

FASIM



# A+IC NEWS

ISSNR 1810-1887 / April 2015 / I / Nummer 65

Journal der Österreichischen Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin



## ANAESTHESIOLOGY & INTENSIVE CARE

Plattform für Wissenschaft, Standespolitik und Weiterbildung

- Neuer Vorstand der ÖGARI 2015 - 2017
- Information Kompakt: Klinischer Pfad: Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten
- Die Entstehungsgeschichte unseres neuen Rasterzeugnisses

[www.oegari.at](http://www.oegari.at)



## ARGE RECHT ANÄSTHESIE IM PFLEGE-TÄTIGKEITSFELD – rechtliche Grenzen und Möglichkeiten<sup>1</sup> Eine medizinrechtliche und fachärztliche Betrachtung Klaus Hellwagner, Michael Halmich

### Einleitung

Die österreichische Rechtslage kennt im medizinischen Bereich den umfassenden Arztvorbehalt, der im § 2 des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG) normiert ist. Dort wird festgelegt, dass der Arzt zur Ausübung der Medizin berufen ist, worunter eine jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit zu verstehen ist. Im § 3 Abs. 4 ÄrzteG wird weiterhin festgehalten, dass Nichtärzten jede Ausübung des ärztlichen Berufes verboten ist.

Durch diese Formulierung hat der Gesetzgeber nicht jede einzelne ärztliche Tätigkeit für Nichtärzte als absolut verboten angesehen, sondern nur die umfassende Ausübung dieser Tätigkeiten im Rahmen der Berufsausübung. Es ist jedoch allgemein verfestigte Rechtsmeinung und Judikatur, dass eine Durchbrechung des im ÄrzteG formulierten umfassenden Ärztevorbehalts nur im Rahmen weiterer gesetzlicher Regelungen möglich ist. Aus diesem Grund gibt es im österreichischen Rechtssystem zahlreiche Berufsgesetze für nichtärztliche Gesundheitsberufe (zB für Diplompflegepersonal, Hebammen und Sanitäter), durch welche auch einzelne ärztliche Befugnisse übertragen werden.

Weltweit unbestritten und medizinhistorisch mehrfach belegt ist, dass die Anästhesie eine auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende und somit grundsätzlich ärztliche Tätigkeit ist<sup>2</sup>. Dies gilt sowohl für die Allgemeinanästhesie als auch für die Regionalanästhesie und die Schmerztherapie. Folgerichtig ist somit auch nach österreichischer Rechtslage die Durchführung der Anästhesie generell eine ärztliche Tätigkeit, die vom ärztlichen Sonderfach „Anästhesiologie und Intensivmedizin“ hochspezialisiert betrieben und medizinisch-wissenschaftlich weiterentwickelt wird.

### Anästhesie: Arztvorbehalt vs. Möglichkeiten der Diplompflege

Die Fragestellung, ob diplomiertes Pflegepersonal Teilbereiche

der Anästhesie bzw. die Überwachung anästhesierter Patientinnen und Patienten übernehmen darf, muss im Sinne der oben geschilderten Rechtslage durch die Interpretation der Bestimmungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) geklärt werden.

Gemäß § 11 GuKG ist dem Pflegepersonal der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten überantwortet. Im Abs. 3 dieser Bestimmung ist geregelt, dass dies auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung umfasst. Diese grundsätzliche Bestimmung wird mit dem § 15 GuKG weiter präzisiert und ausgeführt.

§ 15 GuKG regelt den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich im Rahmen des allgemeinen Pflegediploms. Obwohl die genannten Tätigkeiten nur eine demonstrative Aufzählung der delegierbaren Maßnahmen im § 15 Abs. 5 GuKG enthalten und somit nicht grundsätzlich abgeschlossen sind, ist festzuhalten, dass die Beobachtung, Betreuung, Überwachung und Pflege von Patienten vor, während und nach der Narkose sowie Mitwirkungen im Rahmen von Narkosen nicht genannt werden. Betrachtet man den § 15 GuKG iVm § 20 GuKG, so wird die Absicht des Gesetzgebers dahingehend klargestellt, dass die Mitwirkung an sämtlichen Anästhesieverfahren an eine entsprechende Pflege-Sonderausbildung gebunden sein soll.

Diese Mitwirkung ist lediglich für diplomierte Pflegepersonen, welche zur Ausübung der Spezialaufgabe „Intensivpflege“ bzw. „Anästhesiepflege“ berechtigt sind, möglich. Sofern die Tätigkeit auf einer einschlägigen Station/Abteilung ausgeübt wird, kann die Ausbildung aufbauend auf dem allgemeinen Diplom innerhalb von fünf Jahren absolviert werden<sup>3</sup>.

Damit ist in Folge zu klären, was unter „Mitwirkung“ an sämtlichen

<sup>1</sup> Wesentliche Teile dieses Beitrages stammen aus: Hellwagner/Schaffler-Schaden, Aktuelle Rechtsfragen der innerklinischen Notfall- und Intensivmedizin, in: ÖGERN (Hrsg.), System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin. NWV Wien/Graz 2015, S. 67-75.

<sup>2</sup> Umfassende Aufarbeitung der Entwicklung der Anästhesiologie zB: L. Brandt, Illustrierte Geschichte der Anästhesie, Wiss. Verl. Ges. Stuttgart 1997.

<sup>3</sup> § 17 Abs. 7 Z. 2 GuKG.



Anästhesieverfahren subsumiert werden kann bzw. wo die Grenzen einer allfälligen Delegation liegen: Nach § 20 Abs. 1 GuKG umfasst die Intensivpflege die Beobachtung, Betreuung, Überwachung und Pflege von Schwerstkranken sowie die Mitwirkung bei Anästhesie und Nierenersatztherapie. Nach Abs. 2 dieser Bestimmung umfasst die Anästhesiepflege die Beobachtung, Betreuung, Überwachung und Pflege von Patienten vor, während und nach der Narkose sowie die Mitwirkung bei Narkosen. Nach der demonstrativen Aufzählung im Abs. 3 fallen u.a. darunter:

- Mitwirkung an der Reanimation und Schocktherapie,
- Mitwirkung an sämtlichen Anästhesieverfahren,
- Überwachung und Betreuung schwerstkranker und ateminsuffizienter Patienten mit invasiven und nichtinvasiven Methoden,
- Mitwirkung an der Überwachung und Funktionsaufrechterhaltung der apparativen Ausstattung (Monitoring, Beatmung, Katheter und dazugehörige Infusionssysteme).

Diese demonstrative Aufzählung bedingt jedoch die Klarstellung, dass diese Tätigkeiten bzw. notwendigen Qualifikationen vom allgemeinen Pflegediplom nicht erfasst sind, sondern erst über die Sonderausbildung erworben und möglich gemacht werden.

Nach *Weiss/Lust*<sup>4</sup> dürfen diplomierte Pflegepersonen, die zur Anästhesiepflege berechtigt sind, am Anästhesieverfahren nur mitwirken, während die Durchführung des Anästhesieverfahrens selbst dem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin vorbehalten ist. Was die Überwachung und Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen, insbesondere Atmung und der Herz-Kreislauf-Funktion während der Narkose betrifft, so obliegt diese ebenfalls dem Facharzt, während dem Anästhesiepflegepersonal lediglich eine Mitwirkungsfunktion zukommt. Die Überwachungsmaßnahmen ermöglichen es dem Facharzt, Komplikationen, die sich mit dem chirurgischen Eingriff und aus der Narkose ergeben können, schnellstmöglich zu erkennen und darauf zu reagieren. Der Facharzt muss daher während der gesamten Narkose unmittelbar anwesend sein; eine Anwesenheit lediglich in Hörweite während der "Überwachung" durch das Anästhesiepflegepersonal ist fachlich nicht vertretbar. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Vornahme einer Parallelnarkose nicht zulässig ist und nur in einem Notfall

der Facharzt zumindest ein hierzu ausgebildetes Anästhesiepflegepersonal zur Beobachtung bei dem gerade nicht von ihm betreuten Patienten zurücklassen darf.

Zusammenfassend hat ein zuständiger und fachlich geeigneter Arzt bei der Narkose, aufgrund des dynamischen und oft unvorhersehbaren Verlaufes eines operativen Eingriffes, ständig persönlich anwesend zu sein. Parallelnarkosen sind nach derzeitiger verfestigter Rechtsprechung unzulässig. Die Rechtsprechung sieht auch den Einsatz von Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung bzw. Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin im Rahmen der Anästhesieführung als rechtmäßig an. Dem Ausbildungsstand entsprechend ist aber eine Anleitung und Aufsicht durch Fachärztinnen und Fachärzte sicherzustellen. Diese Anleitung und Aufsicht bedeutet nicht die immer wieder genannte „Draufsicht“, sondern hat sich am individuellen Ausbildungsstand der eingesetzten Ärzte ohne Facharztqualifikation zu orientieren. Steht am Beginn der Ausbildung die Anleitung, so folgt eine stets abnehmende Aufsichtsintensität, bis am Ende der Ausbildung der Arzt zur selbstständigen Berufsausübung herangeführt wurde.

Eine Delegation der Überwachung und ggf. Aufrechterhaltung einer Narkose für kurze Zeit, im Notfall, an ausgebildetes Anästhesiepflegepersonal<sup>5</sup> ist grundsätzlich möglich. Der Notfall ist durch die Gesetzeslage bzw. Judikatur bisher nicht weiter definiert worden. Es sind damit alle, nicht allgemein vorhersehbaren, medizinischen Notfälle umfasst, die ein fachärztliches Eingreifen außerhalb des Operationsbereiches betreffen. Inwiefern auch in der Person des Arztes bzw. der Ärztin gelegene Notfälle dadurch abgedeckt sind, wurde bisher in der medizinrechtlichen Literatur noch nicht diskutiert. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass durch die außerhalb der Kernarbeitszeit bestehende Personalverknappung auch diese zeitlich begrenzten Notfallsituationen abgedeckt sein werden.

Bei Untersuchungsverfahren, die in Sedoanalgesie bei erhaltenen Schutzreflexen stattfinden, kann nach überwiegender Ansicht die Medikamentenapplikation sowie Beobachtung der Vitalparameter, nach Anordnung des untersuchenden Arztes, durch eine diplomierte Pflegeperson erfolgen. In diesem Fall ist die Sedoanalgesie nicht als

4 *Weiss/Lust*, Kommentar zum GuKG7 (2014) § 20, Anm. 7.

5 Unseres Erachtens muss hier die Spezialausbildung komplett abgeschlossen sein.



selbständige ärztliche Leistung zu sehen, sondern als Teil des Untersuchungsverfahrens. Damit ist die Medikamentenapplikation und Überwachung des Patientenzustandes in diesem Fall eine Tätigkeit, die unter § 15 GuKG subsumiert werden kann, sodass Pflegepersonen mit Allgemeindiplom berechtigt sind, sie durchzuführen.<sup>6</sup>

Ähnlich verhält es sich im Rahmen der Schmerztherapie. Die orale, subkutane, intramuskuläre und intravenöse Applikation von Schmerzmedikation inklusive der Opioidgabe, nach ausreichend determinierter ärztlicher Anordnung, ist eindeutig vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich des § 15 GuKG (Allgemein-Pflegediplom) umfasst. Die intravenöse Gabe kann sowohl in liegende periphere als auch zentrale Venenkatheter erfolgen. Ebenfalls im § 15 GuKG begründet ist die Kompetenz, Perfusorspritzen sowie Schmerzpumpen nach ärztlicher Anordnung zu füllen und zu wechseln, da der Schwierigkeitsgrad der Infusionszubereitung als gleichwertig angesehen wird.<sup>7</sup>

Eine absolvierte Sonderausbildung in Anästhesiepflege wird jedoch nach überwiegender Ansicht für die Beschickung von Epiduralkathetern, Spinalkathetern, sowie Plexuskathetern gefordert, da diese Zugänge im Rahmen der allgemeinen Pflegeausbildung nicht ausreichend behandelt werden und die Behandlung mit diesen anästhesiologisch-schmerztherapeutischen Zugängen ein Wissen erfordert, welches über das normale pflegerische Wissen hinaus geht.<sup>8</sup>

#### Herausforderungen der Zukunft

Es wird zu beobachten sein, ob sich die Verknappung der Absolventen des Medizinstudiums auf die Frequentanten einer Ausbildung im Sonderfach „Anästhesiologie und Intensivmedizin“ nachhaltig auswirken wird. Jedenfalls ist davon auszugehen, dass es in Zukunft nicht zu einer Reduktion der anästhesiologischen Anforderungen bzw. Leistungen kommt; allenfalls zu einer leichten Verschiebung zu regionalanästhesiologischen Verfahren.

Sollte sich die Verknappung der Absolventen eines Medizinstudiums jedoch auf die Zahl der Anfänger einer Anästhesieausbildung auswirken, wird man auch in der Anästhesie diskutieren müssen, welche Verfahren und Tätigkeiten man an das entsprechend qualifizierte Pflegepersonal abgeben kann.

International gibt es bereits umfassende Erfahrungen mit sog. Pflegenarkosen, beispielsweise im amerikanischen Raum mit den CRNA (*certified registered nurse anesthetist*) als auch in der unmittelbaren Nachbarschaft in der Schweiz mit der/dem dipl. Expertin/Experten Anästhesiepflege NDS HF. Auf diese internationalen Erfahrungen kann eine österreichische Neuregelung zurückgreifen und darauf aufbauen, um keinen Qualitätsverlust in der anästhesiologischen Versorgung durch die Abgabe fachärztlicher Tätigkeiten zu erleiden.

Grundsätzlich sollte danach getrachtet werden, dass Anästhesien von entsprechend geschultem Anästhesiepersonal durchgeführt werden und nicht mangels ausgebildeter Fachärzte von anderen Sonderfachern oder auch Ärzten für Allgemeinmedizin „nebenbei“ verabreicht werden. Dies würde jedenfalls zu einem deutlichen Qualitätsverlust in der anästhesiologischen Versorgung führen.

Sollte eine gesetzliche Erweiterung der Kompetenzen der Pflege auch in der Anästhesie in Diskussion kommen, ist dringend zu raten und zu fordern, die Kontrolle über diese Ausbildung (zur Sicherung der derzeitigen hohen anästhesiologischen Qualität) stärker medizinisch-wissenschaftlich zu überwachen und zu begleiten, als dies derzeit in der Sonderausbildung der Pflege geschieht bzw. gesetzlich normiert ist.

#### DIE AUTOREN:

Dr.med.univ. Klaus HELLWAGNER, PLL.M. (Wien) ist Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notarzt, Absolvent des Aufbaustudiums „Medizinrecht“, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der ÖGARI sowie Vorstandsmitglied der Österr. Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN).

Dr.iur. Michael HALMICH, PLL.M. (Wien) ist Jurist mit Schwerpunkt Medizinrecht, Lehrsanitäter im Österr. Roten Kreuz und Vorsitzender der Österr. Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN).

<sup>6</sup> Vgl. Hausreither/Lust, Aktuelles und wichtiges aus dem Berufsrecht, ÖZPR 2012/4.

<sup>7</sup> Vgl. Hausreither/Lust, Aktuelles und wichtiges aus dem Berufsrecht, ÖZPR 2013/49.

<sup>8</sup> Vgl. Weiss/Lust, Kommentar zum GuKG7 (2014) § 20, Anm. 8; darüber hinaus kann eine entsprechende höchstgerichtliche Judikatur überblicksartig nachgelesen werden in: Die Anästhesie in der Rechtsprechung des österreichischen Obersten Gerichtshofes (OGH), A+IC News 59, Mai 2009, S. 35-44.