

Stellungnahme zur Fragestellung der Tätigkeiten des dipl. Pflegepersonal im Rahmen der Anästhesieleistungen:

Die vorliegende Stellungnahme wurde nach Konsultation und Beratung mit juristischen Experten der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfallmedizin (ÖGERN) abgefasst, um die Rechtsmeinung auf einem breiteren juristischen Konsensus begründen zu können.

Das berufsrechtliche Umfeld:

Die Rechtslage kennt im medizinischen Bereich den umfassenden Arztvorbehalt, der im § 2 des Ärztegesetzes 1998 idgF. normiert ist.

Im § 2 Absatz 1 ÄrzteG 1998 wird festgelegt, dass der Arzt zur Ausübung der Medizin berufen ist, und im Absatz 2, dass dies jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit umfasst. Im § 3 Absatz 4 ÄrzteG 1998 wird normiert, 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 umfassenden ärztlichen Tätigkeitsvorbehaltes nur im Rahmen weiterer gesetzlicher Regelungen möglich gemacht werden kann.

Weltweit unbestritten und medizinhistorisch mehrfach belegt ist, dass die Anästhesie eine auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende und somit grundsätzlich ärztliche Tätigkeit ist.

Dies gilt sowohl für die Allgemeinanästhesie als auch für die Regionalanästhesie und die Schmerztherapie. Folgerichtig ist somit auch nach österreichischer Rechtslage die Anästhesie eine ärztliche Tätigkeit, die vom ärztlichen Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin hochspezialisiert betrieben und medizinischwissenschaftlich weiterentwickelt wird.

Die Fragestellung, ob diplomiertes Pflegepersonal Teilbereiche der Anästhesie bzw. Überwachung übernehmen darf, muss im Sinne der oben geschilderten Rechtslage durch die Interpretation der Bestimmungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 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 Absatz 3 ist grundsätzlich 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 genannte Tätigkeit 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, 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 in Verbindung mit § 20 GuKG ist klar, dass der Gesetzgeber die Mitwirkung an sämtlichen Anästhesieverfahren an eine entsprechende Sonderausbildung binden wollte bzw. gebunden hat. Diese Mitwirkung ist lediglich für dipl. 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 (§ 17 Abs.7 Z.2 GuKG).

Damit ist in Folge zu klären war unter „Mitwirkung“ an sämtlichen Anästhesieverfahren subsummiert 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 leg. cit. 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 leg. cit. 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).

Nach *Weiss/Lust* (Kommentar zum GuKG⁷, § 20, Anm. 7) dürfen dipl. 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 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 hiezu 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 unzulässig. Die Rechtsprechung sieht auch den Einsatz von Ärzten in Ausbildung bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin im Rahmen der Anästhesieführung als rechtmäßig an. Dem Ausbildungsstand entsprechend ist aber eine Anleitung und Aufsicht durch Fachärzte sicherzustellen. Diese Anleitung und Aufsicht bedeutet nicht die immer wieder genannte „Draufsicht“, sondern hat sich am Ausbildungsstand der eingesetzten Ärzte ohne Facharztqualifikation zu orientieren.

Eine Delegation der Überwachung und ggf. Aufrechterhaltung einer Narkose für kurze Zeit im Notfall an AUSGEBILDETES Anästhesiepflegepersonal (unseres Erachtens muss hier die Spezialausbildung komplett abgeschlossen sein) ist grundsätzlich möglich. Der Notfall ist durch die Gesetzeslage bzw. Judikatur bisher nicht weiter definiert worden. Es sind damit sicher alle, nicht allgemein vorhersehbaren, medizinischen Notfälle umfasst, die ein fachärztliches Eingreifen außerhalb des Operationsbereiches betreffen. Weiters auch das Auftreten eines zusätzlich notwendigen operativen Notfalleingriffes während einer laufenden Operation ohne verfügbare weitere ärztliche Personalreserve im Bereich der Anästhesieabteilung. Es können davon aber auch in der Person des Arztes begründete „Notsituationen“ umfasst sein, wie z.B. WC-Gänge und Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei lang dauernden OPs, soweit sie in einem vertretbaren zeitlichen und örtlichen Rahmen erfolgen.

Sonstige Einsatzbereiche:

Bei Untersuchungsverfahren, die in Sedoanalgesie bei erhaltenen Schutzreflexen stattfinden, kann nach h.M. die Medikamentenapplikation sowie Beobachtung der Vitalparameter nach Anordnung des untersuchenden Arztes durch eine dipl. Pflegekraft erfolgen. In diesem Fall ist die Sedoanalgesie nicht als selbständige ärztliche Leistung zu sehen, sondern als Teil des Untersuchungsverfahrens. Damit ist die Medikamentenapplikation und Überwachung des Patientenzustandes eine Tätigkeit, die unter § 15 GuKG subsumiert werden kann (vgl. *Hausreiter* ÖZPR 2013/49).

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 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.

Eine absolvierte Sonderausbildung in Anästhesiepflege wird jedoch nach h.M. 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. (vgl. *Weiss/Lust*, Kommentar zum GuKG⁷, § 20 Anm. 8).

Entsprechende höchstgerichtliche Judikatur kann in

Die Anästhesie in der Rechtsprechung des österreichischen Obersten Gerichtshofes (OGH)
A+IC News 59, Mai 2009, S35-44

nachgelesen werden.

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll, LL.M, MA, M.ME
Dr. Klaus Hellwagner, PLL.M.
Dr.iur. Michael Halmich, PLL.M. (ÖGERN)

Oktober 2014