeslandes möglich ist, auf die Anzahl der Einwohner:innen Österreichs um, kommen auf 1.000 Einwohner:innen rund 17 Berufsangehörige (BA).

Im Bundesländervergleich zeigen sich hierbei Unterschiede, die in Abbildung 12 dargestellt werden. Zusätzlich wird die Versorgungsdichte in Tabelle 14 auch als Versorgungsschlüssel (Einwohner:innen je BA) dargestellt. Bei der Interpretation der unterschiedlich hohen Kennzahlen auf Bundesländerebene gilt es auch Einflussfaktoren wie etwa das Arbeitszeitausmaß bzw. die Teilzeitquote, unterschiedliche Personalvorgaben (etwa in der Langzeitpflege), Unterschiede aufgrund von Bevölkerungsdichte und Anzahl der Krankenanstalten etc. zu beachten.

Abbildung 12: GuK-Berufe – Berufsangehörige pro 1.000 Einwohner:innen nach Bundesland der Berufsausübung (ausgewertete n = 156.424, Mehrfachzuordnungen möglich)



Personen	Bgl.	Knt.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.	Wien
DGKP	2.947	6.479	18.225	17.925	7.232	14.530	9.811	4.257	22.161
PFA	105	226	559	572	598	486	499	137	953
PA	1.423	4.404	7.557	10.476	2.904	11.072	5.217	1.870	7.383

Quellen: GBR, Bevölkerungsstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle 14: GuK-Berufe – Einwohnerzahl pro Berufsangehörige:n nach Bundesland der Berufsausübung (ausgewertete n = 156.424, Mehrfachzuordnungen möglich)

Personen	Bgl.	Knt.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.	Wien
DGKP	102	46	17	17	42	21	31	71	14
PFA	2.869	1.333	539	527	504	620	604	2.199	316
PA	212	68	40	29	104	27	58	161	41

Quellen: GBR, Bevölkerungsstatistik; Darstellung: GÖG

3 Gehobene medizinisch-technische Dienste

Zu den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (MTD) zählen folgende Berufe:

- Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker (BMA)
- Diätologin bzw. Diätologe (Diät)
- Ergotherapeut:in (Ergo)
- Logopädin bzw. Logopäde (Logo)
- Orthoptist:in (Ortho)
- Physiotherapeut:in (Physio)
- Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe (RT)

3.1 Gesamtdarstellung MTD und Geschlecht

Am 31. 12. 2023 waren insgesamt **41.184** Personen in (mind.) einem MTD-Beruf im Gesundheitsberuferegister erfasst. 18.551 Registrierungen wurden in der Physiotherapie erfasst (13.605 Frauen, 4.946 Männer), 7.025 in der Biomedizinischen Analytik (6.495 Frauen, 530 Männer), 6.009 in der Radiologietechnologie (4.634 Frauen, 1.375 Männer), 4.795 in der Ergotherapie (4.497 Frauen, 298 Männer), 2.427 in der Logopädie (2.323 Frauen, 104 Männer), 1.989 in der Diätologie (1.905 Frauen, 84 Männer) und 415 in der Orthoptik (399 Frauen, 16 Männer).

Tabelle 15: MTD – Registrierungen gesamt und nach Geschlecht in absoluten Zahlen und in Prozent (ausgewertete n = 41.184³, Mehrfachzuordnungen möglich⁴)

Beruf	gesamt	Frauen absolut	Männer absolut	Frauen in %	Männer in %
BMA	7.025	6.495	530	92 %	8 %
Diät	1.989	1.905	84	96 %	4 %
Ergo	4.795	4.497	298	94 %	6 %
Logo	2.427	2.323	104	96 %	4 %
Ortho	415	399	16	96 %	4 %
Physio	18.551	13.605	4.946	73 %	27 %
RT	6.009	4.634	1.375	77 %	23 %
Personen (Grundmengen)	41.184	33.834	7.350	82 %	18 %
Summe der Registrierungen	41.211	33.858	7.353	82 %	18 %

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

³ In den Tabellenbeschriftungen wird die jeweilige Grundmenge (ausgewertete n = ...) ausgewiesen. Diese entspricht der Gesamtzahl der in der jeweiligen Auswertung berücksichtigten Personen. Diese Grundmenge kann teilweise von der Gesamtzahl der jeweils registrierten Berufsangehörigen bzw. von der Grundmenge in anderen Auswertungen abweichen, da die ausgewerteten Informationen nicht immer für alle registrierten Personen gleichermaßen vorliegen.

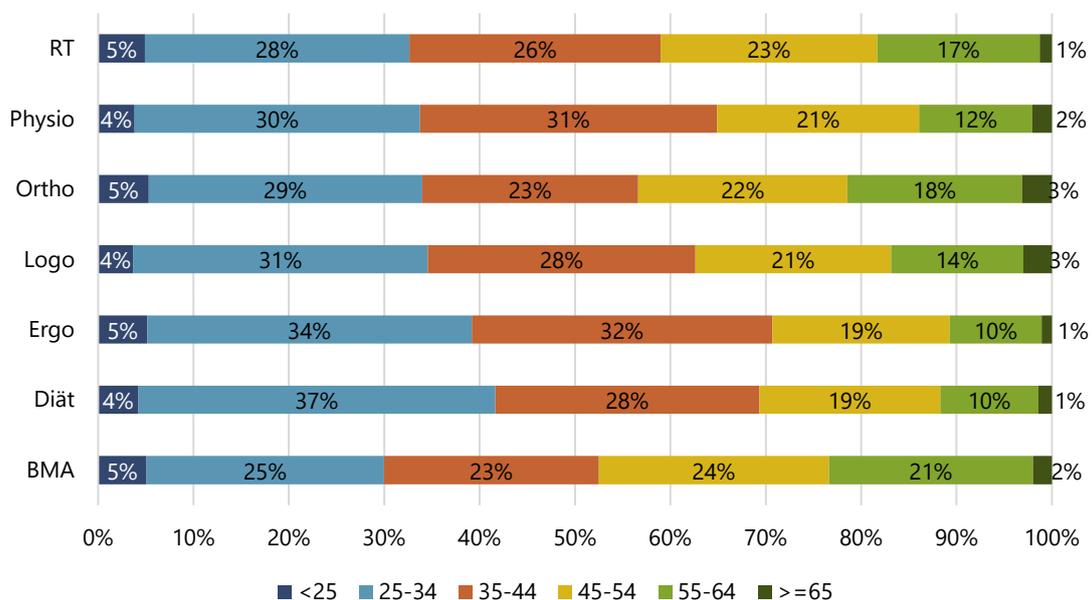
⁴ Die Personen der jeweils ausgewerteten Grundmenge n werden in den Darstellungen nach unterschiedlichen Zuordnungsmerkmalen wie beispielsweise Beruf aufgeschlüsselt. Wenn eine registrierte Person der Grundmenge n für ein Zuordnungsmerkmal mehrere Ausprägungen aufweist (zwei Berufe etc.), wird jede dieser Ausprägungen in der Tabelle berücksichtigt. In der Grundmenge n wird jene Person jedoch nur einmal gezählt. Aufgrund dieser Möglichkeit der Mehrfachzuordnung kann die Summe der Zuordnungen zu allen Merkmalen in der jeweiligen Tabelle größer sein als die zugrunde liegende Grundmenge n. Auf diesen Umstand wird in der jeweiligen Tabellenbeschriftung mit der Anmerkung „Mehrfachzuordnungen möglich“ hingewiesen.

82 Prozent der Berufsangehörigen aller MTD sind weiblich, allerdings unterscheidet sich, wie Tabelle 15 zu entnehmen ist, das Geschlechterverhältnis zwischen den Berufsgruppen deutlich. Insbesondere ist der Anteil der Männer in der Physiotherapie mit 27 Prozent und in der Radiologietechnologie mit 23 Prozent je nach Beruf drei- bis siebenmal höher als in den anderen MTD.

3.2 MTD und Alter

Etwas mehr als ein Drittel der Berufsangehörigen der MTD ist 45 Jahre alt oder älter, ein weiteres Drittel ist 34 Jahre alt oder jünger. Zwischen den Berufsgruppen der MTD zeigen sich hier aber Unterschiede. So weisen beispielsweise die Ergotherapie mit 71 Prozent aller Berufsangehörigen bzw. die Diätologie mit 69 Prozent einen deutlich höheren Anteil unter 45-Jähriger auf als die Biomedizinische Analytik mit 53 Prozent oder die Orthoptik mit 57 Prozent der Berufsangehörigen (vgl. Abbildung 13 und Tabelle 16).

Abbildung 13: MTD – Registrierungen nach Altersgruppen in Prozent 2023 (ausgewertete n = 41.184)



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 16: MTD – Registrierungen nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 41.184)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	OT	Physio	RT
< 25	356 (5 %)	84 (4 %)	247 (5 %)	89 (4 %)	22 (5 %)	711 (4 %)	295 (5 %)
25–34	1.749 (25 %)	744 (37 %)	1.632 (34 %)	750 (31 %)	119 (29 %)	5.547 (30 %)	1.667 (28 %)
35–44	1.583 (23 %)	551 (28 %)	1.511 (32 %)	681 (28 %)	94 (23 %)	5.782 (31 %)	1.583 (26 %)
45–54	1.695 (24 %)	377 (19 %)	891 (19 %)	498 (21 %)	91 (22 %)	3.929 (21 %)	1.363 (23 %)
55–64	1.502 (21 %)	205 (10 %)	463 (10 %)	336 (14 %)	76 (18 %)	2.202 (12 %)	1.024 (17 %)
≥ 65	140 (2 %)	28 (1 %)	51 (1 %)	73 (3 %)	13 (3 %)	380 (2 %)	77 (1 %)

Die Altersverteilung der Angehörigen der MTD nach Bundesland der Berufsausübung findet sich im Anhang.

3.3 Art und Setting der Berufsausübung der MTD

Die Informationen über die Art und das Setting der Berufsausübung ergeben sich aus Selbstanfragen der Berufsangehörigen. Weitere allgemeine Informationen zur Erfassung von Art und Setting der Berufsausübung finden sich auch in Kapitel 2.3

Art der Berufsausübung

MTD können freiberuflich unter Meldung eines Berufssitzes oder im Dienstverhältnis tätig werden.

Von den 41.211 Registrierungen in den MTD (inkl. Mehrfachzuordnungen bei Registrierung in zwei MTD, Gesamtzahl registrierter Personen: n = 41.184) sind 44 Prozent ausschließlich angestellt und zusätzliche 19 Prozent überwiegend angestellt tätig. Bei 26 Prozent der Registrierungen in den MTD wurde eine ausschließlich freiberufliche Berufsausübung angegeben, und ein weiteres Prozent gab an, überwiegend freiberuflich zu sein. Bei 4.072 Registrierungen, also rund zehn Prozent, wurde bei der Art der Berufsausübung weder angestellt noch freiberuflich angegeben. Sie werden in der Kategorie „Sonstiges“ zusammengefasst.

Die Kategorie „Sonstiges“ bedeutet, dass diese BA weder einen oder eine Arbeitgeber:in noch einen Berufssitz gemeldet haben. Die Ursachen dafür sind unterschiedlich. Manche BA sind nach der Ausbildung noch nicht beschäftigt oder haben ihren bzw. ihre Arbeitgeber:in nach Berufsantritt nicht gemeldet. Andere können auch aktuell arbeitssuchend sein. Einige sind ehrenamtlich tätig oder planen, es zu sein, oder sind in einem anderen Beruf tätig. Einige sind in Pension gegangen. Auch die im GBR unter „Sonstiges“ eingetragenen BA verfügen jedoch über eine aufrechte Berufsberechtigung.

Um nähere Aussagen über die Kategorie „Sonstiges“ treffen zu können, wurden im vorliegenden Bericht zusätzliche Auswertungen zum Alter der MTD-Berufsangehörigen, die sich in dieser Kategorie befinden, vorgenommen. Es zeigt sich, dass in der Kategorie „Sonstiges“ wie auch in den GuK-Berufen jeweils ein hoher Anteil 34 Jahre oder jünger ist. Der hohe Anteil an Personen < 35 Jahre in allen MTD-Berufen könnte darauf schließen lassen, dass die BA nach Ausbildungsabschluss zwar die Registrierung vornehmen, aber nach Berufsantritt noch nicht einen oder eine Arbeitgeber:in melden. Berufsangehörige, die eine freiberufliche Tätigkeit aufnehmen, müssen einen Berufssitz melden, welcher auch für die Abrechnung mit der Sozialversicherung herangezogen wird. Daher ist davon auszugehen, dass freiberuflich tätige MTD die entsprechende Meldung vornehmen.

Tabelle 17: MTD – Kategorie „Sonstiges“ – Registrierungen nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 4.069)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	166 (22 %)	38 (11 %)	116 (20 %)	25 (13 %)	8 (15 %)	304 (21 %)	129 (18 %)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
25–34	329 (43 %)	196 (59 %)	287 (50 %)	96 (48 %)	25 (46 %)	725 (50 %)	390 (55 %)
35–44	88 (12 %)	66 (20 %)	95 (17 %)	41 (21 %)	5 (9 %)	234 (16 %)	83 (12 %)
45–54	60 (8 %)	17 (5 %)	38 (7 %)	11 (6 %)	5 (9 %)	69 (5 %)	34 (5 %)
55–64	98 (13 %)	13 (4 %)	27 (5 %)	20 (10 %)	8 (15 %)	79 (5 %)	68 (10 %)
≥ 65	18 (2 %)	5 (1 %)	6 (1 %)	5 (3 %)	< 5 (6 %)	33 (2 %)	9 (1 %)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Insbesondere therapeutisch tätige Angehörige der MTD arbeiten häufig freiberuflich. Besonders hoch ist der Anteil der ausschließlich freiberuflich Tätigen bei den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit 45 Prozent aller Berufsangehörigen, gefolgt von den Logopädinnen und Logopäden mit 34 Prozent sowie den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit 21 Prozent. Am geringsten ist der Anteil bei den Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen mit 0,3 Prozent, den Biomedizinischen Analytikerinnen und Biomedizinischen Analytikern mit 1,1 Prozent sowie den Orthoptistinnen und Orthoptisten mit 1,2 Prozent.

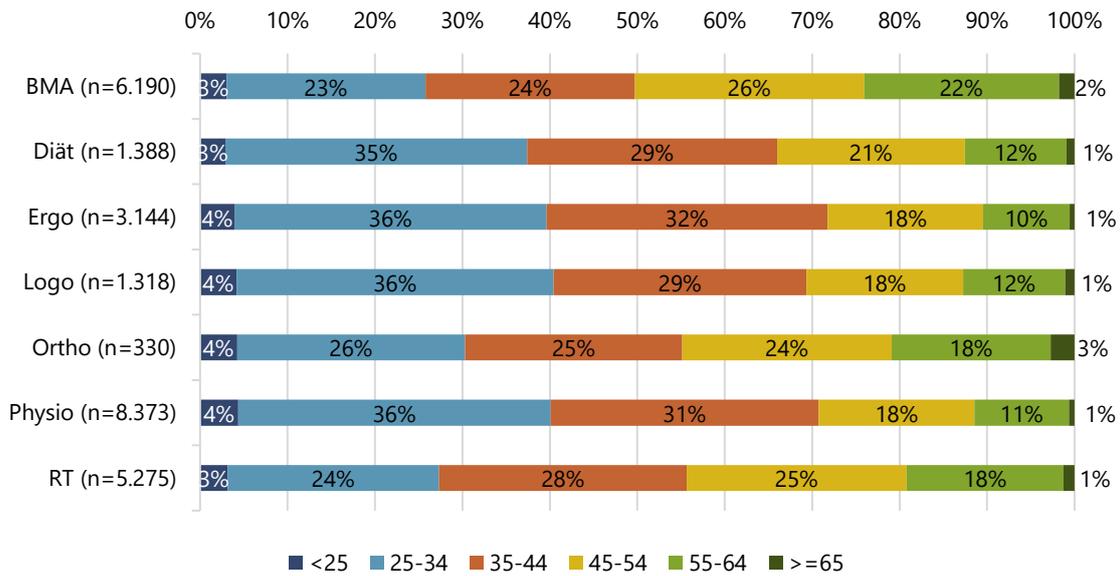
Tabelle 18: MTD – Gegenüberstellungen der Registrierungen gesamt nach Art der Berufsausübung 31. 12. 2022 (ausgewertete n = 39.572, Mehrfachzuordnungen möglich) und 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 41.211, Mehrfachzuordnungen möglich)

Beruf	ausschließlich		ausschließlich		beides, überwiegend ...				E.	
	A.		B.		C.		D.		E.	
	angestellt		freiberuflich		angestellt		freiberuflich		Sonstiges	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
BMA	4.827	5.145	66	75	1.374	1.045	< 5	< 5	560	759
Diät	743	789	210	240	628	599	21	26	310	335
Ergo	1.817	1.840	906	1.023	1.329	1.304	62	59	463	569
Logo	708	723	775	833	642	595	72	78	172	198
Ortho	334	330	5	5	28	26	< 5	< 5	35	54
Physio	4.506	4.522	7.786	8.389	3.991	3.851	309	345	1.110	1.444
RT	4.706	4.862	13	20	524	413	< 5	< 5	560	713

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Abbildung 14 zeigt jene MTD-Berufsangehörigen, die angestellt oder überwiegend angestellt sind, nach Altersgruppen verteilt. In allen MTD-Berufen außer bei den BMA beträgt der Anteil der unter 45-Jährigen über 50 Prozent im angestellten bzw. überwiegend angestellten Bereich.

Abbildung 14: MTD-Berufe – angestellt / überwiegend angestellt – nach Altersgruppen in Prozent 2022 (n = 26.015)

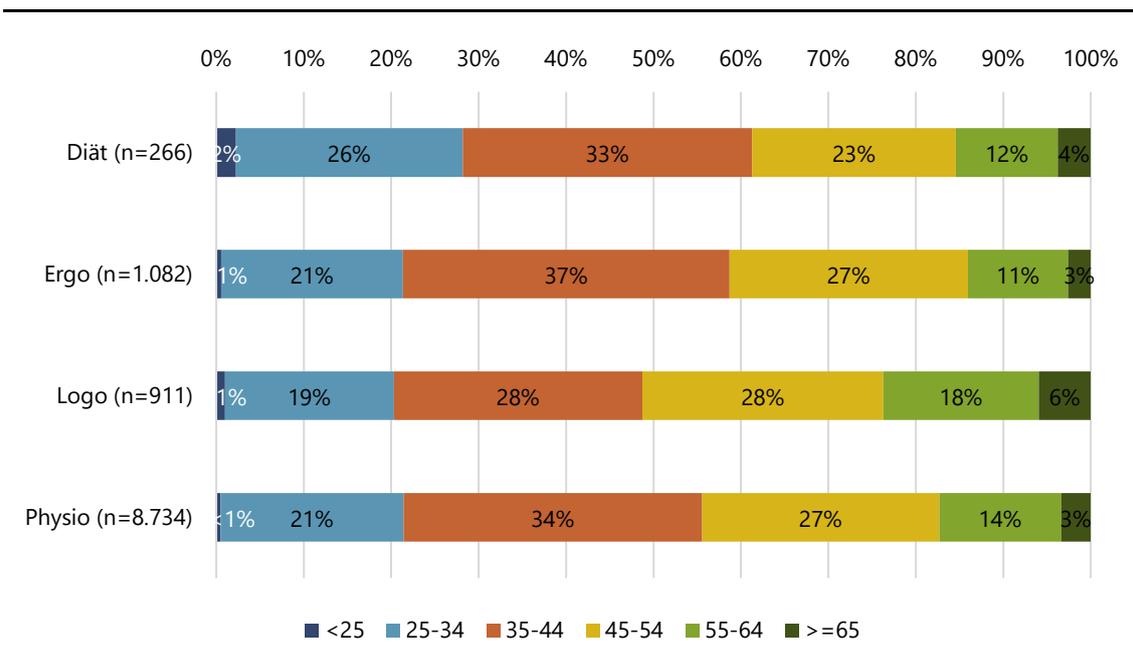


Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Abbildung 15 zeigt BA der Physiotherapie, der Logopädie, der Ergotherapie und der Diätologie, die angaben, freiberuflich oder überwiegend freiberuflich tätig zu sein, nach Altersgruppen verteilt. Da in der Radiologietechnologie nur 21 Personen, in der Orthoptik nur fünf Personen und in der Biomedizinischen Analytik nur 76 Personen freiberuflich bzw. überwiegend freiberuflich tätig sind, wird auf Detailauswertungen in diesen Kategorien verzichtet.

Der Anteil der Gruppe der freiberuflich tätigen MTD unter 25 Jahren liegt bei allen maximal bei zwei Prozent. Der höchste Anteil der < 35-Jährigen freiberuflich Tätigen findet sich unter den Diätologinnen und Diätologen mit 28 Prozent, und der geringste Anteil in derselben Kategorie findet sich mit 20 Prozent in der Logopädie.

Abbildung 15: Ausgewählte MTD-Berufe – freiberuflich / überwiegend freiberuflich ausgeübt – nach Altersgruppen in Prozent 2023 (ausgewertete n = 10.987)



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Setting der Berufsausübung angestellter MTD-Berufsangehöriger

Die Zuordnung zu den Settings zum Stichtag 31. 12. 2023 beruht auf den Selbstangaben der registrierten angestellten Berufsangehörigen. Es handelt sich bei dieser Angabe um eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Registrierung oder bei einer Änderungsmeldung.

Für 95 Prozent der angestellt oder überwiegend angestellt tätigen Berufsangehörigen der MTD liegen im Register Angaben zu mindestens einem Setting der Berufsausübung vor. Zudem spiegeln die diesbezüglichen Angaben das Verständnis der Berufsangehörigen des jeweiligen Settings wider, weshalb sich durchaus Unterschiede gegenüber anderen öffentlich geführten Statistiken ergeben können, insbesondere auch durch die jeweiligen Definitionen des Settings (so kann eine Person angeben, in einer stationären Pflegeeinrichtung zu arbeiten, welche rechtlich als Krankenhaus geführt wird).

Die wesentlichen Einsatzbereiche der angestellten Berufsangehörigen der MTD variieren in den einzelnen Berufen der MTD. Die jeweils häufigsten Settings der Berufsausübung angestellter MTD werden pro Berufsgruppe in den folgenden Tabellen (vgl. Tabelle 19 bis Tabelle 25) dargestellt.

Tabelle 19: Biomedizinische Analytik – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 5.986, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	BMA
Krankenanstalten	4.088 (68 %)
Forschungseinrichtungen	463 (8 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	452 (8 %)
Ärztin/Arzt (Arztpraxen)	239 (4 %)
Ambulatorien	232 (4 %)
ärztliche Gruppenpraxen	178 (3 %)
Ausbildungseinrichtungen	141 (2 %)
Blutspendeeinrichtungen	140 (2 %)
Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen	62 (1 %)
Gewebebanken/Gewebeentnahmeeinrichtungen	15 (< 1 %)
andere Settings	28 (< 1 %)
Summe	6.038 (100 %)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 20: Diätologie – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 1.309, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	Diät
Krankenanstalten	750 (57 %)
Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen	293 (22 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	145 (11 %)
Ausbildungseinrichtungen	63 (5 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	41 (3 %)
Ambulatorien	27 (2 %)
Ärztin/Arzt (Arztpraxen)	23 (2 %)
Primärversorgungseinheiten	13 (< 1 %)
ärztliche Gruppenpraxen	11 (< 1 %)
Forschungseinrichtungen	6 (< 1 %)
andere Settings	5 (< 1 %)
Summe	1.377 (100 %)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 21: Ergo – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 2.954, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	Ergo
Krankenanstalten	1.302 (44 %)
Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen	483 (16 %)
Ambulatorien	279 (9 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	275 (9 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	221 (7 %)
Behindertenbetreuungseinrichtungen	149 (5 %)
mobile Dienste	125 (4 %)
Ausbildungseinrichtungen	107 (4%)
angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätig / niedergelassener Ergo	27 (< 1 %)
Straf- und Maßnahmenvollzugsanstalten (inklusive Justizbetreuungsagentur)	21 (< 1 %)
andere Settings	46 (2 %)
Summe	3.035 (100 %)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 22: Logopädie – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 1.279, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	Logo
Krankenanstalten	592 (46 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	168 (13 %)
Ambulatorien	168 (13 %)
Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen	103 (8 %)
Behindertenbetreuungseinrichtungen	82 (6 %)
Ausbildungseinrichtungen	68 (5 %)
mobile Dienste	52 (4%)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	31 (2 %)
angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätig / niedergelassener Logo	31 (2 %)
Ärztin/Arzt (Arztpraxen)	7 (< 1 %)
andere Settings	12 (< 1 %)
Summe	1.314 (100 %)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 23: Orthoptik – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 333, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	Ortho
Ärztin/Arzt (Arztpraxen)	155 (47 %)
Krankenanstalten	147 (44 %)
ärztliche Gruppenpraxen	32 (10 %)
Ausbildungseinrichtungen	12 (4 %)
Ambulatorien	10 (3 %)
Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen	6 (2 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	< 5 (< 1 %)
Forschungseinrichtungen	< 5 (< 1 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	< 5 (< 1 %)
mobile Dienste	< 5 (< 1 %)
andere Settings	< 5
Summe	371 (100 %)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 24: Physiotherapie – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent 2023 (ausgewertete n = 7.896, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	Physio
Krankenanstalten	3.352 (42 %)
Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen	1.564 (20 %)
Ambulatorien	1.106 (14 %)
angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätig / niedergelassener Physio	416 (5 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	364 (5 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	306 (4 %)
mobile Dienste	268 (3%)
Ausbildungseinrichtungen	199 (3%)
Ärztin/Arzt (Arztpraxen)	162 (2%)
Behindertenbetreuungseinrichtungen	143 (2%)
andere Settings	109 (1%)
Summe	7.989 (100%)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 25: Radiologietechnologie – häufigste Einsatzgebiete der angestellten Berufsangehörigen nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent (ausgewertete n = 5.089, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	RT
Krankenanstalten	4.049 (80 %)
ärztliche Gruppenpraxen	380 (7 %)
Ärztin/Arzt (Arztpraxen)	255 (5 %)
Ambulatorien	225 (4 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	93 (2 %)
Ausbildungseinrichtungen	69 (1 %)
Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen	24 (< 1 %)
Forschungseinrichtungen	17 (< 1 %)
angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätig / niedergelassener RT	< 5 (< 1 %)
mobile Dienste	< 5 (< 1 %)
andere Settings	< 5 (< 1 %)
Summe	5.121 (100 %)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

3.4 Berufsqualifikation und Staat der beruflichen Erstqualifikation Berufsangehöriger der MTD

Im GBR werden sowohl innerstaatliche Abschlüsse Angehöriger der MTD als auch im Ausland erworbene Abschlüsse, die durch EWR-Anerkennung oder Nostrifikation in Österreich anerkannt wurden, erfasst. Für Letztere liegt ein Qualifikationsnachweis erst nach der Anerkennung und der Absolvierung allfälliger Auflagen vor.

Innerstaatliche Abschlüsse MTD-Berufsangehöriger

Innerstaatliche Abschlüsse MTD-Angehöriger können das Diplom an einer MTD-Akademie bzw. MTD-Schule oder ein Bachelorabschluss an einer Fachhochschule sein. Seit 2005 ist es in Österreich möglich, die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten an Fachhochschulen zu absolvieren. Davor wurden Ausbildungen an MTD-Akademien bzw. vor 1992 an MTD-Schulen angeboten. Die vollständige bundesweite Überführung der MTD-Ausbildung auf FH-Ebene wurde im Jahr 2021 abgeschlossen.

Am Stichtag 31. 12. 2023 verfügten 34 Prozent der berufsberechtigten Vertreter:innen der MTD über einen inländischen Bachelorabschluss. 49 Prozent erwarben die Berufsberechtigung über die Ausbildung in MTD-Akademien bzw. MTD-Schulen.

Berufsanerkennungen und Nostrifikationen

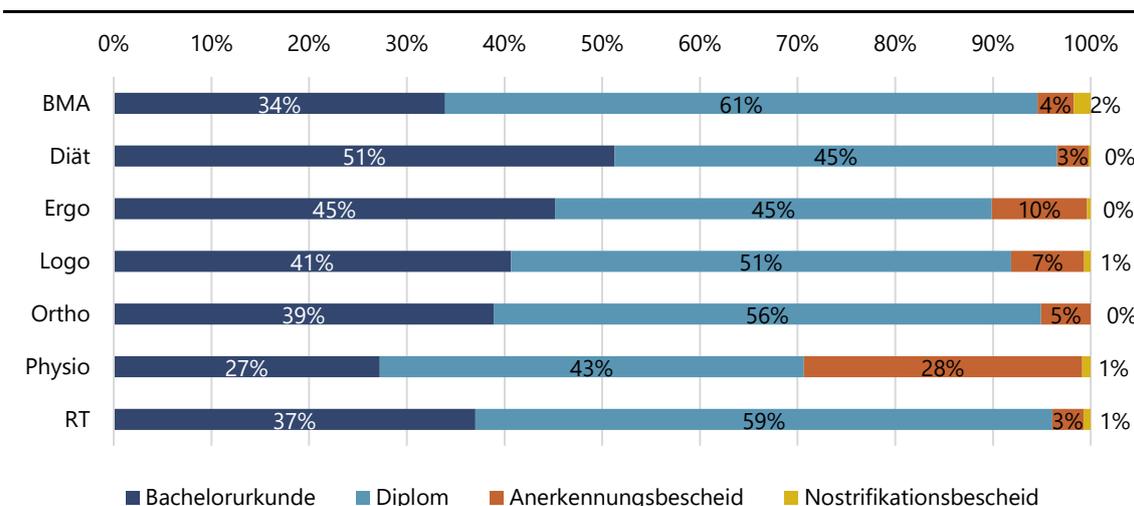
Bei Berufsanerkennungen handelt es sich um die Anerkennung von Berufsqualifikationen aus der EU / dem EWR bzw. der Schweiz. Berufsanerkennungen können mit und ohne Auflagen erfolgen. Für MTD erfolgt mangels EU-weiter Harmonisierung eine inhaltliche Prüfung.

Bei Nostrifikationen handelt es sich um die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen aus Drittländern (außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz). Nostrifikationen werden zumeist unter Auflagen erteilt, die das Nachholen fehlender theoretischer und/oder praktischer Ausbildungsinhalte vorschreiben.

Die Berufsqualifikation von Personen mit ausländischen MTD-Abschlüssen wird durch EWR-Anerkennung (BMSGPK) oder Nostrifikation (FH) erlangt. Für diese Personen liegt ein Qualifikationsnachweis erst nach der Anerkennung und der Absolvierung allfälliger Auflagen vor.

Bei rund 17 Prozent wurde die im Ausland erworbene Berufsqualifikation mittels Anerkennungs-/Nostrifikationsbescheids anerkannt.

Abbildung 16: MTD – berufliche Erstqualifikationen (Stand 31. 12. 2023) in Prozent und in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 41.140)



Berufsqualifikation	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
Bachelorurkunde	2.381	1.018	2.165	985	161	5.052	2.220
Diplom	4.253	899	2.137	1.240	232	8.051	3.539
Anerkennungsbescheid	262	64	467	181	21	5.281	192
Nostrifikationsbescheid	120	< 5	18	16	< 5	164	44

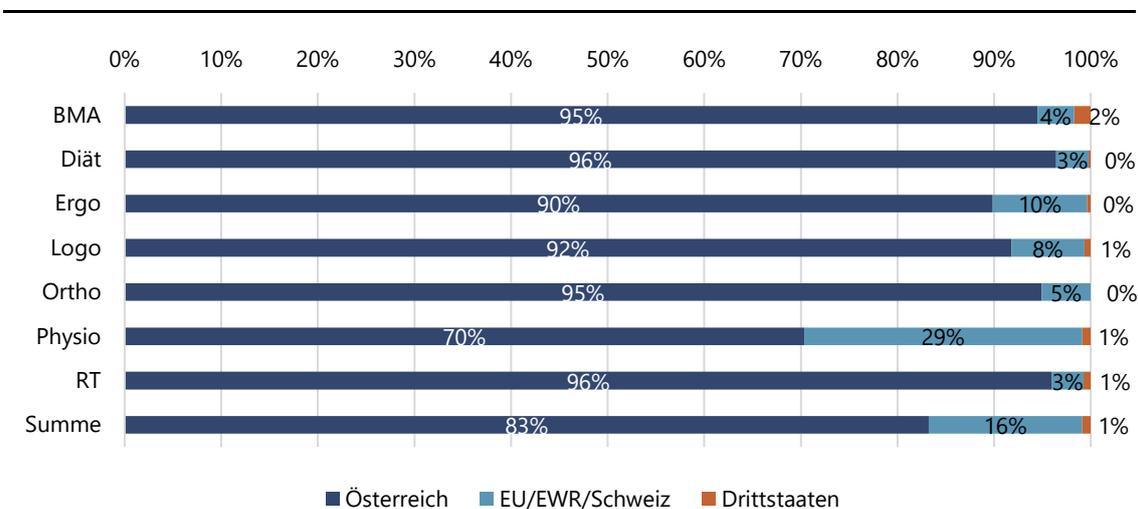
Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

83 Prozent aller MTD-Angehörigen erwarben ihre berufliche Erstqualifikation in Österreich. Der diesbezügliche Anteil ist bei den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit 70 Prozent am niedrigsten.

Von den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit ausländischem Ausbildungsabschluss haben rund 40 Prozent die österreichische Staatsbürgerschaft. Dies ist vorwiegend damit zu begründen, dass in Deutschland die MTD-Ausbildungen auch ohne Matura absolviert werden können, es eine dort verkürzte Physiotherapieausbildung für Masseurinnen und Masseur sowie medizinische Bademeister:innen gibt, die auch von österreichischen Heilmasseurinnen und Heilmasseuren absolviert werden kann, und dass die Nachfrage nach FH-Ausbildungsplätzen in der Physiotherapie in Österreich größer ist als das bestehende Angebot.

Mit Stichtag 31. 12. 2023 haben 3.351 der registrierten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ihre berufliche Erstausbildung in Deutschland absolviert und 451 in der Slowakei.

Abbildung 17: MTD – Staat der beruflichen Erstausbildung nach Berufsgruppen per 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 41.183)



Land der beruflichen Erstausbildung	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT	Summe
Österreich	6.639 (95 %)	1.918 (96 %)	4.309 (90 %)	2.228 (92 %)	394 (95 %)	13.049 (70 %)	5.769 (96 %)	34.284 (83 %)
EU/EWR/Schweiz	266 (4 %)	67 (3 %)	468 (10 %)	183 (8 %)	21 (5 %)	5.336 (29 %)	196 (3 %)	6.535 (16 %)
Drittstaaten	120 (2 %)	< 5 (< 1 %)	18 (< 1 %)	16 (< 1 %)	< 5 (0 %)	165 (< 1 %)	44 (< 1 %)	367 (< 1 %)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 26: MTD – Registrierte Personen mit beruflicher Erstqualifikation in Österreich nach Bundesland der Berufsausübung 2023 in Prozent (ausgewertete n = 37.133)

Bundesland	alle MTD	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
Burgenland	79 %	98 %	97 %	92 %	100 %	100 %	62 %	95 %
Kärnten	89 %	99 %	94 %	92 %	95 %	95 %	77 %	98 %
Niederösterreich	89 %	97 %	99 %	96 %	94 %	98 %	81 %	96 %
Oberösterreich	88 %	98 %	97 %	89 %	97 %	98 %	79 %	98 %
Salzburg	73 %	92 %	96 %	85 %	90 %	91 %	58 %	96 %
Steiermark	84 %	98 %	98 %	88 %	95 %	87 %	70 %	96 %
Tirol	80 %	95 %	96 %	90 %	92 %	82 %	66 %	97 %
Vorarlberg	43 %	72 %	85 %	60 %	56 %	60 %	25 %	84 %
Wien	87 %	90 %	97 %	94 %	89 %	98 %	78 %	94 %
alle BL	83 %	95 %	97 %	90 %	92 %	95 %	71 %	96 %

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Es zeigen sich nicht nur zwischen den Berufsgruppen, sondern auch im Bundesländervergleich Unterschiede. Insbesondere Vorarlberg weist einen hohen Anteil von MTD-Berufsangehörigen auf, die ihre Erstqualifikation im Ausland erworben haben (67 %), was vermutlich auch daran liegt, dass in Vorarlberg derzeit keine MTD-Ausbildung angeboten wird.

Im GBR wird neben dem Land der beruflichen Erstausbildung auch die aktuelle Staatsbürgerschaft erhoben. Eine Analyse dieser Daten zeigt, dass 88 Prozent der Angehörigen der MTD österreichische Staatsbürger:innen sind.

Von den zwölf Prozent mit ausländischer Staatsangehörigkeit kommt ein Großteil aus den angrenzenden Staaten, insbesondere aus Deutschland (49 %) und der Slowakei (9 %). Weiters liegen u. a. Staatsangehörigkeiten aus Polen, Ungarn und den Niederlanden – jeweils zu ca. fünf Prozent – vor.

3.5 Versorgungsdichte der MTD nach Bundesland

Eine Zuordnung nach Bundesland der Berufsausübung pro Berufsgruppe der MTD wird in Tabelle 27 dargestellt.

In Tabelle 28 werden die registrierten Berufsangehörigen der MTD, bei denen dies auf Basis der vorhandenen Daten möglich ist, auf die Anzahl der Einwohner:innen Österreichs umgelegt. Bei der Interpretation der unterschiedlich hohen Kennzahlen auf Bundesländerebene gilt es auch Einflussfaktoren wie etwa das Arbeitszeitausmaß bzw. die Teilzeitquote, unterschiedliche Personalvorgaben, Unterschiede aufgrund von Bevölkerungsdichte und Anzahl der Krankenanstalten etc. zu beachten.

Die Anzahl der MTD pro 1.000 Einwohner:innen kann innerhalb Österreichs auf Bundeslandebene schwanken (vgl. Tabelle 28). So sind beispielsweise im Bereich der Orthoptik in Tirol pro 1.000 EW 0,01 Berufsangehörige, in Wien und Salzburg hingegen 0,08 Berufsangehörige tätig. In der Bundeslandbetrachtung wesentlich ausgeglichener gestaltet sich die Situation im Bereich der Diätologie. Hier sind in acht Bundesländern je 0,2 Berufsangehörige pro 1.000 EW tätig.

Zusätzlich wird in Tabelle 29 die Versorgungsdichte als Versorgungsschlüssel (Einwohner:innen je BA) dargestellt.

Tabelle 27: MTD – Registrierte Berufsangehörige pro Bundesland der Tätigkeit per 31. 12. 2023 (ausgewertete n = 37.134)

Bundesland	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT	Summe
Burgenland	132	58	106	64	11	557	145	1.073
Kärnten	413	103	245	141	19	971	452	2.344
Niederösterreich	680	366	976	406	60	3.276	758	6.518
Oberösterreich	1.067	293	779	471	45	2.989	907	6.548
Salzburg	413	132	275	137	44	1.699	363	3.063
Steiermark	1.160	255	502	276	23	2.325	737	5.277
Tirol	645	157	537	299	11	1.928	496	4.071
Vorarlberg	149	41	139	105	10	858	145	1.445
Wien	1.810	393	959	474	158	3.404	1.382	8.579

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 28: MTD – Berufsangehörige pro 1.000 Einwohner:innen nach Bundesland der Berufsausübung (ausgewertete n = 37.134, Mehrfachzuordnungen möglich)

Beruf	Bgl.	Knt.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.	Wien
BMA	0,44	0,73	0,40	0,70	0,73	0,92	0,84	0,37	0,91
Diät	0,19	0,18	0,21	0,19	0,23	0,20	0,20	0,10	0,20
Ergo	0,35	0,43	0,57	0,51	0,48	0,40	0,70	0,34	0,48
Logo	0,21	0,25	0,24	0,31	0,24	0,22	0,39	0,26	0,24
Ortho	0,04	0,03	0,03	0,03	0,08	0,02	0,01	0,02	0,08
Physio	1,85	1,71	1,91	1,96	2,99	1,84	2,50	2,11	1,72
RT	0,48	0,79	0,44	0,60	0,64	0,58	0,64	0,36	0,70

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle 29: MTD – Einwohnerzahl pro Berufsangehörige:n nach Bundesland der Berufsausübung (ausgewertete n = 37.134, Mehrfachzuordnungen möglich)

Beruf	Bgl.	Knt.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.	Wien
BMA	2.282	1.378	2.527	1.427	1.376	1.091	1.196	2.727	1.095
Diät	5.194	5.524	4.695	5.197	4.306	4.962	4.913	9.912	5.044
Ergo	2.842	2.322	1.761	1.955	2.067	2.520	1.436	2.924	2.067
Logo	4.707	4.035	4.232	3.233	4.149	4.584	2.580	3.870	4.182
Ortho	27.386	29.947	28.640	33.841	12.917	55.009	70.119	40.640	12.545
Physio	541	586	525	509	335	544	400	474	582
RT	2.078	1.259	2.267	1.679	1.566	1.717	1.555	2.803	1.434

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

4 Operationstechnische Assistenz

Mit 1. 7. 2022 wurde Operationstechnische Assistentin / Operationstechnischer Assistent (OTA) als neuer Gesundheitsberuf in Österreich reglementiert und in das GBR aufgenommen.

Bis 30. 6. 2022 wurden daher in Österreich keine Ausbildungen in der OTA durchgeführt, und es gab daher auch keine inländischen Ausbildungsabschlüsse. Personen mit einem im EWR bzw. in der Schweiz erworbenen Ausbildungsabschluss in der OTA konnte seit 2016 eine partielle Anerkennung in der Spezialisierung „Pfleger im Operationsbereich“ ausgestellt werden. Aufgrund dieses Qualifikationsnachweises wurden sie als „DGKP partiell“ im GBR registriert.

Mit Inkrafttreten am 1. 7. 2022 wurden durch das **OTA-Gesetz** das Berufsbild der Operationstechnischen Assistenz und die Ausbildung darin geschaffen. Für im Ausland (EWR/Schweiz oder Drittland) in diesem Beruf ausgebildete Berufsangehörige erfolgt seit diesem Zeitpunkt die Anerkennung/Nostrifikation in der OTA und nicht mehr partiell in der DGKP-Spezialisierung „Pfleger im Operationsbereich“, und sie werden nunmehr als OTA in das GBR eingetragen.

Die bis zum 30. 6. 2022 in das GBR als „DGKP partiell – Pfleger im Operationsbereich“ eingetragenen Berufsangehörigen sind zwar seit 1. 7. 2022 in der OTA berufsberechtigt, sie werden aber erst mit ihrer Verlängerung auf die Eintragung im neuen Beruf OTA umgestellt (siehe auch Kapitel 1.2). Eine „Umtragung“ dieser Personen zur OTA vor ihrer Verlängerung kann – wenn von der oder dem Berufsangehörigen gewünscht – im Wege eines entsprechenden Neuantrags erfolgen. Dies bedeutet, dass derzeit nicht alle Berufsangehörigen mit der Berufsberechtigung OTA für diesen Beruf in das GBR eingetragen sind, sondern vor 1. 7. 2022 registrierte grundsätzlich bis zu ihrer Verlängerung unter dem Eintrag „DGKP partiell – OP-Pfleger“ aufscheinen.

Aufgrund dieser Übergangsregelungen sowie der Tatsache, dass österreichische Ausbildungen in der OTA frühestens im Herbst 2022 gestartet sind und daher bisher noch keine österreichischen Ausbildungsabschlüsse dieser dreijährigen Ausbildung ausgestellt werden konnten, ist die Anzahl der OTA-Einträge im GBR mit 31. 12. 2023 noch äußerst gering.

Daher beschränkt sich der GBR-Jahresbericht 2023 in puncto OTA lediglich auf wenige Auswertungen zu Gesamtdarstellung und Alter. Aufgrund der statistischen Geheimhaltung werden keine weiteren Auswertungen zum Geschlecht durchgeführt und die üblichen Altersklassen aggregiert. Weitere Auswertungen werden erst für die nachfolgenden Jahresberichte zielführend und aussagekräftig sein.

4.1 Gesamtdarstellung

Insgesamt wurden bis zum Stichtag 31. 12. 2023 30 Personen als OTA im GBR eingetragen. Ungefähr 90 % davon sind Frauen.

4.2 OTA und Alter

80 Prozent der registrierten OTA sind unter 35 Jahren, und 20 Prozent sind 35 Jahre oder älter. Die meisten OTA befinden sich in der Altersgruppe von 25–34 Jahren.

Tabelle 30: OTA – Berufsangehörige nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent (n = 30)

Altersgruppen	Gesamt
< 35	24 (80 %)
≥ 35	6 (20 %)

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Teil B:

Informationen zu behördlichen Tätigkeiten und zur Registerführung

Das Gesundheitsberuferegister verfolgt mehrere Ziele, einerseits macht es die Qualifikationen aller erfassten Berufsangehörigen sichtbar, andererseits dient es als wichtige Planungsgrundlage für die künftige Pflege- und Gesundheitspolitik. Seit 2018 erfüllen die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und die Bundesarbeitskammer (BAK) die Aufgabe, Personen mit entsprechender Ausbildung in das Gesundheitsberuferegister einzutragen, die dadurch ihre Berufsberechtigung erhalten.

Zu der primären Aufgabe, Anträge auf Eintragung und Änderungsmeldungen für das Register aufzubereiten, zu prüfen und durch die Eintragung in das Register zu finalisieren (behördliche Tätigkeiten, vgl. Kapitel 6), kommen noch andere arbeitsintensive Aufgaben hinzu, welche für Außenstehende nicht sofort ersichtlich sind. Diese Arbeiten können unter dem Oberbegriff „Registerführung“ subsumiert werden (vgl. Kapitel 7).

Die Auswertungen in diesem Teil des Berichts beziehen sich – sofern nicht anders beschrieben – ausschließlich auf Berufsberechtigungen und nicht auf Köpfe. Personen, die zwei verschiedene Qualifikationen besitzen, werden daher in diesem Teil des Berichts doppelt gezählt. In diesem Sinn scheint beispielsweise eine Person, die sowohl eine Ausbildung in der Pflegeassistenz, eine im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege als auch eine im physiotherapeutischen Dienst abgeschlossen hat und im Register eingetragen ist, im öffentlichen Register als DGKP (da dies die höhere Qualifikation im GuK-Beruf ist) und Physio (Physiotherapeut:in) auf und wird daher in den Auswertungen der Behörde auch doppelt gezählt.

5 Rollen laut GBRG

Das GBRG sieht die Einrichtung und Führung eines Gesundheitsberuferegisters vor. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die Bundesarbeitskammer (BAK), die (Landes-)Arbeiterkammern und das für Gesundheit zuständige Bundesministerium haben das GBR in seiner jetzigen Form aufgebaut und implementiert.

Im Zusammenhang mit dem GBR gibt es verschiedene Player, denen nach dem GBRG unterschiedliche Rollen zukommen.

- Der oder die für Gesundheit zuständige Bundesminister:in stellt die technische Infrastruktur für die Führung des Registers zur Verfügung.
- Die GÖG ist registerführende Stelle.
- Der Bundesarbeitskammer (BAK) und der GÖG wurden durch das GBRG die hoheitlichen Aufgaben als Registrierungsbehörden in Vollziehung des GBRG übertragen.
- Die BAK hat die (Landes-)Arbeiterkammern mit der Durchführung der Verwaltungsverfahren betraut.
- Der oder die für Gesundheit zuständige Bundesminister:in trägt die Verantwortung im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO für die Datenanwendung des Registers .
- Die Registrierungsbehörden sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben gemäß GBRG Auftragsverarbeiterinnen im Sinne des Art. 4b Z 8 DSGVO, weiters ist die GÖG auch in ihrer Funktion als registerführende Stelle Auftragsverarbeiterin gemäß Art. 4 Z 8 DSGVO.
- In Wahrnehmung der nach dem GBRG übertragenen Aufgaben sind die BAK und die GÖG an Weisungen des für Gesundheit zuständigen Bundesministers bzw. der für Gesundheit zuständigen Bundesministerin gebunden.

Der oder die für Gesundheit zuständige Bundesminister:in hat zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und einheitlichen Registrierung für die Vernetzung und den Austausch zwischen den Registrierungsbehörden Sorge zu tragen.

6 Behördliche Tätigkeit

Die behördlichen Tätigkeiten des Gesundheitsberuferegisters (GBR) starteten mit 1. 7. 2018. Die gesetzliche Grundlage dafür ist das Bundesgesetz über die Registrierung von Gesundheitsberufen (Gesundheitsberuferegister-Gesetz – GBRG), BGBl. I Nr. 87/2016, i. d. g. F.

6.1 Registrierungspflicht

Personen, die einen vom GBR erfassten Gesundheitsberuf in Österreich ausüben möchten, haben vor der Aufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit die Registrierung bei der für sie zuständigen Registrierungsbehörde zu beantragen (§ 15 Abs. 1 GBRG).

Die Pflicht zur Eintragung in das GBR wurde auch in den einschlägigen Berufsgesetzen verankert. Demnach ist zur Berufsausübung im Rahmen der vom GBRG umfassten Gesundheitsberufe in Österreich nur berechtigt, wer in das GBR eingetragen ist (§ 27 Abs. 1 Z 5, § 85 Abs. 1 Z 5 GuKG, § 3 Abs. 1 Z 5 MTD-Gesetz und § 26c Abs. 1 Z 3 MABG).

Die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister ist fünf Jahre gültig. Um die Berufsberechtigung weiterhin aufrechtzuerhalten, ist vor Ablauf der Eintragungsgültigkeit eine Verlängerung um weitere fünf Jahre notwendig. Die erstmalige Verlängerung der Registrierung startete mit 1. 4. 2023 und wird seitdem laufend durchgeführt (vgl. Kapitel 6.5).

6.2 Registrierungen nach Registrierungsbehörden

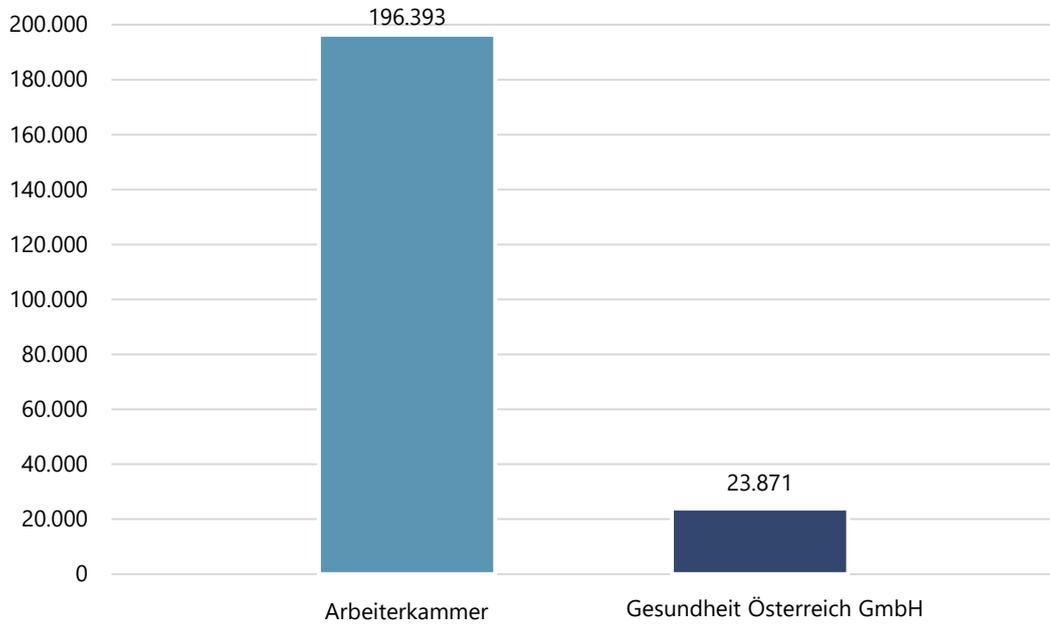
Für Berufsangehörige gelten folgende Zuständigkeiten (§§ 4 und 15 GBRG):

- Die GÖG ist die zuständige Registrierungsbehörde
 - für die Durchführung des Registrierungsverfahrens für alle FH-Absolventinnen und FH-Absolventen in Österreich (MTD und DGKP) sowie für alle Berufseinsteiger:innen aufgrund eines anerkannten ausländischen Qualifikationsnachweises – außer für Berufsangehörige der Pflegeassistenz, der Pflegefachassistenz und der Operationstechnischen Assistenz – sowie
 - nach der Registrierung für (überwiegend) freiberuflich Tätige sowie Berufsangehörige, die keine AK-Mitglieder sind.
- Die AK ist die zuständige Registrierungsbehörde
 - für die Durchführung des Registrierungsverfahrens für Berufsangehörige der Pflegeassistenz, der Pflegefachassistenz und der Operationstechnischen Assistenz sowie für Absolventinnen und Absolventen der GuK-Schulen und
 - nach der Registrierung für alle AK-Mitglieder, ausgenommen jene, die überwiegend freiberuflich tätig sind.

Eine Änderung der Behördenzuständigkeit nach erfolgter Registrierung tritt erst mit einer entsprechenden Änderungsmeldung ein bzw. kann sich im Rahmen der Verlängerung der Registrierung ergeben.

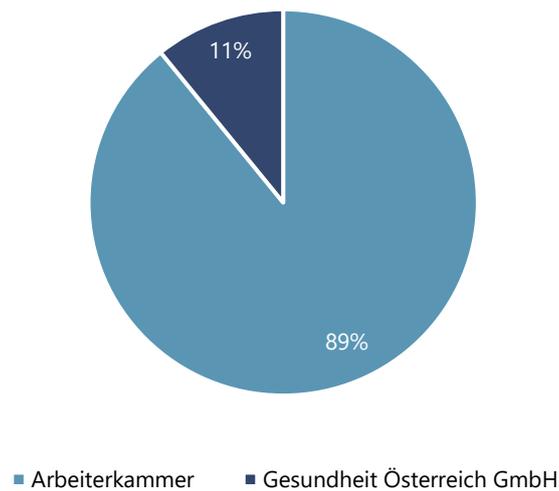
Mit Stichtag 31. 12. 2023 waren 220.264 Berufsberechtigungen im GBR registriert. Die AK war für 196.393 die zuständige Registrierungsbehörde, das entspricht 89 Prozent der registrierten Berufsberechtigungen. Die GÖG war für 23.871, d. h. für elf Prozent, zuständig (vgl. Abbildung 18 und Abbildung 19).

Abbildung 18: Aktueller Stand der Behördenzugehörigkeit am 31. 12. 2023 in absoluten Zahlen



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Abbildung 19: Aktueller Stand der Behördenzugehörigkeit am 31. 12. 2023 in Prozent



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

6.3 Registrierungen 2023

Im Jahr 2023 gab es 10.244 Neuregistrierungen im GBR und 1.261 Streichungen aus dem GBR (vgl. Tabelle 31). Bei den Streichungen handelt es sich um Upgrades innerhalb der GuK-Berufe (siehe insbesondere die hohe Anzahl von Streichungen von PA), aber auch um Meldungen der Berufseinstellungen und Entziehungen der Berufsberechtigung (vgl. dazu Kapitel 6.7). Ende 2023 waren 8.429 registrierte Berufsberechtigungen mehr im GBR erfasst als Ende 2022.

Von den 10.244 Neuregistrierungen im Jahr 2023 wurden 71 Prozent durch die BAK und 29 Prozent durch die GÖG durchgeführt.

Tabelle 31: Registrierungen und Streichungen im GBR im Jahr 2023

Berufe	Registrierungen 2023	Streichungen 2023
DGKP	3.315	222
PFA	1.756	56*
PA	3.579	926**
BMA	236	17
Diät	88	2
Ergo	234	7
Logo	65	4
Ortho	14	
Physio	867	10
RT	248	17
OTA	20	
gesamt	10.422	1.261

* darin enthalten sind 55 Upgrades von PFA zu DGKP

** darin enthalten sind 381 Upgrades von PA auf PFA und 362 PA zu DGKP

Quelle: GBR

In Tabelle 32 wird die Anzahl der registrierten Berufe mit Stichtag 31. 12. 2023 der Anzahl der registrierten Berufe mit Stichtag 31. 12. 2022 pro Beruf in absoluten Zahlen gegenübergestellt und die Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent ausgewiesen.

Tabelle 32: Gegenüberstellung der registrierten Berufe gesamt per 31. 12. 2022 und per 31. 12. 2023 pro Beruf

Berufe	registrierte Berufe gesamt per 31. 12. 2023	registrierte Berufe gesamt per 31. 12. 2022	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %
DGKP	111.566	108.804	+3 %
PFA	6.500	4.803	+35 %
PA	61.234	58.900	+4 %
GuK-Berufe gesamt	179.300	172.507	+4 %
BMA	7.025	6.829	+3 %
Diät	1.989	1.912	+4 %
Ergo	4.795	4.577	+5 %
Logo	2.427	2.369	+2 %
OT	415	402	+3 %
Physio	18.551	17.702	+5 %
RT	6.009	5.804	+4 %
MTD-Berufe gesamt	41.211	39.595	+4 %
OTA	30	10	+200 %
GBR-Berufe gesamt	220.541	212.112	+4 %

Quelle: GBR

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 8.650 Berufe als GuK-Beruf neu registriert, dies entspricht 83 Prozent der gesamten Neuregistrierungen. Den größten Anteil mit 3.579 registrierten Berufen (34 % aller Registrierungen) bildeten die PA (vgl. Tabelle 33). Die bei weitem größte Steigerung der Registrierungen gegenüber dem Jahr 2020 weisen die OTA mit 200 Prozent auf; für diesen erst mit 2022 geschaffenen Beruf gibt es mittlerweile schon mehr Registrierungen (vgl. Tabelle 33).

Aufgrund des Auslaufens der COVID-19-Sonderregelungen mit 31. 12. 2023 (vgl. Teil A, Einleitung) müssen mit Stichtag 01. 01. 2024 wieder alle in Österreich tätigen GuK-Berufsangehörigen im GBR eingetragen sein, da die Registrierung seit diesem Zeitpunkt wieder für alle Berufsangehörigen Voraussetzung für die Berufsberechtigung ist.

17 Prozent, das entspricht 1.752 registrierten Berufsangehörigen, wurden in einem MTD-Beruf neu registriert. Innerhalb dieser Berufsgruppe stellten die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit 867 Registrierungen (8 %) den größten Anteil dar. Den kleinsten Anteil bildeten mit 14 Registrierungen (< 1 %) die Orthoptistinnen und Orthoptisten (vgl. Tabelle 33 und Abbildung 20).

Zu den als OTA registrierten Berufsangehörigen wird auf Teil A, Kapitel 4, „Operationstechnische Assistenz“, verwiesen, wonach die bis zum 30. 6. 2022 als „DGKP partiell – Pflege im Operationsbereich“ in das GBR eingetragenen Berufsangehörigen zwar mit 1. 7. 2022 in der OTA berufsbe-rechtigt sind, aber erst mit ihrer Verlängerung auf die Eintragung im neuen Beruf OTA umgestellt werden. Eine „Umtragung“ dieser Personen zur OTA vor ihrer Verlängerung kann – wenn von der oder dem Berufsangehörigen gewünscht – im Wege eines entsprechenden Neuantrags erfolgen. Dies bedeutet, dass derzeit nicht alle Berufsangehörigen mit der Berufsberechtigung OTA für diesen Beruf in das GBR eingetragen sind, sondern grundsätzlich bis zu ihrer Verlängerung unter

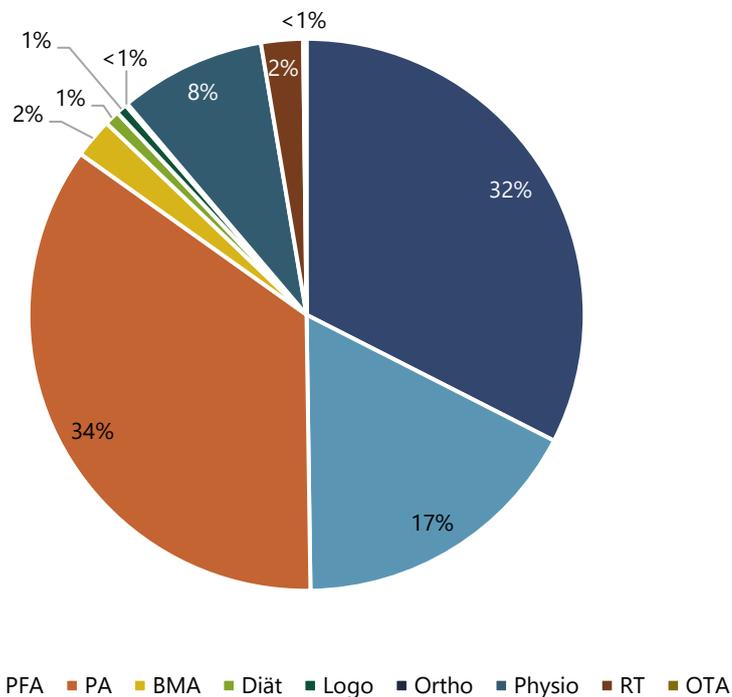
dem Eintrag „DGKP partiell – OP-Pflege“ aufscheinen. Von den 20 neu als OTA eingetragenen Berufsangehörigen haben sich 15 von „DGKP partiell OP-Pflege“ auf OTA umtragen lassen.

Tabelle 33: Registrierung nach Beruf im Jahr 2023 in absoluten Zahlen und in Prozent

Berufe	Registrierungen 2023	Anteil an Registrierungen 2023 in %
DGKP	3.315	32 %
PFA	1.756	17 %
PA	3.579	34 %
GuK-Berufe gesamt	8.650	83 %
BMA	236	2 %
Diät	88	1 %
Ergo	234	2 %
Logo	65	1 %
Ortho	14	< 1 %
Physio	867	8 %
RT	248	2 %
MTD gesamt	1.752	17 %
OTA	20	< 1 %
gesamt	10.422	100 %

Quelle: GBR

Abbildung 20: Registrierung nach Beruf im Jahr 2023 in Prozent

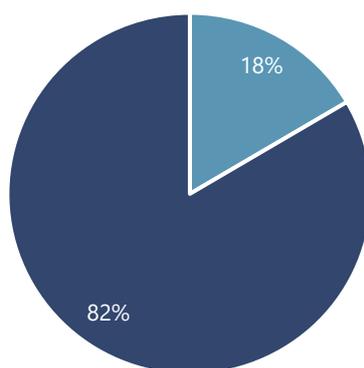


Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

6.4 Art der Antragstellung

Der Antrag auf Registrierung im GBR kann persönlich oder im Rahmen eines Onlineverfahrens mittels Handy-Signatur/ID Austria eingebracht werden (§ 15 Abs. 2 GBRG). Insgesamt brachten den Antrag auf Eintragung seit Beginn der Registrierung bis zum Stichtag 31. 12. 2023 181.419 (rund 82 %) persönlich und 38.845 Berufsangehörige (rund 18 %) online ein (vgl. Abbildung 21).

Abbildung 21: Verteilung zwischen Online- und persönlicher Antragstellung seit Beginn der Registrierung mit Stichtag 31. 12. 2023



■ online ■ persönlich

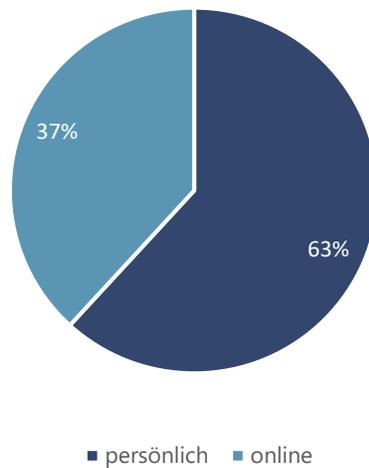
	persönlich	online
registrierte Berufe	181.419	38.845

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2023 brachten 63 Prozent den Antrag auf Registrierung persönlich ein, 37 Prozent wählten die Onlineantragstellung (vgl. Abbildung 22).

Der Vergleich zum Jahr 2022 (Onlineantragstellung: 38 %) zeigt, dass die Möglichkeit der Onlinebeantragung, prozentual gesehen, ungefähr gleich oft im Jahr 2023 in Anspruch genommen wurde (37 %) – bei mehr Registrierungen. Im Vergleich zu den initialen Jahren 2018/2019 (Onlineantragstellung 14 %) wird die Onlineantragstellung vermehrt in Anspruch genommen. Dies kann einerseits auf die vermehrte Nutzung der ID Austria sowie andererseits auf die dahingehende Kommunikation der Registrierungsbehörden zurückgeführt werden.

Abbildung 22: Verteilung zwischen Online- und persönlicher Antragstellung in Prozent im Jahr 2023



	persönlich	online
registrierte Berufe	6.611	3.810

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Die Verteilung der Art der Antragstellung nach Berufen ist Tabelle 34 zu entnehmen, die zeigt, dass die Onlineantragstellung am meisten durch die Berufsgruppe der Diätologinnen und Diätologen genutzt wurde. Die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten hingegen haben diese Möglichkeit am seltensten in Anspruch genommen.

Tabelle 34: Verteilung zwischen Online- und persönlicher Antragstellung pro Beruf in Prozent im Jahr 2023

Berufe	online in %	persönlich in %
DGKP	49 %	51 %
PFA	17 %	83 %
PA	12 %	88 %
BMA	91 %	9 %
Diät	94 %	6 %
Ergo	82 %	18 %
Logo	82 %	18 %
Ortho	79 %	21 %
Physio	73 %	27 %
RT	91 %	9 %
OTA	25 %	75 %

Quelle: GBR

6.5 Verlängerung der Registrierung

Gemäß § 18 GBRG ist die Registrierung fünf Jahre ab erstmaliger Eintragung in das GBR gültig. BA haben binnen jeweils fünf Jahren ihre Registrierung zu verlängern. Die Verlängerung kann drei Monate vor dem Stichtag bis zum Ablauf des dritten darauffolgenden Monats ohne Auswirkung auf den Stichtag und die Berufsberechtigung beantragt werden (Toleranzfrist). Die Registrierungsbehörde hat die oder den BA vor Beginn der Toleranzfrist über das Auslaufen der Gültigkeit der Registrierung zu informieren. Erfolgt keine Verlängerung der Registrierung innerhalb der Toleranzfrist, ruht die Berufsberechtigung.

Die Registrierung im GBR startete mit 1. 7. 2018. Da die Verlängerung ab drei Monate vor Ablauf der Registrierung vorgenommen werden kann, startete die erstmalige Verlängerung der Registrierung mit 1. 4. 2023. Im Rahmen der Verlängerung der Registrierung wird zur Qualitätssicherung des GBR ein besonderer Fokus auf die Aktualisierung der vom GBR erfassten Daten gerichtet.

Im Rahmen der vom BMSGPK gemeinsam mit den Registrierungsbehörden erarbeiteten Implementierung der Verlängerung der Registrierung wurden zielgerichtete und anwenderfreundliche Prozesse für die Verlängerung der Registrierung entwickelt, die insbesondere auch die Aktualisierung der Daten des Registers sicherstellen:

Die Berufsangehörigen werden individuell und zeitgerecht über ihre anstehende Verlängerung sowie die möglichen Verlängerungswege durch die Registrierungsbehörde informiert. Um eine Aktualisierung der wesentlichen berufsspezifischen Daten im Register sicherzustellen, wird für die Verlängerung ein für die jeweilige BA oder den jeweiligen BA personalisiertes Verlängerungsformular erstellt, das online zur Verfügung gestellt bzw. per E-Mail oder per Post angefordert werden kann. Aufgrund der gemeldeten Verlängerung führt die Registrierungsbehörde die Verlängerung der Registrierung im Register umgehend durch und nimmt im Anschluss die sich aus den im Verlängerungsformular angegebenen Daten ergebenden allfälligen Änderungen der Daten im Register vor, sodass nach Abschluss jeder Verlängerung die jeweils aktuellen Daten im Gesundheitsberuferegister zur Verfügung stehen.

Dieser Verlängerungsprozess, der eine direkte individuelle Kommunikation der Registrierungsbehörde mit den Berufsangehörigen einschließlich der Information über den Zeitpunkt und die Art der Verlängerung vorsieht, sollte somit sicherstellen, dass die Berufsangehörigen mit einem minimalen Aufwand ihrer Verlängerungspflicht nachkommen können und damit einen wesentlichen Beitrag für die Planungssicherheit im Gesundheits- und Pflegewesen leisten.

Nach erfolgreicher Verlängerung ist die Berufsberechtigung für weitere fünf Jahre gültig, und die BA erhalten einen neuen Berufsausweis mit neuem Gültigkeitsdatum zugesandt.

Im Jahr 2023 wurden 84.825 Verlängerungen durch die RB vorgenommen. Tabelle 35 zeigt eine Aufschlüsselung durchgeführter Verlängerungen im Jahr 2023 nach Berufsgruppen.

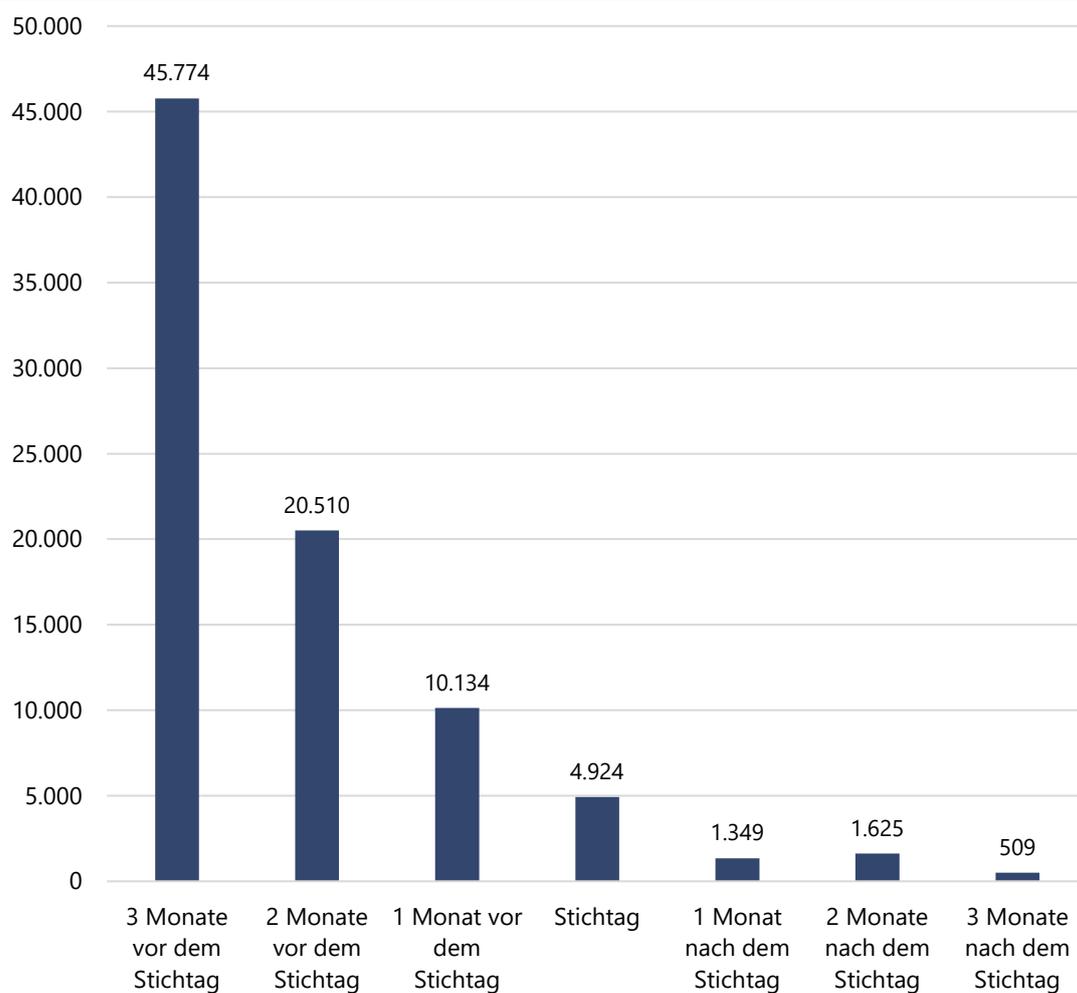
Es hat sich gezeigt, dass ein Großteil der BA nach Verständigung über die anstehende Verlängerung der Registrierung ihre Verlängerung bereits zu Beginn der Toleranzfrist durchführt.

Tabelle 35: Durchgeführte Verlängerungen pro Beruf ab 1. 4. 2023

Berufe	Verlängerungen 2023
DGKP	50.472
PFA	234
PA	19.702
GuK-Berufe gesamt	70.408
BMA	3.211
Diät	754
Ergo	1.645
Logo	868
Ortho	162
Physio	5.209
RT	2.568
MTD gesamt	14.417
gesamt	84.825

Quelle: GBR

Abbildung 23: Verteilung des Zeitpunkts der Verlängerung 2023



Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

6.5.1 Art der Verlängerung

Die Verlängerung kann auf unterschiedlichen Wegen (online mittels ID Austria, mittels elektronisch oder handschriftlich ausgefüllten Verlängerungsantrags oder persönlich) bei den RB eingebracht werden. Tabelle 36 zeigt die Verteilung nach Art der Einbringung der Verlängerung

Tabelle 36: Durchgeführte Verlängerungen nach Art der Einbringung 2023

online	40.985	48 %
persönlich	43.840	52 %

Quelle: GBR

6.5.2 Änderungsmeldungen im Zuge einer Verlängerung

Im Zuge der Verlängerung wird vorwiegend die Aktualität der im GBR durch die BA angegebenen Daten abgefragt. Werden dadurch Änderungen dieser Daten bekannt gegeben, sind die entsprechenden Daten im GBR zu korrigieren. Im Zuge der Verlängerung wurden im Jahr 2023 44.355 Änderungsmeldungen der Berufsdaten eingebracht. Das bedeutet, dass bei rund 52% eine Änderungsmeldung im Zuge der Verlängerung durchgeführt wurde:

- 22.449 der im Zuge der Verlängerung eingebrachten Änderungsmeldungen betreffen Änderungen der Berufsdaten wie eine Änderung von Arbeitgeber:in bzw. Dienstort bei angestellten BA, der Art der Berufsausübung oder Änderungen im Zusammenhang mit einem Berufssitz bei freiberuflich Tätigen.
- In 21.906 Verfahren wurden Stammdaten, d. h. der Name, die Staatsangehörigkeit oder die Adresse angepasst. Dies erfolgt zum Teil auch durch einen Abgleich mit dem Zentralen Melderegister.

Tabelle 37: Durchgeführte Änderungsmeldungen im Zuge einer Verlängerung nach Datenkategorie 2023

Verfahren	Anzahl (Änderungsmeldungen im Rahmen einer Verlängerung)
Änderungsmeldung Berufsdaten	22.449
Änderungsmeldung Stammdaten	21.906
Gesamtergebnis	44.355

Quelle: GBR

6.5.3 Ruhen der Berufsberechtigung

Erfolgt keine Verlängerung der Registrierung innerhalb der sechsmonatigen Toleranzfrist, ruht die Berufsberechtigung. Der Beruf darf zu dieser Zeit nicht ausgeübt werden.

Rund 480 der durchzuführenden Verlängerungen wurden nicht innerhalb der Toleranzfrist beantragt, woraufhin die Berufsberechtigungen der betroffenen BA auf ruhend gesetzt wurden.

6.5.4 Wiederaufleben der Berufsberechtigung

Die Berufsberechtigung lebt bei Verlängerung zu einem späteren Zeitpunkt wieder auf. Als neuer Stichtag gilt der Tag des Wiederauflebens der Registrierung. In rund 110 der 480 ruhenden Fällen wurde ein Wiederaufleben beantragt und ein neuer Stichtag generiert.

6.6 Versagungen der Eintragung

Die zuständigen Registrierungsbehörden haben im Zuge des Eintragungsverfahrens mittels negativen Bescheids über einen Antrag zu entscheiden, wenn

- eine Person nicht die inhaltlichen Voraussetzungen (gesundheitliche Eignung, Vertrauenswürdigkeit, Sprachkenntnisse oder Qualifikation) für eine Eintragung erfüllt (abweisender Bescheid) oder

- kein vollständiger Antrag übermittelt wird und dieser auch innerhalb der von den Registrierungsbehörden gesetzten Frist nicht vervollständigt wird bzw. wenn keine Antragslegitimation (z. B. kein GBR-Beruf) gegeben ist (zurückweisender Bescheid).

Im Jahr 2023 wurden sechs Anträge auf Einträge bescheidmäßig zurückgewiesen. Außerdem wurden weniger als fünf Anträge auf Einträge aufgrund fehlender Voraussetzungen für die Eintragung bescheidmäßig abgewiesen.

Das Selbstverständnis der Registrierungsbehörden sieht eine serviceorientierte und möglichst verwaltungsökonomische Arbeitsweise vor. Demgemäß wurde der oder die Antragsteller:in im Zuge der Manuduktionspflicht vorab bei Nichtvorliegen der Antragslegitimation für eine Eintragung (z. B. kein GBR-Beruf) informiert. Somit wurde in solchen Fällen gar kein Antrag gestellt bzw. der Antrag zurückgezogen. Im Falle unvollständiger Anträge, bei denen in absehbarer Zeit die fehlenden Unterlagen nicht vorgelegt werden können (z. B. fehlender Sprachnachweis, fehlende Berufsankennung), werden die Berufsangehörigen durch die Registrierungsbehörden dazu angeleitet, vor Fristende den Antrag zurückzuziehen und die Registrierung bei Erfüllung der Voraussetzungen zu einem späteren Zeitpunkt neuerlich zu beantragen. Folglich bedurften auch diese Fälle keiner bescheidmäßigen Erledigung.

6.7 Streichungen

Aus folgenden Gründen ist eine oder ein Berufsangehörige:r bzw. ein bereits registrierter Beruf aus dem GBR zu streichen:

- Streichung bei Berufseinstellung
- Streichung bei Entziehung der Berufsberechtigung
- Streichung nach Upgrades innerhalb der GuK-Berufe
- befristete Eintragungen

6.7.1 Streichung bei Berufseinstellung

Registrierte Berufsangehörige, die den entsprechenden Beruf nicht mehr in Österreich ausüben wollen, haben dies der zuständigen Registrierungsbehörde mitzuteilen (§ 22 GBRG). Bei Meldung der Berufseinstellung wird im GBR eine Streichung vorgenommen. Im Jahr 2023 wurden 1.259 Berufseinstellungen gemeldet und durchgeführt.

6.7.2 Streichung bei Entziehung der Berufsberechtigung

Die GÖG als registerführende Stelle hat Berufsangehörige, denen die Berechtigung zur Berufsausübung entzogen wurde (Wegfall der Vertrauenswürdigkeit oder der gesundheitlichen Eignung, fehlender Qualifikationsnachweis), aus dem GBR zu streichen. Das vorangehende Entziehungsverfahren ist durch die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde zu führen, welche die GÖG im Falle der Entziehung zu informieren hat. Die GÖG führt nach rechtskräftiger bzw. rechtswirksamer Entziehung die Streichung aus dem GBR durch (§ 25 GBRG) und informiert die BAK, sofern diese die zuständige Registrierungsbehörde ist, sowie den oder die Arbeitgeber:in, sofern vorhanden. Im Jahr 2023 gab es keine Streichung nach Entziehung.

6.7.3 Streichung nach Upgrades innerhalb der GuK-Berufe

Da die drei GuK-Berufe PA, PFA und DGKP aufeinander aufbauen, d. h. die jeweils höhere Qualifikation die Berechtigung zur Ausübung der Qualifikation(en) darunter beinhaltet, wird nur die höchste erworbene Qualifikation im GBR geführt.

Es gibt folgende Fälle der Höherqualifizierung innerhalb der GuK-Berufe („Upgrades“):

- Abschluss einer PFA-Ausbildung durch PA
- Abschluss einer DGKP-Ausbildung durch PA oder PFA

Mit der Eintragung der höheren Qualifikation in einem GuK-Beruf (Upgrade) wird gleichzeitig der bis dahin eingetragene niedrigere GuK-Beruf durch die zuständige Registrierungsbehörde (BAK) gestrichen.

Im Jahr 2023 wurden im GBR insgesamt 798 Streichungen nach vorhergehenden Upgrades durchgeführt. Davon stiegen 381 Berufsangehörige von PA zu PFA auf und 362 von PA zu DGKP. Ein Upgrade von PFA zu DGKP erfolgte bei 55 Berufsangehörigen.

6.7.4 Befristete Eintragungen

Weiters besteht in folgenden Fallkonstellationen für Personen mit einem im Ausland erworbenen Ausbildungsabschluss in einem GuK-Beruf und entsprechendem Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid die Möglichkeit der befristeten Eintragung in das GBR:

- BA mit Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid als DGKP mit Auflagen: Eintragung als PFA, befristet auf zwei Jahre ab Bescheiderlassung,
- BA mit Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid als PFA mit Auflagen: Eintragung als PA, befristet auf zwei Jahre ab Bescheiderlassung,
- BA mit Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid als PA mit Auflagen: Eintragung als PA unter Anleitung und Aufsicht, befristet auf zwei Jahre ab Bescheiderlassung.

Mit erfolgreicher Erfüllung der im Bescheid vorgeschriebenen Auflagen und der Eintragung in den Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid liegt ein Qualifikationsnachweis in dem jeweiligen anerkannten GuK-Beruf vor. Ab diesem Zeitpunkt kann eine Eintragung in das GBR in diesem Beruf beantragt werden. Sofern die Eintragung vor Ablauf der zweijährigen Frist erfolgt, wird gleichzeitig die befristete Eintragung im niederschwelligeren Beruf gestrichen (siehe Kapitel 6.7.3). Sofern diese Eintragung nicht vor Ablauf der zweijährigen Befristung erfolgt, wird die befristete Eintragung gestrichen.

Zum Stichtag 31.12.2023 sind 88 befristet als PFA, 202 befristet als PA mit Auflagen und 69 befristet als PA unter Anleitung und Aufsicht im GBR eingetragen.

Bis zum Stichtag 31.12.2023 ist für 149 befristet eingetragene BA die Befristung ausgelaufen, sie sind daher aus dem GBR gestrichen worden. Datentechnisch erfolgt immer eine Streichung der PA oder PFA, unabhängig davon, ob der höhere Beruf erreicht wurde oder nicht.

Von 143 BA, die befristet als PA registriert waren und deren Eintragung gestrichen wurde, konnten 127 die im DGKP- bzw. PFA-Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid vorgeschriebenen Auflagen erfolgreich absolvieren und sich in ihrem (höheren) Beruf (DGKP bzw. PFA) eintragen lassen. 83 konnten dies vor Auslaufen der Befristung, 44 danach.

Von sechs BA, die befristet als PFA registriert waren, konnten alle die im DGKP-Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid vorgeschriebenen Auflagen erfolgreich absolvieren und sich als DGKP eintragen lassen, alle innerhalb der Frist.

Von 69 BA, die befristet als PA unter Anleitung und Aufsicht registriert waren, konnten sich weniger als fünf die im PA-Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid vorgeschriebenen Auflagen erfolgreich absolvieren und sich als PA eintragen lassen. Alle anderen haben eine Frist, die erst nach 2023 endet und waren bis zum Stichtag 31.12.2023 noch als PA unter Aufsicht eingetragen.

6.8 Weitere behördliche Tätigkeiten

Im Zuge der Tätigkeit als Registrierungsbehörde fallen der AK und der GÖG des Weiteren noch die im Folgenden angeführten Aufgaben zu.

6.8.1 Änderungsmeldungen

Um die Aktualität der Daten im GBR zu wahren, sind registrierte Berufsangehörige verpflichtet, der Registrierungsbehörde binnen eines Monats folgende Änderungen bekannt zu geben (§ 17 GBRG):

- Änderung des Namens
- Änderung von Arbeitgeber:in bzw. Dienstort bei angestellten BA
- Art der Berufsausübung (z. B. freiberuflich oder im Arbeitsverhältnis)
- Eröffnung, Verlegung und Auflassung des Berufssitzes einer oder eines freiberuflichen BA
- Änderung der Staatsangehörigkeit
- Wechsel des Hauptwohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthalts

Eine Änderung der Art der Berufsausübung von beispielsweise „Sonstiges“ auf „angestellt“ oder von „angestellt“ auf „freiberuflich“ kann gleichzeitig auch eine Zuständigkeitsänderung zwischen den beiden Registrierungsbehörden und somit die notwendige Weiterleitung an die neu zuständige Registrierungsbehörde zur Folge haben.

Des Weiteren können folgende Daten durch die Berufsangehörigen selbst im Onlineregister oder durch schriftliche Bekanntgabe an die zuständige Registrierungsbehörde geändert und somit aktuell gehalten werden (§ 6 Abs. 6 GBRG):

- freiwillige Angaben
 - Fremdsprachenkenntnisse
 - Arbeitsschwerpunkte und Zielgruppen
 - absolvierte Aus-, Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen bzw. Spezialisierungen
 - berufsbezogene Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse und Webadresse

- alle anderen Angaben, die im Rahmen der Eintragung in das GBR erfasst werden, aber nicht zu den verpflichtend zu aktualisierenden Daten zählen, wie z. B. der akademische Grad

Insgesamt wurden seit Beginn der Registrierung bis zum Stichtag 31. 12. 2023 196.351 Änderungsmeldungen durchgeführt.

Die Gesamtzahl der Änderungsmeldungen (einschließlich der 355 Änderungsmeldungen im Zuge der Verlängerung) im Jahr 2023 beläuft sich auf 82.462:

- 36.509 betreffen Änderungen der Berufsdaten wie die Änderung von Arbeitgeber:in bzw. Dienort bei angestellten BA, die Art der Berufsausübung oder Änderungen im Zusammenhang mit einem Berufssitz bei freiberuflich Tätigen.
- In 45.953 Verfahren wurden Stammdaten, d. h. der Name, die Staatsangehörigkeit oder die Adresse angepasst.

Zu den Änderungsmeldungen im Zusammenhang mit der Verlängerung siehe Kapitel 6.5.2.

Tabelle 38: Durchgeführte Änderungsmeldungen nach Datenkategorie 2023

Verfahren	Anzahl
Änderungsmeldung Berufsdaten	36.509
Änderungsmeldung Stammdaten	45.953
Gesamtergebnis	82.462

Quelle: GBR

6.8.2 EU-rechtliche Aufgaben im Rahmen des EU-Binnenmarkt-Informationssystems IMI

Das EU-Binnenmarkt-Informationssystem IMI ist ein Onlinetool der Europäischen Kommission, das dem Informationsaustausch zwischen den Behörden der EU-Mitgliedstaaten dient. Es ist in verschiedene Module für die unterschiedlichen Aufgaben der zuständigen Behörden gegliedert.

Mitarbeiter:innen der Registrierungsbehörden mit entsprechender Zugangsberechtigung für das jeweilige IMI-Modul führen folgende Tätigkeiten durch:

1. Europäischer Berufsausweis EPC

Der Europäische Berufsausweis (European Professional Card [EPC]), beruht auf einem elektronischen Verfahren und dient der Vereinfachung der Anerkennung von Berufsqualifikationen bzw. des Meldeverfahrens bei einer vorübergehenden Dienstleistungserbringung in anderen EU-Ländern. Dieses Instrument ist derzeit nur für insgesamt fünf Berufe alternativ zu den herkömmlichen Anerkennungs- bzw. Meldeverfahren vorgesehen. Darunter fallen von den vom GBR erfassten Berufen der Beruf der allgemeinen Krankenpflege (DGKP) sowie jener der Physiotherapie (Physio).

Im Rahmen der EPC-Verfahren für diese beiden Berufe haben die Registrierungsbehörden die Aufgaben des Herkunftsstaats für in Österreich niedergelassene bzw. ausgebildete Berufsangehörige, die sich in einem anderen EU-Mitgliedstaat niederlassen bzw. dort vorübergehend Dienstleistungen erbringen wollen, durchzuführen. Darunter fallen insbesondere die Verifizierung der Echtheit, Richtigkeit und Vollständigkeit der Unterlagen, die Kontaktaufnahme mit den Berufsangehörigen bei fehlenden Dokumenten und die Weiterleitung der vollständigen Anträge bzw.

– für die vorübergehende Dienstleistungserbringung in der allgemeinen Krankenpflege und die Verlängerung der Dienstleistungserbringung für alle Berufe in einem anderen EU-Mitgliedstaat
– die Ausstellung des EPC (§ 21 GBRG, §§ 28b, 39a GuKG, §§ 6f, 8b MTD-Gesetz, Art. 4a ff. EU-Berufsanerkennungs-RL 2005/36/EG, Durchführungs-VO (EU) 2015/983).

Insgesamt wurden bis zum Stichtag 31. 12. 2023 111 EPC-Verfahren von den Registrierungsbehörden abgeschlossen, davon wurden zwölf im Jahr 2023 erledigt.

2. IMI-Informationsanfragen (IMI Requests)

Im Rahmen des Binnenmarkt-Informationssystems IMI arbeiten die beiden Registrierungsbehörden mit den zuständigen Behörden der anderen EWR-Vertragsstaaten und der Schweiz zusammen, um Amtshilfe zu leisten, Auskünfte zu erteilen oder einzuholen (§ 10 Abs. 3 und 4 GBRG, EU-Berufsanerkennungs-RL 2005/36/EG [Art. 8/1 und 56/2], EU-Patientenmobilitäts-RL 2011/24/EU [Art. 10/4]).

Insgesamt wurden bis zum Stichtag 31. 12. 2023 65 IMI Requests beantwortet, davon 19 im Jahr 2023.

6.8.3 Bescheinigungen gemäß § 20 GBRG

Wenn im GBR registrierte Berufsangehörige ihren Beruf in einem anderen EWR-Staat oder in der Schweiz ausüben wollen, stellt die zuständige Registrierungsbehörde auf Antrag eine Bescheinigung über die aufrechte Berufsberechtigung in Österreich aus (international bezeichnet als „Certificate of Good Standing“ oder „Certificate of Current Professional Status“), wobei zu unterscheiden ist, zu welchem Zweck die oder der Berufsangehörige im Ausland tätig werden will. Bei vorübergehender Dienstleistungserbringung ist eine Bescheinigung nach § 20 Abs. 1 GBRG auszustellen, bei längerfristiger Berufsausübung (= Niederlassung) eine Bescheinigung nach § 20 Abs. 2 GBRG. Entsprechende Bescheinigungen werden bei Bedarf auch für die Vorlage in Drittländern ausgestellt. Bis zum Stichtag 31. 12. 2023 wurden rund 950 Bescheinigungen ausgestellt, im Jahr 2023 waren es 150.

6.8.4 Amtshilfe in Österreich

Die Registrierungsbehörden sind im Rahmen des durch das GBRG übertragenen Aufgabenbereichs zur Amtshilfe in Österreich verpflichtet. Sie haben allen Organen des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Gemeindeverbände, sonstigen Selbstverwaltungskörpern, Behörden, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Trägern der Sozialversicherung, den Krankenfürsorgeanstalten, den gesetzlich eingerichteten Patientenanwaltschaften sowie der Volksanwaltschaft auf Verlangen im Wege der Amtshilfe Auskünfte zu erteilen, sofern diese zur Erfüllung gesetzlich vorgesehener Aufgaben erforderlich sind (Art. 22 B-VG, §§ 9, 10 GBRG). Vice versa können die Registrierungsbehörden im Rahmen der Vollziehung des GBR bei jenen Behörden ebenfalls Amtshilfe anfordern (Art. 22 B-VG).

6.8.5 Bericht an den Registrierungsbeirat

Im BMSGPK ist ein Registrierungsbeirat eingerichtet, dem folgende Mitglieder (und jeweils ein stellvertretendes Mitglied) angehören:

- eine rechtskundige Vertreterin bzw. ein rechtskundiger Vertreter des für Gesundheit zuständigen Bundesministeriums als Vorsitzende:r
- eine weitere Vertreterin bzw. ein weiterer Vertreter des für Gesundheit zuständigen Bundesministeriums
- ein:e Vertreter:in der Gesundheit Österreich GmbH
- ein:e Vertreter:in der Bundesarbeitskammer
- ein:e Vertreter:in der Wirtschaftskammer Österreich
- ein:e Vertreter:in der Sozialwirtschaft Österreich
- zwei Vertreter:innen der Länder, nominiert von der Verbindungsstelle der Bundesländer
- ein:e Vertreter:in des Österreichischen Gewerkschaftsbunds
- ein/e vom Österreichischen Gewerkschaftsbund nominierte/r Berufsangehörige/r der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
- sechs Vertreter:innen des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands
- drei Berufsangehörige verschiedener Sparten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, nominiert vom Österreichischen Gewerkschaftsbund
- je ein:e Vertreter:in der sieben Sparten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, nominiert vom Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste

Dem Registrierungsbeirat obliegen insbesondere folgende Aufgaben (§ 14 GBRG):

- Beratung und Empfehlungen für ein einheitliches Vorgehen der Registrierungsbehörden
- Beratung und Empfehlungen betreffend grundsätzliche Fragen der Registrierung sowie der Registerführung einschließlich der Qualitätssicherung
- Beratung und Empfehlungen hinsichtlich der Steigerung der Akzeptanz der Registrierung und bezüglich deren genereller Ausrichtung
- Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Registrierung

Die GÖG und die BAK haben dem Registrierungsbeirat regelmäßig über die Durchführung der Registrierung, insbesondere über die Führung des Gesundheitsberuferegisters, die Eintragungen, die Versagungen der Eintragung, die Streichungen, die Zahl der ausgestellten Berufsausweise sowie die Qualitätssicherungsmaßnahmen zu berichten und die zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigten Informationen zur Verfügung zu stellen und Auskünfte zu erteilen (§ 13 Abs. 7 GBRG).

7 Registerführung

Der Gesundheit Österreich GmbH obliegt gemäß § 4 Abs. 1 Z 9 des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG), BGBl. I Nr. 132/2006, i. d. g. F., in Verbindung mit § 5 GBRG die Führung des Gesundheitsberuferegisters. Die technische Infrastruktur für die Führung dieses elektronisch unterstützten Registers über zur Berufsausübung berechnigte Angehörige registrierungspflichtiger Gesundheitsberufe gemäß § 5 Abs. 2 GBRG stellt der oder die für Gesundheit zuständige Bundesminister:in zur Verfügung.

Im Rahmen der Registerführung sind folgende Grundsätze, Vorgaben und Ziele zu berücksichtigen, die ein Mitwirken aller Akteurinnen und Akteure (vgl. Kapitel 4) erfordern:

Das Gesundheitsberuferegister verfolgt mehrere Ziele, einerseits macht es die Qualifikationen aller erfassten Berufsangehörigen sichtbar, andererseits ist es eine wichtige Planungsgrundlage für die künftige Pflege- und Gesundheitspolitik. Der Anspruch einer Planungsgrundlage setzt voraus, dass die Daten aktuell, gesichert und belastbar sind. Daher wird das Register laufend einer Qualitätskontrolle unterzogen. Das Register und die technischen Abläufe werden fortgesetzt in ihrer Performance überprüft und gegebenenfalls verbessert, indem beispielsweise Fehler behoben werden.

Neben der alle fünf Jahre durchzuführenden Verlängerung der Registrierung hängt die Aktualisierung der Daten des Registers von den Meldungen der Berufsangehörigen ab. Soweit die Berufsangehörigen der Behörde Änderungen des Namens, der Adresse, der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers und des Dienstorts bzw. Berufssitzes nicht bekannt geben, kann innerhalb der fünf Jahre zwischen Eintragung und Verlängerung auch keine Aktualisierung im Register erfolgen. Das führt in jenen Fällen, in denen Mitteilungen der Behörde nicht zugestellt werden können, zu zusätzlichen, zeitintensiven Recherchen bzw. zum Tätigwerden der Behörde.

Eine weitere Aufgabe der Registerführung ist die Bereitstellung aktueller Arbeitsbehelfe (Formulare, Informationen etc.) sowohl für die Behördenmitarbeiter:innen als auch für die Antragsteller:innen. Neben der Erarbeitung und (grafischen) Aufbereitung dieser Instrumente und Informationen (beispielsweise nach Gesetzesänderungen) liegt ein Schwerpunkt auf einer zeitnahen und österreichweiten Ausrollung der Arbeitsbehelfe inklusive der Registeradaptierung.

Mit 1. 4. 2023 startete die erstmalige Verlängerung der Registrierung, in deren Rahmen zur Qualitätssicherung des Registers ein besonderer Fokus auf die Aktualisierung der vom GBR erfassten Daten gerichtet wird. Dafür bedurfte es im Vorfeld einer umfassenden rechtlichen, technischen und organisatorischen Abklärung, Vorbereitung und Umsetzung einschließlich entsprechender Testungen.

Im Sinne dieser Vorgaben unterstützt die BAK als Registrierungsbehörde die Gesundheit Österreich GmbH bei der Wahrnehmung ihrer Tätigkeit als registerführende Stelle. Während die BAK führend an Lösungen arbeitet, die vorrangig angestellte Berufsangehörige betreffen, und die GÖG für spezifische Registrierungsfragen freiberuflich Tätiger und die folgenden Tätigkeiten der Registerführung zuständig ist, werden die Aufgaben, die alle Berufsangehörigen bzw. alle Mitarbeiter:innen der Registrierungsbehörden betreffen, von den Registrierungsbehörden gemeinsam erarbeitet und umgesetzt.

Zu den Aufgaben der Registerführung zählen die in den nachstehenden Unterkapiteln angeführten Tätigkeiten.

7.1 Veröffentlichung von Daten aus dem GBR

Folgende Daten gemäß § 6 Abs. 2 Z 1 bis 3, 11, 12, 14, 15, 18 bis 20 sowie Abs. 3 GBRG macht die GÖG auf dem öffentlichen Gesundheitsportal www.gesundheit.gv.at öffentlich zugänglich:

Pflichtdaten

- Eintragsnummer und Datum der Erstregistrierung
- Vor- und Familienname(n), gegebenenfalls Geburtsname
- akademische Grade
- Art der Berufsausübung (freiberuflich, im Dienstverhältnis)
- Berufssitz(e)
- Berufs- und Ausbildungsbezeichnungen
- Verträge mit gesetzlichen Sozialversicherungsträgern und Krankenfürsorgeanstalten
- Ruhen der Registrierung
- Gültigkeitsdatum der Registrierung

Freiwillige Daten

- Fremdsprachenkenntnisse
- Arbeitsschwerpunkte und Zielgruppen
- absolvierte Aus-, Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen bzw. Spezialisierungen
- berufsbezogene Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse und Webadresse

Jede Person ist berechtigt, in den öffentlichen Teil des Gesundheitsberuferegisters Einsicht zu nehmen (§ 6 Abs. 4 GBRG).

7.2 Führung des Verzeichnisses der Personen, die eine vorübergehende Dienstleistung in Österreich erbringen (§ 7 GBRG)

Gemäß § 7 Abs. 1 GBRG hat die GÖG ein nach den erfassten Gesundheitsberufen gegliedertes Verzeichnis jener Berufsangehörigen mit EU-Qualifikationen zu führen, die eine vorübergehende Erbringung von Dienstleistungen in Österreich in einem der im GBR zu registrierenden Gesundheitsberufe gemeldet haben. Dieses Verzeichnis hat folgende Daten zu enthalten:

- Eintragsnummer und Datum der Erstregistrierung*
- Vor- und Familienname(n)*
- akademische Grade*
- Geschlecht
- Geburtsdatum

- Geburtsort
- Staatsangehörigkeit
- Ausbildungsabschluss bzw. Qualifikationsnachweis im jeweiligen Gesundheitsberuf
- Datum der letzten Änderung des Registerdatensatzes

Die mit einem Asterisk (*) gekennzeichneten Daten sind auf <https://www.gesundheit.gv.at> einsehbar. Die Daten werden der GÖG als registerführender Stelle durch die Landeshauptleute via Behördenportalverbund übermittelt. Die Eintragung der Daten erfolgt automatisch in das Verzeichnis der vorübergehenden Dienstleistungserbringung und ist einmal jährlich, im Fall eines EPC nach 18 Monaten, zu erneuern, wenn die oder der Berufsangehörige beabsichtigt, während des betreffenden Jahres vorübergehend Dienstleistungen zu erbringen (§ 7 GBRG, §§ 39, 39a GuKG, §§ 8a, 8b MTD-Gesetz).

Zum Stichtag 31. 12. 2023 waren im Verzeichnis gemäß § 7 GBRG weniger als fünf Personen erfasst, die vorübergehende Dienstleistungen in Österreich erbrachten.

7.3 Ausstellen des Berufsausweises (§ 19 GBRG und GBR-Berufsausweis-Verordnung [GBR-BAV])

Die GÖG hat allen im Gesundheitsberuferegister eingetragenen BA – ausgenommen Personen, die im Verzeichnis gemäß § 7 GBRG (vgl. Kapitel 6.2) eingetragene sind – einen mit Lichtbild versehenen Berufsausweis auszustellen.

Der Berufsausweis hat folgende Komponenten zu enthalten:

1. den akademischen Grad bzw. die akademischen Grade,
2. den bzw. die Vor- und Familiennamen,
3. die Berufsbezeichnung,
4. das Geburtsdatum,
5. das Bild,
6. die Unterschrift,
7. die Eintragsnummer,
8. die Gültigkeitsdauer,
9. das Datum der Ausstellung,
10. die Registrierungsbehörden,
11. die ausstellende Behörde sowie
12. das Bundeswappen

Im Zuge der Verlängerung der Registrierung ist ein neuer Berufsausweis mit neuer Gültigkeitsdauer auszustellen.

Bei Verlust des Berufsausweises oder nach Durchführung einer Änderung der für den Berufsausweis relevanten Daten im GBR (z. B. wegen Namensänderung) kann ein neuer Berufsausweis bei der zuständigen Registrierungsbehörde beantragt werden.

7.4 Streichung nach Entziehung der Berufsberechtigung (§ 25 GBRG)

Wie in Kapitel 5.6.2 ausgeführt, hat die GÖG als registerführende Stelle Berufsangehörige, denen die Berechtigung zur Berufsausübung durch die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde entzogen wurde, aus dem GBR zu streichen (§ 25 GBRG).

7.5 Aussenden von Vorwarnungen an EU-Behörden (§ 10 Abs. 5 GBRG)

Die GÖG hat die zuständigen Behörden der anderen EWR-Vertragsstaaten über die Entziehung bzw. die Wiedererteilung der Berufsberechtigung Angehöriger eines im GBR zu registrierenden Gesundheitsberufs im Wege des EU-Binnenmarkt-Informationssystems IMI binnen dreier Tage nach rechtskräftiger Entscheidung gemäß den Bestimmungen des Artikels 56a der EU-Berufsanerkennungs-RL 2005/36/EG und der Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 zu informieren (§ 10 Abs. 5 GBRG). Dies erfolgt durch eine Vorwarnung („Alert“).

Über einen ausgesandten Alert ist die oder der Berufsangehörige schriftlich zu unterrichten, sie oder er kann eine Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Alerts beantragen. Wird im Rahmen der Überprüfung die Rechtswidrigkeit des Alerts festgestellt, so ist dieser richtigzustellen oder zurückzuziehen.

Im Jahr 2023 sandte die GÖG weniger als fünf Vorwarnungen aus.

7.6 Auswertungen aus dem Register

Die GÖG nimmt als registerführende Stelle die im Folgenden dargestellten Auswertungen vor.

Gemeinsam mit dem diesjährigen Bericht ist so wie letztes Jahr auch ein Tabellenband erschienen, der es ermöglicht, die im Bericht enthaltenen Tabellen im Excel-Format einzusehen und bei Bedarf die Daten für wissenschaftliche Zwecke weiterzuverarbeiten.

7.6.1 Auswertungen und Berichte für das BMSGPK

Die GÖG hat dem oder der für Gesundheit zuständigen Bundesminister:in auf dessen/deren Aufforderung Auswertungen und Berichte betreffend die Registrierung in nicht personenbezogener bzw. in anonymisierter Form zu übermitteln (§ 11 Abs. 2 GBRG).

Aufgrund dieser Bestimmung wird auch der vorliegende Jahresbericht erstellt.

7.6.2 Bericht an den Registrierungsbeirat

siehe Kapitel 6.8.5

7.6.3 Auswertungen für Organe von Gebietskörperschaften und den Dachverband der Sozialversicherungsträger

Soweit dies zur Besorgung einer gesetzlich übertragenen Aufgabe erforderlich ist, ist die GÖG ermächtigt, Organen von Gebietskörperschaften und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger auf deren Verlangen und Kosten anonymisierte Datensätze bzw. Datenauswertungen zu übermitteln (§ 9 Abs. 2 GBRG).

7.6.4 Auswertungen für in § 9 Abs. 3 GBRG taxativ aufgezählte Institutionen

Die GÖG ist ermächtigt,

- Trägern von Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe gemäß § 1 Abs. 2, Universitäten, Fachhochschulen und einschlägigen Forschungseinrichtungen,
- der Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (AQ Austria),
- der Bundesarbeitskammer,
- der Wirtschaftskammer Österreich,
- dem Österreichischen Gewerkschaftsbund,
- dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband und
- dem Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste

auf deren Verlangen und Kosten anonymisierte Datensätze bzw. Datenauswertungen zur Sicherung der Qualität sowie zur Erfüllung ihrer gesetzlichen bzw. satzungsmäßigen (statutarischen) Aufgaben zu übermitteln (§ 9 Abs. 3 GBRG).

7.6.5 Auswertungen für Dritte

Die GÖG ist unter Einhaltung der DSGVO und des DSG ermächtigt, öffentliche Daten aus dem Gesundheitsberuferegister an Dritte auf deren Verlangen und Kosten zu übermitteln (§ 9 Abs. 1a GBRG).

Anfragen gemäß § 9 Abs. 1a GBRG prüft die GÖG als registerführende Stelle und führt – sofern möglich – eine diesbezügliche Auswertung durch.

7.7 Ausstellen von Parktafeln „Mobile Hauskrankenpflege im Dienst“ gemäß § 24 Abs. 5a StVO

Gemäß § 24 Abs. 5a Straßenverkehrsordnung (StVO), BGBl. Nr. 159/1960, i. d. g. F. dürfen Personen, die im diplomierten ambulanten Pflegedienst zur Hauskrankenpflege eingesetzt sind, bei einer Fahrt zur Durchführung der Hauskrankenpflege das von ihnen selbst gelenkte Fahrzeug für die Dauer der Pflegeleistung auch auf einer Straßenstelle, auf der das Halten und Parken verboten ist, abstellen, wenn in der unmittelbaren Nähe des Aufenthalts der Pflegeperson kein Platz frei ist, auf dem gehalten oder geparkt werden darf, und durch das Abstellen des Fahrzeuges die Sicherheit und Flüssigkeit des Verkehrs nicht beeinträchtigt wird. Während einer solchen Abstellung ist das Fahrzeug mit einer Tafel, welche die Aufschrift „Mobile Hauskrankenpflege im Dienst“ und das Amtssiegel der Behörde, welche diese Tätigkeit genehmigt hat oder in deren

Auftrag diese Tätigkeit durchgeführt wird, tragen muss, zu kennzeichnen. Außer in diesem Falle ist eine solche Kennzeichnung von Fahrzeugen verboten.

Seit Inkrafttreten des GBRG ist für freiberuflich tätige DGKP, die Tätigkeiten gemäß § 24 Abs. 5a StVO anbieten, die GÖG als registerführende Stelle für die Ausstellung dieser Parktafeln zuständig. Die Gültigkeit der Parktafel richtet sich dabei nach der Gültigkeitsdauer der Registrierung. Klargestellt wird, dass die Ausstellung der Tafel allein keine Bestätigung über eine rechtmäßige Verwendung im Sinne des § 24 Abs. 5a StVO darstellt. Die Überprüfung der rechtmäßigen Verwendung fällt in die Zuständigkeit der jeweiligen Organe der Parkraumbewirtschaftung.

Bis zum 31. 12. 2023 wurden insgesamt bereits fast 700 Parktafeln für die mobile Hauskrankenpflege im Dienst ausgestellt, rund 250 davon im Jahr 2023. Die Anzahl der ausgestellten Parktafeln ist erwartungsgemäß im Jahr 2023 enorm gestiegen, da die Gültigkeit der Parktafel mit der Gültigkeit der Registrierung begrenzt ist und die Parktafel somit bei der Verlängerung ebenfalls neu zu beantragen ist. Um zu verhindern, dass BA alle fünf Jahre Kosten für die Ausstellung einer neuen Parktafel mit neuem Gültigkeitsdatum entstehen und um den behördlichen Aufwand möglichst ökonomisch zu gestalten, tragen Parktafeln, die durch die GÖG ausgestellt werden, seit dem 1. 7. 2023 statt des Gültigkeitsdatums einen QR-Code. Dies ermöglicht bei Verlängerung der Berufsberechtigung und Wiederbeantragung dieser Parktafel ein erneutes Aktivieren des zeitlich begrenzten QR-Codes, und die Tafel muss nicht neu ausgestellt werden. Außerdem kann der QR-Code durch Organe der Parkraumüberwachung ganz einfach ausgelesen werden, sodass ein zusätzlicher Fälschungsschutz besteht.

Tabellen Anhang

Darstellung ausgewählter Daten auf Bundeslandebene und Zeitreihe der Berufsberechtigungen

Tabelle A1:	Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Burgenland 2023 (ausgewertete n = 4.475)	76
Tabelle A2:	Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Burgenland 2023 (ausgewertete n = 3.814, Mehrfachzuordnungen möglich)	76
Tabelle A3:	Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Burgenland 2023 (ausgewertete n = 1.073).....	77
Tabelle A4:	Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Kärnten 2023 (ausgewertete n = 11.109).....	78
Tabelle A5:	Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Kärnten 2023 (ausgewertete n = 10.374, Mehrfachzuordnungen möglich)	78
Tabelle A6:	Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Kärnten 2023 (ausgewertete n = 2.344)	79
Tabelle A7:	Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Niederösterreich 2023 (ausgewertete n = 26.341).....	80
Tabelle A8:	Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Niederösterreich 2023 (ausgewertete n = 22.976, Mehrfachzuordnungen möglich)	80
Tabelle A9:	Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Niederösterreich 2023 (ausgewertete n = 6.522)	81
Tabelle A10:	Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Oberösterreich 2023 (ausgewertete n = 28.973).....	82

Tabelle A11:	Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Oberösterreich 2023 (ausgewertete n = 27.177, Mehrfachzuordnungen möglich).....	82
Tabelle A12:	Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Oberösterreich 2023 (ausgewertete n = 6.551).....	83
Tabelle A13:	Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Salzburg 2023 (ausgewertete n = 10.734).....	84
Tabelle A14:	Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Salzburg 2023 (ausgewertete n = 9.846, Mehrfachzuordnungen möglich).....	84
Tabelle A15:	Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Salzburg 2023 (ausgewertete n = 3.063).....	85
Tabelle A16:	Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Steiermark 2023 (ausgewertete n = 26.088).....	86
Tabelle A17:	Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Steiermark 2023 (ausgewertete n = 24.011, Mehrfachzuordnungen möglich).....	86
Tabelle A18:	Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Steiermark 2023 (ausgewertete n = 5.278).....	87
Tabelle A19:	Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Tirol 2023 (ausgewertete n = 15.527).....	88
Tabelle A20:	Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Tirol 2023 (ausgewertete n = 14.456, Mehrfachzuordnungen möglich).....	88
Tabelle A21:	Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Tirol 2023 (ausgewertete n = 4.073).....	89
Tabelle A22:	Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Vorarlberg 2023 (ausgewertete n = 6.264).....	90
Tabelle A23:	Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem	

	Standort der Berufsausübung in Vorarlberg 2023 (ausgewertete n = 6.143, Mehrfachzuordnungen möglich).....	90
Tabelle A24:	Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Vorarlberg 2023 (ausgewertete n = 1.447)	91
Tabelle A25:	Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Wien 2023 (ausgewertete n = 30.497)	92
Tabelle A26:	Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Wien 2023 (ausgewertete n = 28.360, Mehrfachzuordnungen möglich).....	92
Tabelle A27:	Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Wien 2023 (ausgewertete n = 8.580).....	93
Tabelle A28:	Gegenüberstellung der Registrierungen gesamt zwischen 2019 und 2023 pro Beruf in absoluten Zahlen	94
Tabelle A29:	Prozentuelles Wachstum der Berufsberechtigungen gesamt von 2019 bis 2023	95

Burgenland

Tabelle A1: Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Burgenland 2023 (ausgewertete n = 4.475)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	47 (2 %)	21 (20 %)	38 (3 %)
25–34	543 (18 %)	32 (30 %)	217 (15 %)
35–44	746 (25 %)	17 (16 %)	314 (22 %)
45–54	987 (33 %)	29 (28%)	440 (31 %)
55–64	602 (20 %)	6 (6 %)	409 (29 %)
≥ 65	22 (< 1 %)	x	5 (< 1 %)
Mittelwert in Jahren	45,6	36,2	46,1

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A2: Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Burgenland 2023 (ausgewertete n = 3.814, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA	alle
Krankenanstalt	1.459 (60 %)	58 (75 %)	181 (14 %)	1.698 (78 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	544 (22 %)	14 (18 %)	757 (58 %)	1.315 (0 %)
mobile Dienste	112 (5 %)	3 (4 %)	130 (10 %)	245 (0 %)
Behindertenbetreuung	112 (5 %)	x	12 (< 1 %)	124 (2 %)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	100 (4 %)	x	x	103 (5 %)
angestellt bei Ärztin bzw. Arzt	35 (1 %)	x	x	37 (< 1 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	31 (1 %)	x	13 (< 1 %)	44 (3 %)
Ausbildungseinrichtungen	23 (< 1 %)	x	202 (16 %)	227 (0 %)
selbstständige Ambulatorien	12 (< 1 %)	x	x	12 (14 %)
weitere Einrichtungen im GW	10 (< 1 %)	x	x	12 (0 %)
Primärversorgungseinheit	x	x	x	x

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A3: Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Burgenland 2023 (ausgewertete n = 1.073)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	x	x	x	x	x	13 (2 %)	x
25–34	14 (11 %)	22 (38 %)	41 (39 %)	21 (33 %)	x	124 (22 %)	31 (21 %)
35–44	43 (33 %)	16 (28 %)	38 (36 %)	16 (25 %)	x	219 (39 %)	47 (32 %)
45–54	43 (33 %)	12 (21 %)	19 (18 %)	17 (27 %)	5 (45 %)	127 (23 %)	35 (24 %)
55–64	30 (23 %)	6 (10 %)	x	5 (8 %)	< 5 (9 %)	63 (11 %)	28 (19 %)
≥ 65	x	x	x	x	x	11 (2 %)	x
Mittelwert in Jahren	46,3	39,1	38,1	40,0	43,0	42,0	44,0

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Kärnten

Tabelle A4: Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Kärnten 2023 (ausgewertete n = 11.109)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	79 (1 %)	43 (19 %)	94 (2 %)
25–34	1.322 (20 %)	76 (34 %)	763 (17 %)
35–44	1.833 (28 %)	57 (25 %)	1.020 (23 %)
45–54	1.936 (30 %)	38 (17 %)	1.231 (28 %)
55–64	1.243 (19 %)	x	1.255 (28 %)
≥ 65	66 (1 %)	x	41 (< 1 %)
Mittelwert in Jahren	44,9	35,2	46,0

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A5: Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Kärnten 2023 (ausgewertete n = 10.374, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA	alle
Krankenanstalten	4.280 (71 %)	149 (78 %)	878 (21 %)	5.307 (68 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	856 (14 %)	34 (18 %)	2.274 (55 %)	3.164 (< 1 %)
mobile Dienste	350 (6 %)	x	623 (15 %)	977 (0 %)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	133 (2 %)	x	49 (1 %)	183 (0 %)
angestellt bei Ärztin/Arzt	123 (2 %)	x	5 (< 1 %)	128 (12 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	107 (2 %)	x	17 (< 1 %)	126 (9 %)
Behindertenbetreuung	76 (1 %)	x	321 (8 %)	399 (0 %)
Ausbildungseinrichtungen	71 (1 %)	x	10 (< 1 %)	81 (2 %)
selbstständiges Ambulatorium	25 (< 1 %)	x	x	26 (3 %)
weitere Einrichtungen im GW	9 (< 1 %)	x	x	9 (6 %)
Primärversorgungseinheit	x	x	x	x

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A6: Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Kärnten 2023 (ausgewertete n = 2.344)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	15 (4 %)	x	8 (3 %)	x	x	14 (1 %)	14 (3 %)
25–34	81 (20 %)	41 (40 %)	70 (29 %)	45 (32 %)	5 (26 %)	213 (22 %)	83 (18 %)
35–44	83 (20 %)	22 (21 %)	87 (36 %)	50 (35 %)	4 (21 %)	332 (34 %)	116 (26 %)
45–54	114 (28 %)	21 (20 %)	54 (22 %)	31 (22 %)	2 (11 %)	261 (27 %)	125 (28 %)
55–64	113 (27 %)	14 (14 %)	24 (10 %)	11 (8 %)	7 (37 %)	136 (14 %)	106 (23 %)
≥ 65	7 (2 %)	x	x	x	x	15 (2 %)	8 (2 %)
Mittelwert in Jahren	45,6	40,4	40,2	39,8	45,8	43,2	45,1

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Niederösterreich

Tabelle A7: Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Niederösterreich 2023 (ausgewertete n = 26.341)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	255 (1 %)	142 (25 %)	264 (3 %)
25–34	3.129 (17 %)	175 (31 %)	1.581 (21 %)
35–44	5.186 (28 %)	122 (22 %)	1.660 (22 %)
45–54	5.335 (29 %)	103 (18 %)	1.979 (26 %)
55–64	4.157 (23 %)	17 (3 %)	1.996 (26 %)
≥ 65	163 (< 1 %)	x	77 (1 %)
Mittelwert in Jahren	45,7	34,3	44,9

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A8: Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Niederösterreich 2023 (ausgewertete n = 22.976, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA	alle
Krankenanstalten	9.848 (63 %)	251 (63 %)	1.171 (17 %)	11.270 (49%)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	2.557 (16 %)	93 (23 %)	3.424 (49 %)	6.074 (26%)
mobile Dienste	1.167 (8 %)	38 (9 %)	1.262 (18 %)	2.467 (11%)
angestellt bei Ärztin/Arzt	620 (4 %)	x	35 (< 1 %)	657 (3%)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	521 (3 %)	x	82 (1 %)	607 (3%)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	322 (2 %)	x	36 (< 1 %)	360 (2%)
Ausbildungseinrichtungen	215 (1 %)	x	5 (< 1 %)	220 (< 1%)
Behindertenbetreuung	186 (1 %)	11 (3 %)	1.001 (14 %)	1.198 (5%)
weitere Einrichtungen im GW	178 (1 %)	x	17 (< 1 %)	195 (< 1%)
selbstständiges Ambulatorium	24 (< 1 %)	x	x	24 (< 1%)
Primärversorgungseinheit	13 (< 1 %)	x	x	14 (< 1%)

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A9: Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Niederösterreich 2023 (ausgewertete n = 6.522)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	12 (2 %)	14 (4 %)	31 (3 %)	17 (4 %)	x	82 (3 %)	15 (2 %)
25–34	147 (22 %)	115 (31 %)	324 (33 %)	137 (34 %)	9 (15 %)	873 (27 %)	184 (24 %)
35–44	185 (27 %)	121 (33 %)	333 (34 %)	108 (27 %)	16 (27 %)	1.072 (33 %)	256 (34 %)
45–54	183 (27 %)	74 (20 %)	202 (21 %)	83 (20 %)	19 (32 %)	765 (23 %)	186 (25 %)
55–64	146 (21 %)	38 (10 %)	82 (8 %)	50 (12 %)	13 (22 %)	425 (13 %)	112 (15 %)
≥ 65	7 (1 %)	x	x	11 (3 %)	x	59 (2 %)	x
Mittelwert in Jahren	44,1	40,1	39,5	40,5	44,3	41,8	42,3

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Oberösterreich

Tabelle A10: Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Oberösterreich 2023
(ausgewertete n = 28.973)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	344 (2 %)	128 (22 %)	253 (2 %)
25–34	4.007 (22 %)	213 (37 %)	1.944 (19 %)
35–44	5.110 (29 %)	114 (20 %)	2.370 (23 %)
45–54	4.859 (27 %)	97 (17 %)	2.667 (25 %)
55–64	3.443 (19 %)	x	3.115 (30 %)
≥ 65	162 (< 1 %)	x	127 (1 %)
Mittelwert in Jahren	44,2	34,3	46,1

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A11: Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Oberösterreich 2023 (ausgewertete n = 27.177, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA	alle
Krankenanstalten	11.727 (70 %)	293 (67 %)	1.300 (13 %)	13.320 (71 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	2.309 (14 %)	121 (28 %)	5.808 (58 %)	8.238 (< 1 %)
mobile Dienste	794 (5 %)	10 (2 %)	1.246 (12 %)	2.050 (0 %)
Behindertenbetreuung	547 (3 %)	x	31 (< 1 %)	578 (6 %)
angestellt bei Ärztin bzw. Arzt	472 (3 %)	10 (2 %)	1.426 (14 %)	1.908 (0 %)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	348 (2 %)	x	64 (< 1 %)	413 (2 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	260 (2 %)	x	58 (< 1 %)	318 (7 %)
weitere Einrichtungen im GW	188 (1 %)	x	15 (< 1 %)	203 (1 %)
Ausbildungseinrichtungen	162 (< 1 %)	x	81 (< 1 %)	244 (10 %)
selbstständige Ambulatorien	19 (< 1 %)	x	x	19 (< 1 %)
Primärversorgungseinheit	18 (< 1 %)	x	x	19 (2 %)

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A12: Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Oberösterreich 2023 (ausgewertete n = 6.551)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	48 (4 %)	5 (2 %)	25 (3 %)	7 (1 %)	x	68 (2 %)	32 (4 %)
25–34	254 (24 %)	104 (35 %)	250 (32 %)	129 (27 %)	13 (29 %)	945 (32 %)	245 (27 %)
35–44	297 (28 %)	83 (28 %)	273 (35 %)	130 (28 %)	13 (29 %)	977 (33 %)	264 (29 %)
45–54	282 (26 %)	67 (23 %)	165 (21 %)	119 (25 %)	12 (27 %)	659 (22 %)	227 (25 %)
55–64	178 (17 %)	31 (11 %)	59 (8 %)	70 (15 %)	x	317 (11 %)	130 (14 %)
≥ 65	8 (< 1 %)	x	7 (< 1 %)	16 (3 %)	x	23 (< 1 %)	9 (< 1 %)
Mittelwert in Jahren	42,4	40,7	39,4	43,4	40,0	40,5	41,9

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Salzburg

Tabelle A13: Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Salzburg 2023 (ausgewertete n = 10.734)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	209 (3 %)	120 (20 %)	78 (3 %)
25–34	1.695 (23 %)	232 (39 %)	455 (16 %)
35–44	1.923 (27 %)	123 (21 %)	619 (21 %)
45–54	1.764 (24 %)	96 (16 %)	825 (28 %)
55–64	1.536 (21 %)	26 (4 %)	880 (30 %)
≥ 65	105 (1 %)	x	47 (2 %)
Mittelwert in Jahren	44,9	34,7	47,1

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A14: Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Salzburg 2023 (ausgewertete n = 9.846, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA	alle
Krankenanstalten	4.787 (66 %)	300 (50 %)	351 (12 %)	5.438 (69 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	893 (27 %)	92 (32 %)	1.759 (17 %)	2.744 (30 %)
mobile Dienste	395 (12 %)	17 (15 %)	240 (61 %)	652 (0 %)
Behindertenbetreuung	239 (5 %)	x	19 (8 %)	258 (0 %)
angestellt bei Ärztin bzw. Arzt	146 (3 %)	x	13 (< 1 %)	161 (8 %)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	115 (2 %)	x	x	119 (< 1 %)
Ausbildungseinrichtungen	87 (2 %)	x	15 (< 1 %)	103 (3 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	75 (1 %)	8 (< 1 %)	275 (< 1 %)	358 (3 %)
weitere Einrichtungen im GW	41 (1 %)	x	12 (9 %)	53 (0 %)
selbstständige Ambulatorien	27 (< 1 %)	x	x	27 (2 %)
Primärversorgungseinheit	6.746 (< 1 %)	420 (0 %)	2.680 (0 %)	9.846 (9 %)

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A15: Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Salzburg 2023 (ausgewertete n = 3.063)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	23 (6 %)	x	10 (4 %)	7 (5 %)	5 (11 %)	45 (3 %)	19 (5 %)
25–34	89 (22 %)	60 (45 %)	89 (32 %)	44 (32 %)	11 (25 %)	502 (30 %)	104 (29 %)
35–44	119 (29 %)	33 (25 %)	88 (32 %)	31 (23 %)	12 (27 %)	518 (30 %)	102 (28 %)
45–54	95 (23 %)	22 (17 %)	45 (16 %)	29 (21 %)	5 (11 %)	372 (22 %)	75 (21 %)
55–64	79 (19 %)	12 (9 %)	37 (13 %)	17 (12 %)	9 (20 %)	214 (13 %)	61 (17 %)
≥ 65	8 (2 %)	x	6 (2 %)	9 (7 %)	x	48 (3 %)	x
Mittelwert in Jahren	43,0	38,3	40,5	41,7	42,1	41,7	41,3

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Steiermark

Tabelle A16: Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Steiermark 2023 (ausgewertete n = 26.088)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	250 (2 %)	121 (25 %)	380 (3 %)
25–34	3.674 (25 %)	162 (33 %)	2.309 (21 %)
35–44	4.375 (30 %)	110 (23 %)	2.715 (25 %)
45–54	3.735 (26 %)	73 (15 %)	2.977 (27 %)
55–64	2.385 (16 %)	x	2.615 (24 %)
≥ 65	111 (< 1 %)	x	76 (< 1 %)
Mittelwert in Jahren	43,7	33,8	44,3

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A17: Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Steiermark 2023 (ausgewertete n = 24.011, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA	alle
Krankenanstalten	8.838 (66 %)	236 (65 %)	2.472 (24 %)	11.546 (48 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	2.285 (17 %)	103 (28 %)	5.183 (50 %)	7.571 (32 %)
mobile Dienste	731 (5 %)	12 (3 %)	1.000 (10 %)	1.743 (7 %)
Behindertenbetreuung	398 (3 %)	5 (1 %)	98 (< 1 %)	501 (2 %)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	266 (2 %)	x	24 (< 1 %)	293 (1 %)
angestellt bei Ärztin bzw. Arzt	259 (2 %)	x	1.448 (14 %)	1.711 (7 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	231 (2 %)	x	58 (< 1 %)	290 (1 %)
Ausbildungseinrichtungen	199 (1 %)	x	24 (< 1 %)	223 (< 1 %)
weitere Einrichtungen im GW	100 (< 1 %)	x	30 (< 1 %)	130 (< 1 %)
selbstständige Ambulatorien	86 (< 1 %)	x	x	87 (< 1 %)
Primärversorgungseinheiten	15 (< 1 %)	x	x	17 (< 1 %)

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A18: Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Steiermark 2023 (ausgewertete n = 5.278)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	41 (4 %)	7 (3 %)	21 (4 %)	10 (4 %)	x	62 (3 %)	35 (5 %)
25–34	274 (24 %)	90 (35 %)	180 (36 %)	85 (31 %)	5 (22 %)	651 (28 %)	169 (23 %)
35–44	259 (22 %)	63 (25 %)	188 (37 %)	87 (32 %)	6 (26 %)	816 (35 %)	220 (30 %)
45–54	311 (27 %)	70 (27 %)	79 (16 %)	52 (19 %)	11 (48 %)	528 (23 %)	185 (25 %)
55–64	257 (22 %)	21 (8 %)	33 (7 %)	39 (14 %)	x	237 (10 %)	124 (17 %)
≥ 65	18 (2 %)	x	x	x	x	31 (1 %)	x
Mittelwert in Jahren	44,1	40,1	38,0	40,6	43,0	41,0	42,5

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tirol

Tabelle A19: Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Tirol 2023 (ausgewertete n = 15.527)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	261 (3 %)	135 (27 %)	178 (3 %)
25–34	2.405 (25 %)	183 (37 %)	1.005 (19 %)
35–44	2.735 (28 %)	80 (16 %)	1.178 (23 %)
45–54	2.455 (25 %)	80 (16 %)	1.347 (26 %)
55–64	1.832 (19 %)	21 (4 %)	1.427 (27 %)
≥ 65	123 (1 %)	x	82 (2 %)
Mittelwert in Jahren	44,4	33,2	45,6

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A20: Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Tirol 2023 (ausgewertete n = 14.456, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA	alle
Krankenanstalten	6.526 (71 %)	118 (32 %)	699 (14 %)	7.343 (51 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	1.242 (14 %)	200 (55 %)	3.083 (63 %)	4.525 (31 %)
mobile Dienste	614 (7 %)	25 (7 %)	520 (11 %)	1.159 (8 %)
angestellt bei Ärztin/Arzt	251 (3 %)	9 (2 %)	27 (< 1 %)	287 (2 %)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	203 (2 %)	x	24 (< 1 %)	229 (2 %)
Behindertenbetreuung	132 (1 %)	7 (2 %)	513 (10 %)	652 (5 %)
Ausbildungseinrichtungen	108 (1 %)	x	5 (< 1 %)	113 (< 1 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	92 (1 %)	x	25 (< 1 %)	118 (< 1 %)
weitere Einrichtungen im GW	75 (< 1 %)	5 (1 %)	7 (< 1 %)	87 (< 1 %)
selbstständige Ambulatorien	63 (< 1 %)	x	x	66 (< 1 %)
Primärversorgungseinheiten	7 (< 1 %)	x	x	7 (< 1 %)

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A21: Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Tirol 2023 (ausgewertete n = 4.073)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	15 (2 %)	x	11 (2 %)	10 (3 %)	x	34 (2 %)	11 (2 %)
25–34	129 (20 %)	35 (22 %)	170 (32 %)	77 (26 %)	x	622 (32 %)	102 (21 %)
35–44	151 (23 %)	48 (31 %)	187 (35 %)	79 (26 %)	x	630 (33 %)	135 (27 %)
45–54	197 (31 %)	42 (27 %)	110 (20 %)	70 (23 %)	x	376 (20 %)	144 (29 %)
55–64	144 (22 %)	26 (17 %)	55 (10 %)	55 (18 %)	x	229 (12 %)	103 (21 %)
≥ 65	9 (1 %)	x	x	8 (3 %)	x	37 (2 %)	x
Mittelwert in Jahren	44,9	43,6	40,2	43,1	51,4	40,8	44,2

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Vorarlberg

Tabelle A22: Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Vorarlberg 2023 (ausgewertete n = 6.264)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	117 (3 %)	11 (8 %)	40 (2 %)
25–34	1.043 (25 %)	45 (33 %)	381 (20 %)
35–44	1.111 (26 %)	38 (28 %)	392 (21 %)
45–54	1.020 (24 %)	30 (22 %)	459 (25 %)
55–64	905 (21 %)	x	564 (30 %)
≥ 65	61 (1 %)	x	34 (2 %)
Mittelwert in Jahren	44,7	38,4	45,8

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A23: Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung in Vorarlberg 2023 (ausgewertete n = 6.143, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA	alle
Krankenanstalten	2.664 (69 %)	44 (51 %)	241 (14 %)	2.949 (52 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	599 (16 %)	40 (46 %)	1.127 (66 %)	1.766 (31 %)
mobile Dienste	305 (8 %)	x	102 (6 %)	408 (7 %)
Behindertenbetreuung	85 (2 %)	x	9 (< 1 %)	94 (2 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	85 (2 %)	x	45 (3 %)	130 (2 %)
angestellt bei Ärztin bzw. Arzt	52 (1 %)	x	8 (< 1 %)	60 (1 %)
Ausbildungseinrichtungen	33 (< 1 %)	x	4 (< 1 %)	37 (< 1 %)
weitere Einrichtungen im GW	27 (< 1 %)	x	160 (9 %)	189 (3 %)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	24 (< 1 %)	x	6 (< 1 %)	31 (< 1 %)
selbstständige Ambulatorien	15 (< 1 %)	x	x	16 (< 1 %)
Primärversorgungseinheiten	x	x	x	x

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A24: Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Vorarlberg 2023 (ausgewertete n = 1.447)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	x	x	x	x	x	28 (3 %)	5 (3 %)
25–34	35 (23 %)	13 (32 %)	29 (21 %)	37 (35 %)	x	254 (30 %)	31 (21 %)
35–44	38 (26 %)	13 (32 %)	48 (35 %)	34 (32 %)	x	266 (31 %)	35 (24 %)
45–54	42 (28 %)	10 (24 %)	38 (27 %)	19 (18 %)	x	194 (23 %)	42 (29 %)
55–64	31 (21 %)	x	21 (15 %)	12 (11 %)	x	102 (12 %)	30 (21 %)
≥ 65	x	x	x	x	x	14 (2 %)	x
Mittelwert in Jahren	44,0	42,1	43,2	40,5	49,7	41,0	44,0

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Wien

Tabelle A25: Angehörige der GuK-Berufe nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Wien 2023 (ausgewertete n = 30.497)

Altersgruppen	DGKP	PFA	PA
< 25	223 (1 %)	100 (10 %)	133 (2 %)
25–34	3.872 (17 %)	284 (30 %)	1.257 (17 %)
35–44	5.610 (25 %)	294 (31 %)	1.811 (25 %)
45–54	6.317 (29 %)	225 (24 %)	2.081 (28 %)
55–64	5.722 (26 %)	x	1.904 (26 %)
≥ 65	417 (2 %)	x	197 (3 %)
Mittelwert in Jahren	47,0	38,2	46,4

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A26: Einsatzgebiet der angestellten Angehörigen der GuK-Berufe nach Settings in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Wien 2023 (ausgewertete n = 28.360, Mehrfachzuordnungen möglich)

Setting	DGKP	PFA	PA	alle
Krankenanstalten	14.960 (72 %)	537 (71 %)	1.180 (17 %)	16.677 (59 %)
stationäre Pflegeeinrichtungen / Tageszentren	3.292 (16 %)	172 (23 %)	3.730 (55 %)	7.194 (25 %)
mobile Dienste	915 (4 %)	29 (4 %)	1.227 (18 %)	2.171 (8 %)
Industrie und ähnliche Einrichtungen	521 (3 %)	9 (1 %)	75 (1 %)	605 (2 %)
Behindertenbetreuung	403 (2 %)	x	15 (< 1 %)	423 (1 %)
angestellt bei Ärztin bzw. Arzt	258 (1 %)	x	8 (< 1 %)	266 (< 1 %)
Ausbildungseinrichtungen	218 (1 %)	x	x	222 (< 1 %)
selbstständige Ambulatorien	158 (< 1 %)	x	9 (< 1 %)	167 (< 1 %)
weitere Einrichtungen im GW	113 (< 1 %)	x	28 (< 1 %)	144 (< 1 %)
Kuranstalten, Rehaeinrichtungen	111 (< 1 %)	x	497 (7 %)	610 (2 %)
Primärversorgungseinheiten	15 (< 1 %)	x	x	15 (< 1 %)

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Tabelle A27: Angehörige der MTD nach Altersgruppen in absoluten Zahlen und in Prozent mit mindestens einem Standort der Berufsausübung, Wien 2023 (ausgewertete n = 8.580)

Altersgruppen	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
< 25	36 (2%)	11 (3%)	26 (3%)	11 (2%)	6 (4%)	78 (2%)	34 (2%)
25–34	453 (25%)	131 (33%)	309 (32%)	144 (30%)	53 (34%)	975 (29%)	355 (26%)
35–44	375 (21%)	131 (33%)	267 (28%)	146 (31%)	36 (23%)	986 (29%)	353 (26%)
45–54	435 (24%)	67 (17%)	195 (20%)	85 (18%)	31 (20%)	769 (23%)	340 (25%)
55–64	447 (25%)	x	143 (15%)	70 (15%)	26 (16%)	478 (14%)	266 (19%)
≥ 65	64 (4%)	x	19 (2%)	18 (4%)	6 (4%)	118 (3%)	34 (2%)
Mittelwert in Jahren	44,9	40,2	41,3	41,8	41,8	42,4	43,5

Hinweis: x = Daten zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung unterdrückt

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Zeitreihe Berufsberechtigungen gesamt von 2019–2023

Tabelle A28: Gegenüberstellung der Registrierungen gesamt zwischen 2019 und 2023 pro Beruf in absoluten Zahlen

Beruf	Registrierungen gesamt per				
	31. 12. 2019	31. 12. 2020	31. 12. 2021	31. 12. 2022	31. 12. 2023
1. DGKP	99.131	102.648	105.937	108.804	111.566
2. PFA	994	2.140	3.340	4.803	6.500
3. PA	51.234	53.372	56.031	58.900	61.234
Summe Registrierungen 1–3	151.359	158.160	165.308	172.507	179.300
4. BMA	6.039	6.290	6.597	6.829	7.025
5. Diät	1.574	1.665	1.784	1.912	1.989
6. Ergo	3.881	4.111	4.319	4.577	4.795
7. Logo	2.007	2.144	2.244	2.369	2.427
8. Ortho	343	363	390	402	415
9. Physio	14.687	15.947	16.865	17.702	18.551
10. RT	5.091	5.331	5.572	5.804	6.009
Summe Registrierungen 4–10	33.622	35.851	37.771	39.595	41.211
Personen (Grundmenge n) 4–10	33.607	35.834	37.750	39.572	41.184
11. OTA				10	30
Summe Registrierungen Summe 1–11	184.981	194.011	203.079	212.112	220.541
Personen (Grundmenge n) 1–11	184.786	193.795	202.845	211.856	220.264

Quelle: GBR, Darstellung: GÖG

Tabelle A29: Prozentuelles Wachstum der Berufsberechtigungen gesamt von 2019 bis 2023

Beruf	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			
	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. DGKP	+3,5%	+3,2%	+2,7%	+2,5%
2. PFA	+115,3%	+56,1%	+43,8%	+35,3%
3. PA	+4,2%	+5,0%	+5,1%	+4,0%
Summe Registrierungen 1–3	+4,5%	+4,5%	+4,4%	+3,9%
4. BMA	+4,2%	+4,9%	+3,5%	+2,9%
5. Diät	+5,8%	+7,1%	+7,2%	+4,0%
6. Ergo	+5,9%	+5,1%	+6,0%	+4,8%
7. Logo	+6,8%	+4,7%	+5,6%	+2,4%
8. Ortho	+5,8%	+7,4%	+3,1%	+3,2%
9. Physio	+8,6%	+5,8%	+5,0%	+4,8%
10. RT	+4,7%	+4,5%	+4,2%	+3,5%
Summe Registrierungen 4–10	+6,6%	+5,4%	+4,8%	+4,1%
Personen (Grundmenge n) 4–10	+6,6%	+5,3%	+4,8%	+4,1%
11. OTA				+200,0%
Summe Registrierungen Summe 1–11	+4,9%	+4,7%	+4,4%	+4,0%
Personen (Grundmenge n) 1–11	+4,9%	+4,7%	+4,4%	+4,0%

Quelle: GBR, Darstellung: GÖG

Gemäß § 53 Abs. 4 GOG an die Abgeordneten verteilt

per dr. Präs. Schallmeier

A b ä n d e r u n g s a n t r a g

der Abgeordneten Dr. Josef Smolle, Ralph Schallmeiner

und Kolleginnen und Kollegen

zum Gesetzentwurf im Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales 2694 der Beilagen über den Antrag 4115/A betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Sozialhilfe-Grundsatzgesetz, das Bundespflegegeldgesetz, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz geändert werden (TOP 7)

Der Nationalrat wolle in zweiter Lesung beschließen:

Der eingangs bezeichnete Gesetzesentwurf wird wie folgt geändert:

Art. 1 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) wird wie folgt geändert:

Die Z 2 lautet:

»2. Nach §804 wird folgender § 805 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024

§ 805. § 292 Abs. 4 lit. o in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024 tritt mit 1. Jänner 2025 in Kraft.“«

Art. 2 (Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes) wird wie folgt geändert:

Die Z 2 lautet:

»2. Nach § 414 wird folgender § 415 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024

§ 415. § 149 Abs. 4 lit. m in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024 tritt mit 1. Jänner 2025 in Kraft.“«

Art. 3 (Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) wird wie folgt geändert:

Die Z 2 lautet:

»2. Nach § 409 wird folgender § 410 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024

§ 410. § 140 Abs. 4 lit. m in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024 tritt mit 1. Jänner 2025 in Kraft.“«

Art. 6 (Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes) lautet:

»Artikel 6

Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 108/2023, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis wird nach dem Eintrag zu § 15a folgender Eintrag eingefügt:

„§ 15b Verordnung von Arzneimitteln“

2. Im Inhaltsverzeichnis lautet der Eintrag zu § 20:

„§ 20 Intensivpflege, Kinderintensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie“

3. Im Inhaltsverzeichnis lautet der Eintrag zu § 22:

„§ 22 Infektionsprävention und Hygiene“

4. Im Inhaltsverzeichnis lautet der Eintrag zu § 22a:
„§ 22a Wund-, Stoma- und Kontinenzmanagement“

5. Im Inhaltsverzeichnis entfällt der Eintrag zu § 22c.

6. Im Inhaltsverzeichnis lautet der Eintrag der Überschrift des 5. Abschnitts des 2. Hauptstücks:

„Fortbildungen, Weiterbildungen und Höherqualifizierungen“

7. Im Inhaltsverzeichnis entfallen die Einträge zu den §§ 65, 66 bis 70a und 73.

8. Im Inhaltsverzeichnis lautet der Eintrag zu § 65a:
„§ 65a Höherqualifizierung – Lehr- und Führungsaufgaben“

9. Im Inhaltsverzeichnis wird nach dem Eintrag zu § 65a folgender Eintrag eingefügt:
„§ 65b Höherqualifizierung – Setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen“

10. Im Inhaltsverzeichnis wird nach dem Eintrag zu § 116b folgender Eintrag eingefügt:
„§ 116c Übergangsbestimmung – Sonderausbildungen“

11. In § 3a Abs. 3 wird die Wortfolge „Gruppe von höchstens zwölf behinderten Menschen“ durch die Wortfolge „kleinen Gruppe“ ersetzt.

12. In § 5 Abs. 3 wird die Wortfolge „gegen Kostenersatz die Herstellung von Kopien zu ermöglichen“ durch die Wortfolge „eine erste Kopie unentgeltlich zur Verfügung zu stellen“ ersetzt.

13. In § 11 Abs. 2 wird in Z 1 die Wort- und Zeichenfolge „gemäß §§ 65 bis 72“ durch die Wortfolge „gemäß diesem Bundesgesetz“ ersetzt und es entfallen in Z 4 das Wort „oder“ und die Z 5.

14. In § 11 Abs. 2 zweiter Satz wird die Wortfolge „eine gemäß § 65a oder § 65b gleichgehaltene oder anerkannte Ausbildung“ durch die Wortfolge „eine gemäß § 65a anerkannte oder gemäß § 65b in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 185/2013 gleichgehaltene Ausbildung“ ersetzt.

15. § 13 Z 4 lautet:

„4. Verordnung von Medizinprodukten (§ 15a) und Verordnung von Arzneimitteln (§ 15b),“

16. § 15 lautet:

„§ 15. (1) Die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen die eigenverantwortliche Durchführung von bzw. Mitwirkung bei medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und Tätigkeiten zur Behandlung, Betreuung und Beratung in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen nach ärztlicher Anordnung. Für die Durchführung standardisierter diagnostischer Maßnahmen als Vorbereitung des medizinischen Behandlungspfads oder als Überwachungsmaßnahme einer medizinischen Behandlung kann eine generelle ärztliche Anordnung erfolgen.

(2) Der Umfang der Kompetenzen gemäß Abs. 1 ergibt sich aus den in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege, in Weiterbildungen und gegebenenfalls im Rahmen von Höherqualifizierungen erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie.

(3) Nicht delegierbar gemäß Abs. 1 ist die eigenverantwortliche Durchführung von medizinischen Maßnahmen,

1. die nicht vom Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. gegebenenfalls vorliegender Höherqualifizierungen in der Gesundheits- und Krankenpflege erfasst sind oder
2. für deren fachgerechte Durchführung das Vorliegen einer ärztlichen Qualifikation bzw. berufsspezifischen Qualifikation in einem anderen Gesundheitsberuf Voraussetzung ist.

(4) Im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt,

1. Patienten und Klienten an jene Berufsangehörigen weiterzuempfehlen, die aufgrund ihrer beruflichen Kompetenzen für eine fachgerechte Behandlung, Betreuung und Beratung qualifiziert sind, bzw. über den weiteren Behandlungspfad zu informieren, sowie
2. nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung einzelne Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie an Angehörige eines Pflegeassistentenberufs, der Desinfektionsassistenten, der Ordinationsassistenten und der Operationsassistenten und an in Ausbildung zu einem

Gesundheitsberuf stehende Personen weiter zu übertragen und gegebenenfalls die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen, sofern und soweit diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufs umfasst sind.

(5) Weiters sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung berechtigt, einzelne Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie

1. an Personen gemäß § 3b und § 3c weiter zu übertragen, wobei § 3b Abs. 3 bis 6 und § 3c Abs. 2 bis 5 anzuwenden sind, sowie
2. an Personen gemäß § 50a ÄrzteG 1998 weiter zu übertragen und die erforderliche Anleitung und Unterweisung zu erteilen, wobei § 50a Abs. 1 zweiter und dritter Satz ÄrzteG 1998 anzuwenden ist.“

17. Nach § 15a wird folgender § 15b samt Überschrift eingefügt:

„Verordnung von Arzneimitteln

§ 15b. (1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind zur Verordnung von Arzneimitteln gemäß Abs. 3 in den Bereichen

1. Nahrungsaufnahme,
2. Körperpflege sowie
3. Pflegeinterventionen und -prophylaxen

berechtigt.

(2) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung berechtigt, Arzneimittel 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 der Weiterverordnung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist dies dem anordnenden Arzt mitzuteilen. Eine Abänderung von ärztlich verordneten Arzneimitteln durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist nicht zulässig.

(3) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister kann im Verordnungswege festlegen,

1. welche Arzneimittel (einschließlich Verabreichungsform) nach ärztlicher Anordnung in den Bereichen gemäß Abs. 1 Z. 1 bis 3 weiterverordnet werden dürfen und
2. welche Arzneimittel (einschließlich Verabreichungsform) ohne ärztliche Anordnung in den Bereichen gemäß Abs. 1 Z. 1 bis 3 verordnet werden dürfen.

Vor Erlassung der Verordnung sind der Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat, die berufliche Vertretung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, die Österreichische Ärztekammer und der Dachverband der Sozialversicherungsträger zu hören.“

18. § 17 Abs. 2 Einleitungssatz lautet:

„Setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen sind insbesondere:“

19. In § 17 Abs. 2 wird nach Z 3 folgende Z 3a eingefügt:

„3a. Kinderintensivpflege“

20. § 17 Abs. 2 Z 7 und 8 lautet:

- „7. Infektionsprävention und Hygiene
8. Wund-, Stoma- und Kontinenzmanagement“

21. § 17 Abs. 2 Z 10 entfällt.

22. § 17 Abs. 3 lautet:

„(3) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister kann nach Anhörung des Gesundheits- und Krankenpflege-Beirats, der beruflichen Vertretung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung weitere setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen festlegen.“

23. Nach § 17 Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:

„(3a) Voraussetzung für die Ausübung von Spezialisierungen gemäß Abs. 2 und 3, die über die in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in Weiterbildungen erworbenen Kompetenzen

hinausgehen, ist die erfolgreiche Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung oder Spezialisierung, innerhalb von fünf Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit.“

24. Die Überschrift zu § 20 lautet:

„Intensivpflege, Kinderintensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie“

25. Nach § 20 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Die Kinderintensivpflege umfasst die Beobachtung, Betreuung, Überwachung und Pflege von schwerstkranken Früh- und Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen einschließlich Mitwirkung bei Anästhesie und Nierenersatztherapie.“

26. Die Überschrift zu § 22 lautet:

„Infektionsprävention und Hygiene“

27. § 22 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Infektionsprävention und Hygiene umfasst die Mitwirkung bei allen Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und der Sicherstellung der Hygiene in allen Settings dienen.“

28. Die Überschrift zu § 22a lautet:

„Wund-, Stoma- und Kontinenzmanagement“

29. § 22a Abs. 2 lautet:

„(2) Das Stomamanagement umfasst die individuelle Pflege, Versorgung und Beratung von Patienten mit Stoma, Inkontinenzleiden, Fisteln und sekundär heilenden Wunden in Bezug auf die Wundversorgung, Hautpflege, Ernährung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten.“

30. Dem § 22a wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Das Kontinenzmanagement umfasst alle medizinisch-pflegerischen Maßnahmen, die der Aufrechterhaltung der Kontinenz sowie der Versorgung und Beratung von Patienten und Klienten mit Kontinenzproblemen, insbesondere im Hinblick auf Ernährung, Hautpflege und Hilfsmittel, dienen.“

31. § 22c samt Überschrift entfällt.

32. In § 23 Z 2 entfällt die Wortfolge „, von Sonderausbildungen“.

33. In § 24 Abs. 1 wird die Wortfolge „der Fort-, Weiter- und Sonderausbildung“ durch die Wortfolge „von Fort- und Weiterbildung“ ersetzt.

34. § 25 Abs. 1 Z 2 entfällt.

35. § 28 Abs. 1 und 2 lautet:

„(1) Qualifikationsnachweise im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sind:

1. Urkunde über einen an einer österreichischen fachhochschulischen Einrichtung erfolgreich abgeschlossenen Fachhochschul-Bachelorstudiengang gemäß Fachhochschulgesetz (FHG), BGBl. Nr. 340/1993, in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege;
2. Diplom über eine mit Erfolg abgeschlossene Ausbildung an einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 120/2016;
3. Diplom über eine mit Erfolg abgeschlossene Ausbildung an einer Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 120/2016;
4. Diplom über eine mit Erfolg abgeschlossene Ausbildung einer Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 120/2016;
5. Diplom über eine mit Erfolg abgeschlossene Ausbildung einer Krankenpflegeschule, einer Kinderkrankenpflegeschule oder einer Ausbildungsstätte für die psychiatrische Krankenpflege nach den Bestimmungen des Krankenpflegegesetzes, BGBl. Nr. 102/1961.

(2) Fachhochschul-Bachelorstudiengänge gemäß Abs. 1 Z 1 haben

1. unter der Leitung eines Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu stehen und
2. der Verordnung gemäß Abs. 3 zu entsprechen.“

36. In § 28 Abs. 3 erster Satz wird die Wortfolge „Ausbildungen gemäß Abs. 2“ durch die Wortfolge „Fachhochschul-Bachelorstudiengänge gemäß Abs. 1 Z 1“ ersetzt und es entfällt der zweite Satz.

37. In § 28 Abs. 4 Z 4 entfällt die Wortfolge „und den kurz-, mittel- und längerfristigen Bedarf“.

38. In § 28 Abs. 5 wird der Ausdruck „gemäß Abs. 2“ durch den Ausdruck „gemäß Abs. 1 Z 1“ ersetzt.

39. In § 28 Abs. 6 wird der Ausdruck „Abs. 1 Z 1 und 4“ durch den Ausdruck „gemäß Abs. 1 Z 2 und 5“ ersetzt.

40. § 28a Abs. 7 lautet:

„(7) Personen,

1. bei denen auf Grund wesentlicher Unterschiede zwischen der nach diesem Bundesgesetz erforderlichen und der im Herkunftsstaat erworbenen Qualifikation die Anerkennung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege unter der Bedingung der Absolvierung von Ausgleichsmaßnahmen erfolgt, oder
2. deren im Herkunftsstaat erworbene Qualifikation im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ohne die Bedingung der Absolvierung von Ausgleichsmaßnahmen anerkannt wurde, die aber noch nicht über die für die Berufsausübung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen,

sind berechtigt, sich in der Pflegefachassistenz in das Gesundheitsberuferegister eintragen zu lassen und innerhalb von zwei Jahren ab Eintragung in das Gesundheitsberuferegister die Pflegefachassistenz auszuüben; diese Frist ist nicht verlängerbar.“

41. § 30 Abs. 1 lautet:

„(1) Als Qualifikationsnachweise für Spezialisierungen gemäß § 17 sind Qualifikationsnachweise gemäß § 28a Abs. 1 und 2 nach den Bestimmungen der Richtlinie 2005/36/EG anzuerkennen, sofern diese eine Ausbildung abschließen, die der entsprechenden österreichischen Ausbildung gleichwertig ist.“

42. In § 31 Abs. 1 wird vor dem Wort „nostrifiziert“ die Wortfolge „unter Berücksichtigung im Rahmen einschlägiger Berufserfahrung erworbener Kompetenzen“ eingefügt.

43. In § 31 Abs. 1a wird die Wortfolge „ab Erlassung des Nostrifikationsbescheids“ durch die Wortfolge „ab Eintragung in das Gesundheitsberuferegister“ ersetzt.

44. Die Überschrift des 5. Abschnitts des 2. Hauptstücks lautet:

„Fortbildungen, Weiterbildungen und Höherqualifizierungen“

45. Dem § 64 wird folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat durch Verordnung nähere Regelungen insbesondere über

1. die Inhalte und die Abhaltung von Weiterbildungen unter Bedachtnahme auf eine qualitätsgesicherte Ausbildung,
2. die Leistungsfeststellung und -beurteilung,
3. die Form und den Inhalt der auszustellenden Zeugnisse und
4. einheitliche Zusatzbezeichnungen

zu erlassen.“

46. Die §§ 65, 66 bis 70a und 73 samt Überschriften entfallen.

47. § 65a samt Überschrift lautet:

„Höherqualifizierung – Lehr- und Führungsaufgaben

§ 65a. (1) Für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind zur Höherqualifizierung, die für die Ausübung von Lehraufgaben gemäß § 17 Abs. 5 und für Führungsaufgaben gemäß § 17 Abs. 6 erforderlich sind, Spezialisierungsausbildungen nach den hochschulrechtlichen Regelungen anzubieten.

- (2) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat durch Verordnung
1. die für die Ausübung von Lehraufgaben und von Führungsaufgaben zu vermittelnden Qualifikationsprofile festzulegen und
 2. die Studiengänge nach den hochschulrechtlichen Regelungen, die die Vermittlung der Qualifikationen gemäß Z. 1 gewährleisten, als Ausbildungen für Lehraufgaben bzw. für Führungsaufgaben anzuerkennen.

(3) Der Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat gemäß § 65c hat die fachliche Grundlage für die Qualifikationsprofile gemäß Abs. 2 Z 1 und Richtlinien für die Anerkennung gemäß Abs. 2 Z 2 festzulegen. Voraussetzung für die Anerkennung von Studiengängen als Ausbildung für Lehraufgaben bzw. für Führungsaufgaben ist die Einholung eines Gutachtens des Gesundheits- und Krankenpflege-Beirats.

- (4) Dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister sind
1. alle Änderungen von Studienplänen von Ausbildungen, die gemäß Abs. 2 Z 2 anerkannt sind, und
 2. Studienpläne von Ausbildungen, für die eine Anerkennung gemäß Abs. 2 Z 2 angestrebt wird,
- von der jeweiligen Ausbildungseinrichtung unter Nachweis der Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen zu übermitteln.“

48. Nach § 65a wird folgender § 65b samt Überschrift eingefügt:

„Höherqualifizierung – Setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen

§ 65b. (1) Für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind zur Höherqualifizierung, die für die Ausübung von setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen gemäß § 17 Abs. 2 und 3 erforderlich ist, Spezialisierungsausbildungen nach den hochschulrechtlichen Regelungen im Mindestumfang von 60 ECTS-Anrechnungspunkten anzubieten. Die Spezialisierungsausbildungen haben theoretische und praktische Ausbildungsinhalte zu umfassen.

(2) Spezialisierungsausbildungen gemäß Abs. 1 können als in sich geschlossene Studiengänge oder gestuft in Lehrgängen mit Einzelabschlüssen angeboten werden.

(3) Bei Spezialisierungen mit mehreren Fachbereichen können diese auch getrennt in Fachbereichen angeboten und absolviert werden, sie gelten jedoch als Spezialisierung gemäß Abs. 1 nur bei Absolvierung aller vorgesehenen Fachbereiche.

(4) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat durch Verordnung für Spezialisierungsausbildungen gemäß Abs. 1 insbesondere

1. die zu vermittelnden Qualifikationsprofile,
2. die Mindestanforderungen an eine qualitätsgesicherte Ausbildung,
3. die Zugangsvoraussetzungen

festzulegen.“

49. In § 83 Abs. 2 entfallen der vorletzte und letzte Satz.

50. In § 83 Abs. 4 entfällt im zweiten Satz das Wort „schriftlicher“, wird im dritten Satz der Ausdruck „Abs. 5“ durch den Ausdruck „Abs. 4 Z 2“ ersetzt und entfällt der letzte Satz.

51. § 83a lautet:

§ 83a. (1) Der Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz umfasst die eigenverantwortliche Durchführung folgender Aufgaben:

1. Mitwirkung an und Durchführung von Pflegemaßnahmen (Abs. 2),
2. Handeln in Notfällen (Abs. 3),
3. Mitwirkung bei medizinischer 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. Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistenzberufe.

Die Durchführung von Pflegemaßnahmen darf nur nach Anordnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen.

(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 medizinischer Diagnostik und Therapie gemäß Abs. 1 Z 3 umfasst:
 1. Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln,
 2. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren,
 3. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden sowie Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,
 4. Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern, ausgenommen bei Kindern,
 5. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen),
 6. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests),
 7. Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie EKG, EEG, BIA, Lungenfunktionstest,
 8. Blutentnahme aus der Vene,
 9. Legen, Wechsel und Entfernung von subkutanen und periphervenösen Verweilkanülen,
 10. Verabreichung von subkutanen Injektionen,
 11. Verabreichung von subkutanen Infusionen und intravenösen Infusionen ohne medikamentösen Wirkstoff zur Hydratation bei liegendem periphervenösen Gefäßzugang,
 12. Ab- und Anschließen laufender Infusionen ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem periphervenösen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben,
 13. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen, und Assistenz bei der chirurgischen Wundversorgung,
 14. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen,
 15. einfache Wärme-, Kälte- und Lichtenwendungen,
 16. Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung.

Im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie hat die Durchführung der Tätigkeiten im Einzelfall nach ärztlicher Anordnung zu erfolgen. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 4 Z 2 kann die Anordnung auch durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen.“

52. § 87 Abs. 11 und 12 lautet:

„(11) Personen, denen die Anerkennung in der Pflegefachassistenz gemäß Abs. 3 an die Bedingung der Absolvierung einer Eignungsprüfung oder eines Anpassungslehrgangs geknüpft wurde, sind berechtigt, sich in der Pflegeassistenz in das Gesundheitsberuferegister eintragen zu lassen und innerhalb von zwei Jahren ab Eintragung in das Gesundheitsberuferegister die Pflegeassistenz auszuüben; diese Frist ist nicht verlängerbar.

(12) Personen, denen die Anerkennung in der Pflegeassistenz gemäß Abs. 3 an die Bedingung der Absolvierung einer Eignungsprüfung oder eines Anpassungslehrgangs geknüpft wurde, sind berechtigt, sich in der Pflegeassistenz in das Gesundheitsberuferegister eintragen zu lassen und innerhalb von zwei Jahren ab Eintragung in das Gesundheitsberuferegister die Pflegeassistenz unter Anleitung und Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auszuüben; diese Frist ist nicht verlängerbar.“

53. § 89 Abs. 9 und 10 lautet:

„(9) Personen, denen die Nostrifikation in der Pflegefachassistenz gemäß Abs. 7 an die Bedingung der Absolvierung einer Ergänzungsausbildung geknüpft wurde, sind berechtigt, sich in der Pflegeassistenz in

das Gesundheitsberuferegister eintragen zu lassen und innerhalb von zwei Jahre ab Eintragung in das Gesundheitsberuferegister die Pflegeassistenz auszuüben; diese Frist ist nicht verlängerbar.

(10) Personen, denen die Nostrifikation in der Pflegeassistenz gemäß Abs. 7 an die Bedingung der Absolvierung einer Ergänzungsausbildung geknüpft wurde, sind berechtigt, sich in der Pflegeassistenz in das Gesundheitsberuferegister eintragen zu lassen und innerhalb von zwei Jahren ab Eintragung in das Gesundheitsberuferegister die Pflegeassistenz unter Anleitung und Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auszuüben; diese Frist ist nicht verlängerbar.“

54. Nach § 116b wird folgender § 116c samt Überschrift eingefügt:

„Übergangsbestimmung – Sonderausbildungen

§ 116c. (1) Sonderausbildungen gemäß §§ 65 ff. in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. xxx/2024 können nach diesen Bestimmungen bis längstens 31. Dezember 2032 begonnen und nach diesen Bestimmungen durchgeführt und abgeschlossen werden.

(2) Diplome über eine Sonderausbildung gemäß §§ 66 bis 70 in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. xxx/2024 gelten als Höherqualifizierung für die entsprechende setting- oder zielgruppenspezifische Spezialisierung gemäß § 65b in der Fassung BGBl. I Nr. xxx/2024.“

55. Dem § 117 werden folgende Abs. 42 bis 44 angefügt:

„(42) Der Eintrag zu § 65a im Inhaltsverzeichnis sowie § 3a Abs. 3, § 5 Abs. 3, § 15, § 28 Abs. 1 bis 6, § 28a Abs. 7, § 31 Abs. 1 und 1a, § 65a samt Überschrift, § 83 Abs. 2 und 4, § 83a, § 87 Abs. 11 und 12 und § 89 Abs. 9 und 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2024 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(43) Die Einträge zu § 15b, § 20, § 22, § 22a, zum 5. Abschnitt des 2. Hauptstücks, zu § 65b und § 116c im Inhaltsverzeichnis sowie § 13 Z 4, § 15b samt Überschrift, § 17 Abs. 2, 3 und 3a, die Überschrift zu § 20, § 20 Abs. 1a, die Überschrift zu § 22, § 22 Abs. 1, die Überschrift zu § 22a, § 22a Abs. 2 und 3, § 30 Abs. 1, die Überschrift des 5. Abschnitts des 2. Hauptstücks, § 65b samt Überschrift und § 116c samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2024 treten mit 1. September 2025 in Kraft; gleichzeitig treten die Einträge zu §§ 22c und § 70a im Inhaltsverzeichnis sowie die §§ 22c und 70a samt Überschriften außer Kraft. Verordnungen gemäß § 65b Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2024 können bereits ab dem der Kundmachung des BGBl. I Nr. xxx/2024 folgenden Tag erlassen werden und treten frühestens mit 1. September 2025 in Kraft.

(44) § 11 Abs. 2, § 23 Z 2, § 24 Abs. 1, § 25 Abs. 1 und § 64 Abs. 7 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2024 treten mit 1. Jänner 2033 in Kraft; gleichzeitig treten die Einträge zu §§ 65, 66 bis 70 und 73 im Inhaltsverzeichnis sowie die §§ 65, 66 bis 70 und 73 samt Überschriften außer Kraft.“

Ribo
(RIBO)

W. L. Saxinger
(SAXINGER)

J. Smaller
(Smaller)

(Schauermeister)

(Pöttinger)

Begründung

Zu Artikel 1 bis 3 (§ 805 ASVG, § 415 GSVG, § 410 BSVG):

Mit der Verlegung des Zeitpunkts des Inkrafttretens auf den 1. Jänner 2025 wird der notwendigen Vorlaufzeit für die Umsetzung im Bereich des Vollzugs Rechnung getragen.

Zu Artikel 6 (GuKG):

Die vorliegende GuKG-Novelle enthält weitere Umsetzungsschritte für das am 12. Mai 2022 von der Bundesregierung im Ministerrat beschlossene umfassende Pflegereformpaket. Ziel auch der vorliegenden Novelle ist eine nachhaltige Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der berufsrechtlichen Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.

Die Umsetzung der zentralen berufs- und ausbildungsrechtlichen Maßnahmen im Rahmen des Pflegereformprozesses seit 2022 erfolgte in einem zeitlichen Stufenprozess.

So wurden berufsrechtliche Maßnahmen (Kompetenzerweiterungen bzw. Anpassung der Tätigkeitsbereiche der Pflegeassistentenberufe an die Anforderungen der Praxis, Entfristung der Pflegeassistenten in Krankenanstalten, Erleichterung von Nostrifikationen) bereits im Rahmen der GuKG-Novelle BGBl. I Nr. 82/2022, der GuKG-Novelle 2022, BGBl. I Nr. 128, und der GuKG-Novelle 2023, BGBl. I Nr. 108, umgesetzt.

Zur Erleichterung der Nostrifikationen wurden durch die GuKG-Novelle BGBl. I Nr. 82/2022 sowie die GuKG-Novelle 2023 für Berufsangehörige eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufs mit ausländischem Ausbildungsabschluss schon während eines Anerkennungs- bzw. Nostrifikationsverfahrens Maßnahmen in Form einer befristeten Berufsausübungsmöglichkeit in einem niederschwelligeren Pflegeberuf (PA oder PFA) umgesetzt. Weiters wurde die Nostrifikationsbestimmung für Pflegeassistentenberufe dahingehend umgestaltet, dass sich der Bewertungsmaßstab nicht mehr auf einen 1:1-Vergleich der Ausbildungsinhalte, sondern auf die erforderlichen Kompetenzen ausrichtet. Mit diesen Maßnahmen soll ein schnellerer und leichter Berufszugang von im Ausland ausgebildeten qualifizierten Pflegekräften realisiert werden.

Weiters sind bereits folgende ausbildungsrechtliche Maßnahmen im Rahmen des Pflegereformprozesses umgesetzt worden:

- Für die Lehrlingsausbildung in den Pflegeassistentenberufen (PA-/PFA-Lehre) wurden die rechtlichen Grundlagen im Berufsausbildungsgesetz (BAG-Novelle BGBl. I Nr. 62/2023) und im GuKG gemeinsam mit dem führend zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft und dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung vorbereitet und 2023 der parlamentarischen Behandlung zugeführt. Die Ausbildungsordnungen für den Lernort Betrieb sind ebenfalls bereits erlassen und unter BGBl. II Nr. 244/2023 und BGBl. II Nr. 245/2023 kundgemacht. Als Unterstützung für die Ausbildung in den Lehrbetrieben ist die Bereitstellung eines Ausbildungshandbuches inklusive einer Ausbildungsdokumentation für Lehrlinge vorgesehen, diese ist noch in Erarbeitung. Die Übergangslehrpläne für die Berufsschulen wurden vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung ebenfalls bereits veröffentlicht. Erste Ausbildungsversuche in der PA- bzw. PFA-Lehre sind in einigen Bundesländern mit Herbst 2023 bereits gestartet.
- Bezüglich der Überführung der Schulversuche im berufsbildenden Schulwesen in das Regelschulwesen wurden mit dem Schulrechtspaket BGBl. I Nr. 165/2022 die Rechtsgrundlagen für die Einführung neuer Schulformen, die Höhere Lehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung (HLPS) und die Fachschule für Sozialberufe mit Pflegevorbereitung, geschaffen. Damit wurden die Schulversuche im berufsbildenden Schulwesen, die eine Qualifikation in der Pflegeassistenten bzw. Pflegefachassistenten vermitteln, in das Regelschulwesen überführt. Die erforderliche Lehrpläne wurden ebenfalls bereits unter BGBl. II Nr. 150/2023 erlassen.

Durch die vorliegende Novelle werden entscheidende berufs- und ausbildungsrechtliche Reformmaßnahmen auf den Weg gebracht, die eine nachhaltige Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der berufsrechtlichen Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bezwecken. Nach den Reformen der vergangenen Jahre werden weitere zukunftsweisende Maßnahmen getroffen, die den Pflegesektor langfristig dabei unterstützen sollen, den aktuellen und künftigen Herausforderungen zu begegnen. Die Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Handlungsspielräume ermöglicht eine hochwertige Versorgung und ist ein wichtiger Schritt, die Pflegeberufe nachhaltig zu attraktiveren. Die im Herbst 2023 abgeschlossene Evaluierung der GuKG-Novelle 2016, die von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführt worden ist, hat eine klare Entscheidungsgrundlage zugunsten des Auslaufens der Sekundärausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und für die

vollständige Überführung der DGKP-Ausbildung in den Fachhochschulbereich gebracht. Demzufolge sind mit 1. Jänner 2024 die Rechtsgrundlagen für die DGKP-Ausbildung auf Sekundarstufe im GuKG außer Kraft getreten, die bis Ende 2023 noch begonnenen DGKP-Ausbildungen auf Sekundarstufe laufen daher bis Ende 2026 aus. Somit ist mit Beginn 2024 die Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auch in Österreich – entsprechend der internationalen Entwicklung und den gestiegenen Anforderungen an diesen zentralen Beruf im Gesundheitswesen – ausschließlich dem tertiären Bildungssektor zuzuordnen. Diese Entwicklung ist als unabdingbare Voraussetzung für das künftige Gefüge innerhalb der drei Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu sehen wie auch als notwendige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Rolle des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im österreichischen Gesundheits- und Pflegewesen.

Die Ergebnisse der Evaluierung liefern weiters weitere aussagekräftige und evidenzbasierte Grundlagen für zukunftsweisende Maßnahmen für alle drei Pflegeberufe (Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegefachassistent, Pflegeassistent). Als Schlussfolgerung der Evaluierung ergibt sich, dass eine Weiterentwicklung des GuKG hinsichtlich der berufsrechtlichen Handlungsspielräume wesentlich ist, um langfristig die Grundlagen für eine qualitätsvolle Versorgung zu schaffen und Pflegeberufe als attraktive Berufswahl zu verankern.

Eine Online-Präsentation zu den Ergebnissen der Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 erfolgte seitens der Gesundheit Österreich GmbH am 8. November 2023. Im Zusammenhang mit der Zielsetzung nach einer Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Handlungsspielräume der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe hat am 29. November 2023 das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eine Online-Veranstaltung zum Thema „Neugestaltung der Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe“ abgehalten.

Dementsprechend werden nunmehr im Rahmen der vorliegenden Novelle die Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe neu gestaltet und für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, einer akademisierten Berufsgruppe adäquat geregelt.

Auch wird der im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 begonnene erste Schritt der Neugestaltung der Regelungen hinsichtlich der Spezialisierungen und ihrer Zuordnung zum tertiären Ausbildungsbereich als logischer Schritt der Tertiärisierung der Ausbildung fortgesetzt. Der gesamte Bereich der Spezialisierungen bzw. Höherqualifizierungen wird damit dem tertiären Bereich zugeordnet. Dies trägt auch der Schaffung eines einheitlichen Europäischen Hochschulraums, dem Bologna-Prozess bzw. der Bologna Architektur, Rechnung. Die eingeräumten Übergangsfristen für die bestehenden Ausbildungsangebote für Spezialisierungen, die bisherige noch auf Sekundarstufe angesiedelten – Sonderausbildungen, sollen für die betroffenen Einrichtungen ausreichende Planungs- und Umsetzungszeiträume bieten.

Zielsetzung der in der Novelle vorgesehenen Reformmaßnahmen ist auch, dass diese zeitnah in Umsetzung gebracht werden. In der Folge sollen in einem weiteren nächsten Reformschritt die im Berufsfeld und Ausbildungsbereich der Pflege bereits laufenden Entwicklungen neuer Rollen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, die zukünftig einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung leisten können, berufsrechtlich abgebildet werden (z.B. Community Health Nurse, School Nurse, ANP).

Finanzielle Auswirkungen:

Die vorliegende Novelle beinhaltet weitere berufsrechtliche Maßnahmen, die auf eine nachhaltige Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der berufsrechtlichen Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe abzielen und kostenneutral in Umsetzung gebracht werden können. Es wird daher von keinen finanziellen Mehraufwendungen für den Bund, die Länder und die Sozialversicherung ausgegangen.

Verhältnismäßigkeitsprüfung:

Durch die vorgeschlagenen Regelungen wird der Zugang zu den und die Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe gegenüber den bestehenden Regelungen nicht beschränkt, sondern im Sinne der angestrebten Kompetenzerweiterung und Öffnung von Vorbehaltsbereichen und des Abbaus berufsrechtlicher Schranken zwischen und innerhalb der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe erleichtert. Diese Regelungen fallen somit nicht in den Anwendungsbereich der Richtlinie (EU) 2018/958 und erfordern keine Verhältnismäßigkeitsprüfung nach den Bestimmungen des Verhältnismäßigkeitsprüfungs-Gesetzes (VPG), BGBl. I Nr. 67/2021.

Zu Artikel 6 Z 1, 15, 17 und 55 (Inhaltsverzeichnis, §§ 13, 15b und 117 Abs. 43 GuKG):

In den Jahren 2010 bis 2012 fanden mehrere Arbeitssitzungen zur Frage der Durchführung ärztlicher Tätigkeiten durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit dem Schwerpunkt Arzneimittel und Medizinprodukte statt. Ziel der Arbeitsgruppen war es, einen den Bedürfnissen der Praxis

entsprechenden Konsens hinsichtlich der Möglichkeit der Übernahme von Tätigkeiten durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen im Bereich der Anordnung und Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten zu erzielen. Je nach Handlungsfeld (Krankenanstalten, Pflegeheime, Hauskrankenpflege etc.) soll diese Ermächtigung durch organisations- und dienstrechtliche Vorgaben unterschiedlich gehandhabt bzw. ausgeschöpft werden. Die Verordnungskompetenz der Ärzt:innen soll davon unberührt bleiben.

Das Ergebnis der Arbeitsgruppen, an der Vertreter:innen des Gesundheitsministeriums, der Ärzteschaft und der Gesundheits- und Krankenpflege teilnahmen, waren gemeinsam erarbeitete Konsenspapiere zur Frage, ob und welche Medizinprodukte und Arzneimittel unter welchen Voraussetzungen auch vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege verordnet bzw. weiterverordnet und angewendet werden könnten.

Im Rahmen der GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 75/2016, wurde die gesetzliche Grundlage für die Weiterverordnung von ärztlich verordneten Medizinprodukten in bestimmten Bereichen geschaffen. Da sich diese Regelung in der Folge in der Praxis als schwer umsetzbar erwiesen hat, wurde im Rahmen der GuKG-Novelle 2023, BGBl. I Nr. 108/2023, eine mit der Sozialversicherung abgestimmte Erweiterung auf die Möglichkeit der Erstverordnung von bestimmten Medizinprodukten durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen geschaffen, die seit 1. Jänner 2024 durch die entsprechenden sozialversicherungsrechtlichen Begleitmaßnahmen wirksam geworden ist.

Was die Umsetzung der im Konsenspapier zu den Arzneimitteln festgelegten fachlichen Grundlagen betrifft, so ist dafür bis dato keine berufsrechtliche Grundlage im GuKG geschaffen worden. Daher wird im Sinne der durch diese Novelle angestrebten Erweiterung der Kompetenzen auch dieser Bereich umgesetzt. Bei den in Frage kommenden Produkten handelt es sich um Arzneimittelgruppen, die im Rahmen der pflegerischen Versorgung anfallen und nicht sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig sind. Die Entscheidung über die Möglichkeit der Weiterverordnung erfolgt nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung, die neben dem Produkt und der Verabreichungsform auch eine allfällige Befristung der Weiterverordnung bzw. Modalitäten der Rückkoppelung mit dem/der Arzt/Ärztin enthalten kann. Eine Abänderung der ärztlichen Verordnung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist nicht zulässig. Die Vorgaben des Rezeptpflichtgesetzes sind ebenso zu beachten wie die Qualitätsanforderungen an Arzneimittel entsprechend dem Arzneimittelrecht. Im Verordnungswege werden jene Arzneimittel in den genannten drei Bereichen im Rahmen der pflegerischen Versorgung bestimmt, die vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit oder ohne ärztliche Anordnung (weiter)verordnet und in der Folge verabreicht werden dürfen. Formalerfordernis für die Erlassung der Verordnung gemäß Abs. 3 ist die Anhörung der Berufsvertretungen der Ärzt:innen und der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der Sozialversicherung. Die Ergebnisse der Anhörung haben einen hohen Stellenwert und dienen als Grundlage für die zu erlassende Verordnung.

Zu Artikel 6 Z 2 bis 7, 9, 10, 13, 14, 18 bis 34, 41, 44 bis 48, 54 und 55 (Inhaltsverzeichnis, §§ 11, 17, 20, 22, 22a, 22c, 23 bis 25, 30 Abs. 1, 5. Abschnitt des 2. Hauptstücks, § 116c und § 117 Abs. 43 und 44 GuKG):

Bereits im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 wurde der erste Schritt zur Neugestaltung der Regelungen hinsichtlich der Spezialisierungen gesetzt. Die damals drei neugeschaffenen setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen wurden bereits ausschließlich dem tertiären Ausbildungsbereich zugeordnet. Im Rahmen der vorliegenden Novelle wird diese Entwicklung für alle Spezialisierungen fortgesetzt. Auch ist die Tertiärisierung der Spezialisierungen im Sinne des Bologna-Prozesses und der Bologna-Architektur als logische Folge und als notwendiger Schritt der erfolgten vollständigen Tertiärisierung der Grundausbildung erforderlich. Der gesamte Bereich der Spezialisierungen bzw. Höherqualifizierung wird somit dem tertiären Bereich zugeordnet (siehe Allgemeiner Teil). Festzuhalten ist, dass die Notwendigkeit einer ärztlichen Anordnung für Tätigkeiten im Rahmen von Spezialisierungen weiterhin bestehen bleibt. Klargestellt wird, dass im Sinne des § 15 Abs. 3 das Berufsbild nicht erweitert wird und jene Maßnahmen, deren fachgerechte Durchführung einer ärztlichen Qualifikation bzw. Qualifikation in einem anderen Gesundheitsberuf bedürfen, nicht von Spezialisierungen erfasst sind.

Als Grundlage für die Adaptierung und Neugestaltung der Regelungen betreffend Spezialisierungen werden die fachlichen Vorarbeiten der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) herangezogen. Ein Arbeitspapier der Gesundheit Österreich GmbH „Aktualisierung der Spezialisierungen in der GuK – Setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen (ausgenommen OP-Pflege)“ vom Dezember 2020, das unter Hinzuziehung externer Expert:innen ausgearbeitet worden ist, dient hierbei als zentrales Fachkonzept, das in der Folge auch bei der Ausarbeitung der Durchführungsverordnungen für die Spezialisierung eine wertvolle Grundlage bieten wird. Die Spezialisierung OP-Pflege war im Rahmen

dieser Arbeiten aufgrund der parallel laufenden Arbeiten zur Operationstechnischen Assistenz ausgenommen.

Die GÖG hat weiters im Jahr 2023 im Auftrag des Gesundheitsministeriums fachliche Vorarbeiten zur künftigen tertiären Ausbildungsarchitektur der Spezialisierungen geleistet, die ebenfalls in die Konzeption der vorliegenden Novelle eingeflossen sind.

Aus den fachlichen Vorarbeiten ergibt sich zunächst für die Adaptierung der derzeit vorgesehenen Spezialisierungen ein Anpassungsbedarf im Hinblick auf die Änderung der Bezeichnung und des Anwendungsbereichs der Spezialisierung „Krankenhaushygiene“ auf die alle Settings umfassende „Infektionsprävention und Hygiene“, weiters ergibt sich die Notwendigkeit der Änderung der Spezialisierung „Wundmanagement und Stomaversorgung“ in „Wund-, Stoma- und Kontinenzmanagement“.

Zu der im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 neu aufgenommenen Spezialisierung „Psychogeriatrische Pflege“ haben die fachlichen Vorarbeiten gezeigt, dass sich die erarbeiteten Qualifikationsprofile und die notwendigen Kompetenzen der Spezialisierungen „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Psychogeriatrische Pflege“ nicht unterscheiden. Folglich sollten diese nicht als getrennte Spezialisierungen normiert werden, sondern der Bereich Psychogeriatrische Pflege kann vielmehr im Rahmen der Spezialisierungsausbildungen der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege durch Schwerpunktsetzungen vermittelt werden.

Weiters wird die Spezialisierung Kinderintensivpflege, die bisher unsystematisch in § 68a GuKG geregelt war, in die §§ 17 und 20 GuKG aufgenommen.

Diesen Änderungen wird auch in der Regelung über die EWR-Anerkennung von Spezialisierungen (§ 30) Rechnung getragen.

Im Sinne einer dynamischen Regelung der setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen, die auch künftigen Bedarfen gerecht werden soll, wird im § 17 GuKG von der taxativen Aufzählung der Spezialisierungen zugunsten einer demonstrativen Aufzählung abgegangen und die Möglichkeit geschaffen, im Verordnungsweg nach Anhörung der beruflichen Vertretung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und der Österreichischen Ärztekammer weitere über die Auflistung hinausgehende setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen festzulegen, für die ebenfalls die in § 65b GuKG festgelegten Vorgaben gelten werden. So könnten zukünftig weitere Spezialisierungen, z. B. im Bereich „Cancer Nursing“, „Acute Community Nursing“, geschaffen werden. Für alle (auch künftigen) setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen werden insbesondere die zu vermittelnden Qualifikationsprofile, die Mindestanforderungen an die Ausbildung und die Zugangsvoraussetzungen in den gesundheitsrechtlichen Durchführungsbestimmungen festzulegen sein.

Aus den Ergebnissen der GÖG-Arbeiten im Jahr 2023 zur tertiären Ausbildungsarchitektur sowie aufgrund der Tertiärisierung des Berufs und der damit verbundenen Neugestaltung des § 15 GuKG werden nunmehr auch die setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen auf tertiärem Niveau als Höherqualifizierung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen geregelt.

In § 65b GuKG wird normiert, dass Spezialisierungsausbildungen für die setting- und zielgruppenspezifische Höherqualifizierung angeboten werden müssen. Wie bei der Neugestaltung zu § 15 GuKG ausgeführt, ist vom Berufs- und Tätigkeitsvorbehalt auch der Bereich der Spezialisierungen mitumfasst. Die bisher in § 17 Abs. 3 vorgesehene Regelung, wonach innerhalb von fünf Jahren die entsprechende Spezialisierungsausbildung zu absolvieren ist, wird mit der Maßgabe im neuen Abs. 3a beibehalten, dass dem neu gestalteten § 15 in Verbindung mit § 65b GuKG Rechnung getragen wird.

Zur Konkretisierung und Spezifizierung eines qualitätsgesicherten Personaleinsatzes in Spezialbereichen sind organisationsrechtliche Strukturqualitätskriterien, z.B. im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), zu verankern. Mit den neuen Regelungen wird auch den Zielsetzungen des Artikel 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens Rechnung getragen (siehe unten zu § 15 GuKG).

Die für die Erlangung der erforderlichen Qualifikationen von den Hochschulen anzubietenden Spezialisierungsausbildungen müssen einen Mindestumfang von 60 ECTS-Anrechnungspunkten aufweisen und können nach den hochschulrechtlichen Möglichkeiten des Universitätsgesetzes 2002, des Fachhochschulgesetzes und des Privathochschulgesetzes angeboten und absolviert werden, wobei auch eine modulare Form denkbar ist. Klargestellt wird, dass die hochschulrechtlichen Weiterbildungsmöglichkeiten nicht zwingend einen Bachelorabschluss als Zugangsvoraussetzung vorsehen, sodass insbesondere für akademische Lehrgänge der Zugang auch für auf Sekundarstufe ausgebildete Personen offenstehen sollte. Bereits derzeit gibt es entsprechende Ausbildungsangebote an allen drei Hochschulsektoren (Fachhochschulen, öffentliche Universitäten, Privatuniversitäten).

Um für die betroffenen Einrichtungen ausreichende Planungs- und Umsetzungszeiträume zu ermöglichen und zwischenzeitlich insbesondere auch den diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, die die Grundausbildung an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule absolviert haben, ein ausreichendes Ausbildungsangebot im Bereich der setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen anbieten zu können, wird im Rahmen der Übergangs- und Inkrafttretensbestimmungen geregelt, dass in den nächsten Jahren Sonderausbildungen nach dem bisherigen Regelungsregime noch parallel zu den neugestalteten Spezialisierungsausbildungen durchgeführt werden können. Erst mit dem Auslaufen der Sonderausbildungen werden daher auch die entsprechenden Änderungen bzw. der Entfall der Bestimmungen betreffend Sonderausbildungen mit dieser Legislative wirksam.

Zu Artikel 6 Z 8 und 47 (Inhaltsverzeichnis und § 65a GuKG):

Die Regelung über die Qualifikation für Lehr- und Führungsaufgaben in der Pflege ist einerseits an die für die setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen geschaffene Zuordnung als Höherqualifizierung anzupassen und andererseits im Rahmen des seit 20 Jahren bestehenden bewährten Systems weiterzuentwickeln.

Im Gegensatz zu den setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen besteht im Bereich der Ausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben bereits seit den 1990er-Jahren ein umfassendes Ausbildungsangebot im Hochschulbereich. Demzufolge wurde bereits damals eine Gleichhaltung für diesen Bereich rechtlich verankert und durch die GuKG-Novelle 2005 ein Anerkennungssystem durch den damaligen GuK-Akkreditierungsbeirat, nunmehr Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat, implementiert. Im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 wurde das zeitnahe Auslaufen der Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben festgelegt, zumal sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht das hochschulische Ausbildungsangebot in diesem Bereich in der Praxis umgesetzt war.

Was die Anerkennung von hochschulischen Ausbildungen als für Lehr- und Führungsaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege qualifizierend betrifft, so hat der Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat kompetenzorientierte Qualifikationsprofile entwickelt und darauf basierende Prüfungsrichtlinien erarbeitet, die eine transparente, nachvollziehbare und qualitätsgesicherte Grundlage für die Schaffung eines entsprechenden Ausbildungsangebots und deren berufsrechtliche Anerkennung darstellt. Im Sinne der Rechtsklarheit soll dieses bewährte Prozedere in der gesetzlichen Grundlage des § 65a GuKG rechtlich verankert werden.

Darüber hinaus ist die Regelung des § 65a GuKG an die jüngsten hochschulrechtlichen Entwicklungen, insbesondere im Bereich der hochschulischen Weiterbildung, anzupassen, um sicherzustellen, dass eine berufsrechtliche Anerkennung den aktuellen breiten hochschulrechtlichen Möglichkeiten eines einschlägigen Studienangebots offen steht.

Zu Artikel 6 Z II (§ 3a GuKG):

Im Sinne der Maßnahme 328 des Nationalen Aktionsplans Behinderung 2022–2030 (NAP-Behinderung II) „Schaffung von Rechtsklarheit hinsichtlich Delegationsmöglichkeiten an das Personal in Behinderteneinrichtungen sowie Überprüfung der Einschränkung betreffend Gruppengröße gemäß GuKG“ soll die derzeit in § 3a Abs. 3 GuKG normierte starre Festlegung einer Gruppengröße von 12 betreuten Menschen in Behinderteneinrichtungen für die Möglichkeit der Durchführung von unterstützenden Tätigkeiten der Basisversorgung durch die betreuenden Berufsangehörigen im Behindertenbereich zugunsten einer flexibleren Regelung („in einer kleinen Gruppe“) geändert werden. Dabei soll jedenfalls das von dieser Regelung erfasste Setting der Betreuung von Menschen mit Behinderung in kleinen Gruppen, wie dies ohnehin im Sinne einer anzustrebenden Deinstitutionalisierung Standard sein sollte, weiterhin bestehen bleiben. Als Maßstab dieser kleinen Gruppen sollte entsprechend der bisherigen Regelung eine Gruppengröße von ca. 12 Personen herangezogen werden, die in Einzelfällen unter Wahrung der Qualitätssicherung und der Zielrichtung dieser Regelung geringfügig (maximal 15 Personen) überschritten werden könnte.

Zur Auslegung der unterstützenden Tätigkeiten bei der Basisversorgung (UBV) im Sinne des § 3a GuKG wird auf die einschlägigen Informationen des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums betreffend „Abgrenzung von Laientätigkeiten und Vorbehaltstätigkeiten der Pflege und Medizin“ vom 2.3.2011, BMG-92251/0013-II/A/2/2011, sowie „Durchführung pflegerischer Tätigkeiten im Behindertenbereich“ vom 21.12.2016, BMGF-92251/0095-II/A/2/2016, hingewiesen. In diesem Sinne liegt die Grenze der Laientätigkeit dort, wo medizinisches bzw. pflegerisches Fachwissen Voraussetzung für die fachgerechte Durchführung der Tätigkeit ist bzw. auf Grund dieses Fachwissens Selbst- und Fremdgefährdung vermieden werden kann.

Zu Artikel 6 Z 12 (§ 5 GuKG):

Derzeit steht aufgrund des § 5 Abs. 3 GuKG den Patient:innen und Klient:innen die Möglichkeit der Herstellung einer Kopie der Pflegedokumentation „gegen Kostenersatz“ zu. Der vorgesehene Kostenersatz steht im Widerspruch zu Artikel 15 DSGVO, wonach der/die Verantwortliche eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, zur Verfügung stellt und für alle weiteren Kopien, die die betroffene Person beantragt, ein angemessenes Entgelt verlangen kann. Es erfolgt daher eine Anpassung an die unionsrechtliche Vorgabe.

Zu Artikel 6 Z 16 (§ 15 GuKG):

Entsprechend den Ausführungen im Allgemeinen Teil zur Weiterentwicklung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege werden im Rahmen dieser Novelle dessen Kompetenzen neu gestaltet und einer akademisierten Berufsgruppe adäquat geregelt. Dabei wird insbesondere auch folgenden Vorgaben Rechnung getragen:

GuKG-Evaluierung:

Wesentlichen Ergebnisse der Evaluierung und davon abgeleiteten Empfehlungen in Hinblick auf die Weiterentwicklung des Berufsrechts sind:

- vollständige Tertiärisierung der DGKP-Ausbildung;
- Weiterentwicklung der professionellen Handlungsspielräume;
- weitere Professionalisierung;
- Schaffung neuer Rollen für den gehobenen Dienst in allen Settings;
- kritische Prüfung der Vorbehaltstätigkeiten;
- Stärkung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens:

Die am 13.12.2023 vom Nationalrat beschlossene Regierungsvorlage dieser Vereinbarung, B1gNR 2317 27. GP, sieht in Artikel 8 hinsichtlich des Gesundheitspersonals u.a. vor, berufsrechtliche Regelungen an geänderte Anforderungen mit dem Ziel der Versorgungswirksamkeit anzupassen, und zwar mit folgenden Zielen:

- flexiblere und erweiterte Formen der Arbeitsteilung und Delegation von Aufgaben zwischen ärztlichen und anderen Gesundheitsberufen;
- multiprofessionelle, teambasierte und interdisziplinäre Zusammenarbeitsformen;
- Öffnung der Vorbehaltbereiche zwischen und innerhalb der Gesundheitsberufe;
- verstärkte Kompetenzorientierung unter Berücksichtigung der erworbenen Ausbildungen und Spezialisierungen;
- Verbesserung der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit.

Forderungen der Länder:

Im Rahmen der Landesgesundheitsreferent:innen- und Landessozialreferent:innenkonferenz wurden in den letzten Jahren Forderungen zu Kompetenzerweiterungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe an den Bund herangetragen, die im Rahmen der jüngsten GuKG-Novellen zum Teil bereits umgesetzt wurden. Hinsichtlich des gehobenen Dienstes war die Umsetzung einiger Forderungen bis zur Entscheidung über die vollständige Tertiärisierung der Ausbildung noch nicht möglich, diese betreffen insbesondere Fragen der Entscheidung hinsichtlich medizinisch-diagnostischer Maßnahmen und der Weiterverweisung von Patient:innen insbesondere an andere gehobene nicht-ärztliche Gesundheitsberufe.

Bei der Neugestaltung der Kompetenzen des gehobenen Dienstes waren die derzeit geltenden berufsrechtlichen Regelungen hinsichtlich der Kompatibilität mit den o.a. Zielvorgaben zu analysieren und ein Änderungsbedarf mit folgenden Ergebnissen zu prüfen.

Berufsbild (§ 12 GuKG):

Mit der GuKG-Novelle 2016 wurde ein neues zukunftsweisendes Berufsbild für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege geschaffen, das eine geeignete Grundlage für die professionellen Handlungsspielräume dieses Berufs bildet.

Pflegerische Kernkompetenzen (§ 14 GuKG):

Diese wurden bereits durch die Stammfassung des GuKG im Jahr 1997 kompetenzorientiert gestaltet und durch die GuKG-Novelle 2016 zukunftsweisend weiterentwickelt.

Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16 GuKG):

Diese wurden erstmalig in einem Berufsgesetz im Gesundheitsbereich bereits in der Stammfassung des GuKG im Jahr 1997 geregelt und ebenfalls durch die GuKG-Novelle 2016 weiterentwickelt.

(Weiter)Verordnung von Medizinprodukten (§ 15a GuKG):

Durch die GuKG-Novelle 2016 wurde die Ermächtigung zur Weiterverordnung von Medizinprodukten in bestimmten Bereichen berufsrechtlich geschaffen und durch die GuKG-Novelle 2023 auf die Erstverordnung erweitert und gleichzeitig umsetzbare sozialversicherungsrechtliche Regelungen geschaffen, diese sind seit 1.1.2024 wirksam.

Kompetenzen in der medizinischen Diagnostik und Therapie (§ 15 GuKG):

Die derzeitige Regelung zeigt sich in folgenden Punkten als nicht ausreichend zukunftsorientiert bzw. den o.a. Zielvorgaben noch nicht Rechnung tragend:

- Der derzeitige § 15 GuKG regelt die Kompetenzen der medizinischen Diagnostik und Therapie tätigkeitsorientiert, durch die umfangreiche demonstrative Aufzählung ergibt sich eine Kleinteiligkeit und Kasuistik, die der neuen Rolle des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nicht Rechnung trägt.
- Es besteht Rechtsunsicherheit in Bezug auf nicht vom demonstrativen Katalog erfasste Tätigkeiten bzw. Maßnahmen.
- Die derzeitige Regelung bringt Rechtsunsicherheit hinsichtlich des möglichen Umfangs der ärztlichen Anordnung.
- Der berufsrechtliche Grundsatz der schriftlichen ärztlichen Anordnung, von dem nur unter den berufsrechtlich definierten Voraussetzungen abgegangen werden kann, bringt einen hohen bürokratischen Aufwand mit sich, die den Bedürfnissen der Praxis nicht Rechnung trägt und sowohl beim ärztlichen als auch Pflegepersonal unverhältnismäßige Zeitressourcen in Anspruch nimmt.

Um diesen Problemen im Sinne der o.a. Zielsetzungen zu begegnen, sind die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als für die nunmehr akademisierten Berufsgruppe adäquat unter folgenden Prämissen neu zu regeln:

Die neue Regelung folgt nunmehr auch für die Kompetenzen der medizinischen Diagnostik und Therapie anstelle der derzeitigen Tätigkeitsorientierung einer Kompetenzorientierung, die sich aus den in der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege vermittelten Kompetenzen (siehe FH-GuK-AV) sowie in Weiterbildungen und gegebenenfalls im Rahmen von Höherqualifizierungen erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten ergibt. Damit sind auch die im Rahmen von Spezialisierungen erworbenen Qualifikationen bereits mitgedacht.

Die derzeitige Kleinteiligkeit des demonstrativen Katalogs soll einer generellen Regelungslösung weichen, die den Handlungsspielraum in der Praxis erweitern kann.

Dieser regulatorische Paradigmenwechsel bedeutet allerdings nicht, dass damit eine grundlegende Erweiterung der Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie verbunden ist. Die Kompetenzen werden sich in der Praxis zunächst wohl an dem vor dieser Novelle in § 15 Abs. 4 GuKG demonstrativ umschriebenen Katalog orientieren. Die kompetenzorientierte Umschreibung soll sowohl fachlichen Weiterentwicklungen als auch der persönlichen Erweiterung der Kompetenzen durch Höherqualifizierung bzw. Weiterbildungen der Berufsangehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege Rechnung tragen. Die dynamische Regelung soll für die Praxis einen erweiterten Gestaltungsspielraum für den Einsatz von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen in den verschiedenen Settings und Einrichtungen bieten und die individuellen Bildungs- und Karrierewege sowohl für die Berufsangehörigen als auch für die Organisation besser nutzbar machen. Dementsprechend erweitern sich auch die Möglichkeiten für die Organisation und die Rolle der Pflegedienstleitung, indem die konkrete Umsetzung der in § 15 GuKG eingeräumten berufsrechtlichen Ermächtigung in Zusammenspiel mit der ärztlichen Leitung hinsichtlich Prozedere, Delegation und Zusammenarbeit einrichtungsspezifisch festgelegt werden kann.

Hinsichtlich der Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Umsetzung der Kompetenzen in der medizinischen Diagnostik und Therapie ist festzuhalten, dass ausgehend von der in § 4 Abs. 1 und 2 GuKG festgelegten allgemeinen Verpflichtung zur lege-artis-Berufsausübung für die Übernahme und Durchführung von Maßnahmen entscheidend ist, dass der/die jeweilige Berufsangehörige über die entsprechenden Kompetenzen verfügt, dies unabhängig, ob diese im Rahmen der Ausbildung, von Fort- oder Weiterbildungen, von Höherqualifizierungen oder durch informelles Lernen erworben worden sind. Die Verantwortung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:in im Hinblick auf den Umfang und

die Grenzen der Übernahme von medizinischen Maßnahmen kann dazu beitragen, die Verbesserung der Qualität der Versorgung sicherzustellen, und trägt auch der Professionalisierung des Berufs Rechnung.

Auch wenn die Ziele der o.a. Art. 15a-Vereinbarung erweiterte Formen der Delegation von Aufgaben zwischen ärztlichen und anderen Gesundheitsberufen und die Öffnung der Vorbehaltsbereiche zwischen und innerhalb der Gesundheitsberufe vorsehen, soll weiterhin eine qualitätsvolle Gesundheitsversorgung durch die jeweils qualifizierten Berufsgruppen erfolgen. Daher werden in § 15 Abs. 3 GuKG die Grenzen der Delegierbarkeit medizinischer Maßnahmen an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege klargestellt. Auch wenn die Delegierbarkeit grundsätzlich mit den in der Ausbildung bzw. Höherqualifizierung erworbenen Kompetenzen positiv definiert ist, ist angesichts des breiten Aufgaben- und Einsatzgebietes des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und des Wegfalls der beispielhaften Aufzählung der delegierbaren medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Tätigkeiten eine Abgrenzung hinsichtlich nicht delegierbarer Tätigkeiten erforderlich.

In diesem Sinne sollen weiterhin Maßnahmen, deren fachgerechte Durchführung einer Qualifikation als Arzt/Ärztin bedarf, wie beispielsweise die medizinische Anamnese, Diagnose und Aufklärung sowie nicht vom Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasste medizinische Maßnahmen, nicht an diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen delegiert werden können. Ebenso können Maßnahmen, für deren fachgerechte Durchführung die berufsspezifische Qualifikation in einem anderen Gesundheitsberuf (z.B. MTD, Hebammen, Psychotherapeut:innen, klinische Psycholog:innen etc.) erforderlich ist, nicht an diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen delegiert werden. Klargestellt wird, dass eine Mitwirkung und Zusammenarbeit durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen im Rahmen ihrer Kompetenzen in diesen Bereichen nicht ausgeschlossen wird, sondern sich die Regelung über die Grenzen der Delegierbarkeit auf die eigenverantwortliche Durchführung und damit die Übernahme der gesamten Maßnahme bezieht.

Für eine berufsrechtskonforme Vollziehung des in § 15 GuKG vorgegebenen Handlungsrahmens wirken sowohl der/die delegierende Arzt/Ärztin im Rahmen seiner/ihrer Anordnungsverantwortung als auch der/die durchführende diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:in im Rahmen seiner/ihrer Durchführungsverantwortung, aber auch Einlassungs- und Übernahmungsverantwortung mit.

Die ärztliche Anordnung für die medizinische Diagnostik und Therapie wird im Sinne des § 49 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 beibehalten. Hinsichtlich bestimmter standardisierter diagnostischer Maßnahmen, die zur Vorbereitung des medizinischen Behandlungspfades oder als Überwachungsmaßnahme einer laufenden bzw. bereits umgesetzten medizinischen Behandlung durchzuführen sind, wie beispielsweise Harnstreifentests oder Blutzuckerkontrolle, ist es bereits derzeit gelebte Praxis, dass diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen im Sinne eines reibungslosen Prozedere ohne ausdrückliche vorhergehende ärztliche Anordnung im Einzelfall tätig werden, sondern in diesen Fällen eine generelle Anordnung ausreichend ist. Diese bewährte Vorgehensweise, die ohne Qualitätsverlust den Behandlungsablauf erleichtert und beschleunigt, soll nunmehr auch zur Rechtssicherheit berufsrechtlich abgebildet werden. Diese Regelung ist als *lex specialis* zu § 49 Abs. 3 ÄrzteG 1998 anzusehen. Für die konkrete Umsetzung dieser Regelung werden entsprechende organisationsrechtliche Vorgaben festzulegen sein.

Selbstredend sind ärztliche Anordnungen, die in Form von Standard Operating Procedures (SOP) erfolgen, weiterhin für alle in Frage kommenden Delegationsprozesse von medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen grundsätzlich möglich.

Die Vorgabe der Schriftlichkeit der ärztlichen Anordnung soll im Sinne einer Entbürokratisierung und eines zielgerichteten Ressourceneinsatzes nicht mehr berufsrechtlich normiert werden, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Rechtssicherheit und Nachvollziehbarkeit durch die weiterhin bestehende Dokumentationsverpflichtung sowohl für die Ärzt:innen als auch die Gesundheits- und Krankenpfleger:innen gewährleistet wird. Es wird der Praxis im jeweiligen Setting und in der jeweiligen Einrichtung obliegen, das konkrete organisationsrechtliche Prozedere festzulegen, insbesondere auch im Hinblick auf die Beweissicherung sowie haftungsrechtliche Aspekte.

Die Regelung über Zusammenarbeit mit anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie legt einerseits bereits derzeit die mögliche Weiterdelegation an Assistenzberufe sowie Auszubildende und andererseits die Möglichkeit der Weiterverweisung an andere Gesundheitsberufe für Fallkonstellationen, in denen die weitere Betreuung der Qualifikation eines anderen gehobenen Gesundheitsberufs bedarf, fest. Bei der „Weiterempfehlung“ handelt es sich nicht um eine Zu- oder Überweisung im Sinne der Vorgaben des ASVG (insbesondere § 135 ASVG), sondern um eine Empfehlung, andere Gesundheitsberufe zu konsultieren, bzw. eine Information über den weiteren Behandlungspfad. Die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen anderer Gesundheitsberufe (z.B. MTD),

insbesondere die Regelungen betreffend ärztliche Anordnung, ebenso wie die Entscheidungshoheit des/der Arztes/Ärztin über die medizinisch-diagnostische Behandlung bleiben selbstredend unberührt

Schließlich wird wie bisher die Weiterdelegation und Anleitung von Laien in der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen der Personenbetreuung, der Persönlichen Assistenz sowie hinsichtlich medizinische Laien im Anwendungsbereich des § 50a ÄrzteG 1998 geregelt.

Zu Artikel 6 Z 35 bis 39 (§ 28 GuKG):

Aufgrund der nunmehr vollzogenen vollständigen Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege an die Fachhochschulen (siehe Allgemeiner Teil) sind die Regelungen über die inländischen Qualifikationsnachweise anzupassen.

Zu Artikel 6 Z 40, 42, 43, 52 und 53 (§ 28a Abs. 7, § 31 Abs. 1, § 31 Abs. 1a, § 87 Abs. 11 und 12 und § 89 Abs. 9 und 10 GuKG):

Durch die GuKG-Novelle BGBl. I Nr. 82/2022 wurde für im Ausland ausgebildete diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und Pflegefachassistent:innen, deren gleichwertige Ausbildung durch Anerkennungs- bzw. Nostrifikationsbescheid unter Vorschreibung von Ausgleichsmaßnahmen festgestellt wurde, die Möglichkeit geschaffen, sich im jeweils niederschwelligeren Gesundheits- und Krankenpflegeberuf auf zwei Jahre befristet in das Gesundheitsberuferegister einzutragen und damit in Österreich tätig zu werden.

Diese Regelung zielt darauf ab, ausländischen Pflegekräfte einen rascheren Zugang zu ihrem Berufsfeld in Österreich zu ermöglichen.

Allerdings hat sich folgender Nachschärfungsbedarf ergeben:

Einerseits fallen nach dem derzeitigen Wortlaut des § 28a Abs. 7 GuKG nur Berufsangehörige, denen im Rahmen der Anerkennung Ausgleichsmaßnahmen vorgeschrieben wurden und die damit noch nicht die volle Berufsqualifikation in ihrem Beruf erlangt haben, nicht aber Berufsangehörige der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, die aufgrund der einschlägigen EU-rechtlichen Regelungen unter die automatische Anerkennung fallen und ohne inhaltliche Prüfung ihre volle Berufsqualifikation in Österreich erhalten. Diese Personen erfüllen oftmals noch nicht die für die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister erforderlichen Deutschkenntnisse für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (empfohlen Sprachniveau B2) und haben damit noch keinen unmittelbaren Berufszugang in Österreich. Um auch diesem Personenkreis die Möglichkeit eines rascheren Berufszugangs in der Pflege zu geben, wird der Anwendungsbereich der oben angeführten Regelung einer befristeten Berufsausübung im niederschwelligeren Beruf der Pflegefachassistenz auf diese Personen erweitert. Klargestellt wird, dass für die Eintragung in den Pflegeassistentenberufen in das Gesundheitsberuferegister und damit für die Zulassung zur Berufsausübung in diesen Berufen ein Sprachniveau B1 in der deutschen Sprache, also ein Niveau unter dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, empfohlen ist. Im Rahmen der Berufsausübung als Pflegefachassistenz kann das für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erforderliche Sprachniveau B2 auf informellem Weg erlangt werden, was in der Folge eine Eintragung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:in ermöglichen sollte.

Andererseits führen die in den §§ 28a, 31, 87 und 89 GuKG enthaltenen Regelungen, wonach die zweijährige Befristung für die Ausübung im niederschwelligeren Beruf mit Erlassung des Anerkennungs- bzw. Nostrifikationsbescheids beginnt, dazu, dass sich die Möglichkeit der Berufsausübung im niederschwelligeren Beruf auf Grund der erforderlichen weiteren Verfahren (wie Einreisemodalitäten, Ausstellung der Rot-Weiß-Rot-Karte, Eintragung in das Gesundheitsberuferegister) bis zum tatsächlichen Arbeitsbeginn in Österreich um einige Wochen und Monate verkürzen kann. Daher wird festgelegt, dass die Befristung erst mit Eintragung in das Gesundheitsberuferegister beginnt.

Zu Artikel 6 Z 49 und 50 (§ 83 GuKG):

Was den Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenten betrifft, so besteht für diesen unter der Prämisse, dass im Rahmen des Ausbildungsumfangs von einem Jahr keine weiteren Inhalte und Kompetenzen mehr vermittelbar sind und dass sämtliche Forderungen der Landesgesundheits- und -sozialreferent:innen durch die letzten GuKG-Novellen bereits umgesetzt wurden, kein weiterer Handlungsbedarf.

Hinsichtlich der Form der Anordnung erfolgt eine Anpassung an die für § 15 GuKG vorgesehenen flexibleren berufsrechtlichen Vorgaben, womit auch die nicht mehr datenschutzkonforme und den Regelungen des Gesundheitstelematikgesetzes widersprechende Möglichkeit der Übermittlung mittels Telefax wegfällt.

Zu Artikel 6 Z 51 (§ 83a GuKG):

Der durch die GuKG-Novelle 2016 neu geschaffenen Gesundheits- und Krankenpflegeberuf der Pflegefachassistenz, der in den letzten sieben Jahren sukzessive bundesweit in allen Settings implementiert wurde und in die Praxis Eingang gefunden hat, war ursprünglich derart geregelt, dass auf den Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz unter Hinweis darauf, dass die Pflegefachassistenz ohne Aufsicht tätig wird, verwiesen und um einige Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie erweitert wird. Aus dieser derzeitigen Regelungslösung ergibt sich für die Praxis das nicht erwünschte Bild, dass es sich bei der Pflegefachassistenz um eine erweiterte Pflegeassistenz handelt und nicht um einen eigenständigen Gesundheits- und Krankenpflegeberuf.

Durch die Neugestaltung des Tätigkeitsbereichs der Pflegefachassistenz soll nunmehr die Pflegefachassistenz, die über eine doppelt so lange Ausbildung wie die Pflegeassistenz und dementsprechend auch über ein umfassenderes Qualifikationsprofil verfügt, als eigenständiger Pflegeassistenzberuf dargestellt werden. Durch die klaren Regelungen, welche pflegerischen Tätigkeiten und Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie an die Pflegefachassistenz angeordnet bzw. weiterdelegiert und von dieser eigenverantwortlich durchgeführt werden können, wird Rechtsklarheit hinsichtlich der Einsatzmöglichkeiten der Pflegefachassistenz geschaffen.

Neben der Abgrenzung zur Pflegeassistenz wird klargestellt, dass dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege weiterhin die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess einschließlich der Delegation von pflegerischen Tätigkeiten und der Weiterdelegation von medizinisch-diagnostischen Tätigkeiten zukommt.

Im Sinne der Rechtssicherheit der Delegationsmöglichkeiten an die Pflegefachassistenz wird der Tätigkeitsbereich im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie weiterhin durch taxative Aufzählung geregelt. Diese umfasst den bereits durch die GuKG-Novellen 2022 und 2023 erweiterten Katalog, einschließlich der Verabreichung von subkutanen Injektionen und Infusionen, sowie hinsichtlich der von den Länderforderungen noch nicht umgesetzten Maßnahmen zusätzlich folgende weitere Tätigkeiten, für die aus fachlicher Sicht und auch im Rahmen der Stakeholder-Konferenz am 29.11.2023 weitgehendes Einvernehmen erzielt werden konnte:

- Assistenz bei der chirurgischen Wundversorgung;
- Verabreichung von peripheren Infusionen ohne medikamentösen Wirkstoff zur Hydratation.

Hinsichtlich der Verabreichung von Infusionen mit medikamentösen Wirkstoffen durch Pflegefachassistent:innen bestehen aus fachlicher Sicht gravierende Bedenken aus Patientenschutz- und Qualitätssicherungsgründen, zumal diese im Vergleich zur oralen und subkutanen Gabe ein erheblich erhöhtes Risikopotential im Hinblick auf Komplikationen und Reaktionen birgt. Allerdings wird eine entsprechendes zukünftiges Tätigwerden von Pflegefachassistent:innen auch bei diesen Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung insbesondere von Trägerseite gefordert. Um auch dieses Thema fachlich vertretbar und qualitätsgesichert in Umsetzung bringen zu können, ist daher in Aussicht genommen, dazu eine Arbeitsgruppe einzurichten, an der insbesondere der ÖGKV und die ÖÄK sowie die Länder und Trägerorganisationen mitwirken und deren Ergebnisse rechtlich implementiert werden sollen.

Hinsichtlich der Form der Anordnung erfolgt eine Anpassung an die für § 15 GuKG vorgesehenen flexibleren berufsrechtlichen Vorgaben, womit auch die nicht mehr datenschutzkonforme und den Regelungen des Gesundheitstelematikgesetzes widersprechende Möglichkeit der Übermittlung mittels Telefax wegfällt.

Zu Artikel 6 Z 55 (§ 117 GuKG):

Die von dieser Novelle umfassten Regelungen sollen stufenweise wirksam werden:

Abs. 42: Jene Regelungen, die ohne Legisvakanz umgesetzt werden können, insbesondere die Neugestaltung der Kompetenzen und die weiteren Erleichterungen für ausländische Pflegekräfte, sollen bereits mit Kundmachung wirksam werden.

Abs. 43: Jene Regelungen, die noch weiterer Umsetzungsschritte bedürfen, wie die Implementierung der (Weiter)Verordnung bestimmter Arzneimittel durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen sowie der neuen Regelungen für Spezialisierungen, die noch die Erlassung von Durchführungsbestimmungen im Verordnungsweg bedürfen, sollen mit einer einjährigen Legisvakanz mit 1.9.2025 in Kraft gesetzt werden.

Abs. 44: Mit dem Auslaufen der Sonderausbildungen, die noch parallel zu den neugestalteten Spezialisierungsausbildungen bis Ende 2032 durchgeführt werden können, werden die entsprechenden Änderungen bzw. der Entfall der entsprechenden Bestimmungen betreffend Sonderausbildungen mit 1.1.2033 wirksam.