

8/SN-402/ME

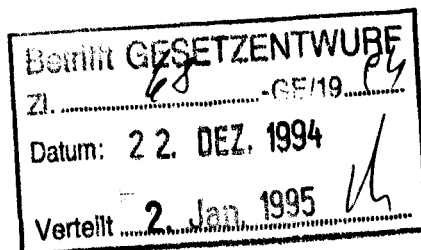
ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Mitglied der World Medical Association

An das
Präsidium des Nationalrates
Parlament
A-1010 WIEN

WIEN, I.,
Weihburggasse 10 - 12
Postfach 213
1011 WIEN



Dr. Janusky

Unser Zeichen: Dr. C/Str

Ihr Schreiben vom:

Ihr Zeichen:

Wien, am 16.12.1994

Betrifft: Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege - GuKG)

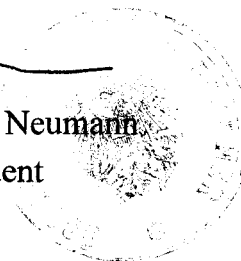
Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer übersendet Ihnen in der Beilage 25 Ausfertigungen oben genannter Stellungnahme.

Mit vorzüglicher Hochachtung

M. Neumann

Prim. Dr. M. Neumann
Präsident



ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Mitglied der World Medical Association

An das
Bundesministerium für Gesundheit,
Sport und Konsumentenschutz
Radetzkystraße 2
A-1031 WIEN

WIEN, I.,
Weihburggasse 10 - 12
Postfach 213
1011 WIEN

Unser Zeichen: Dr. C/Str/4733/94

Ihr Schreiben vom: 6.10.94

Ihr Zeichen: Gz. 21.251/12-II/B/13/94

Wien, am 14.12.1994

**Betrifft: Entwurf eines Bundesgesetzes über Gesundheits- und Kranken-
pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG)**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer erlaubt sich zum Entwurf eines Bundesgesetzes über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe folgende Stellungnahme abzugeben. Wunschgemäß werden 25 Ausfertigungen der Stellungnahme an das Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Soweit die einzelnen Bestimmungen des vorliegenden Gesetzesentwurfes keine Abänderungen zum seinerzeitigen Positionspapier aufweisen, verweisen wir auf die zum Positionspapier abgegebene Stellungnahme vom 26.9.1994 (siehe Beilage).

Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu § 2:

Abs. 2 normiert unter anderem, daß die Ausübung der unter dieses Bundesgesetz fallenden Tätigkeiten im Rahmen anderer, als der durch dieses Bundesgesetz oder durch sonstige gesetzliche Vorschriften auf dem Gebiete des Gesundheitswesens geregelten Berufen, hiezu nicht berechtigten Personen verboten ist.

Zur Klarstellung und Rechtssicherheit bezüglich der Abgrenzung der Tätigkeiten zu anderen Berufen wird angeregt, daß Abs. 2 "... die berufsmäßige Ausübung der unter dieses Bundesgesetz fallenden Tätigkeiten ..." zu lauten hat.

Zu § 3 Abs. 3:

Nach Maßgabe des endgültigen Gesetzestextes ist unter anderem der Inhalt des § 22 Ärztegesetz auf eventuelle Anpassungsnotwendigkeiten zu prüfen.

Zu § 4:

Ein weiterer Absatz wäre mit folgendem Inhalt hinzuzufügen:

Abs. 3: "Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben die ärztlichen Anordnungen zu befolgen."

Zu § 4 Abs. 2:

Unklar ist, wie die Formulierung "Sie dürfen im Notfall ihre fachkundige Hilfe nicht verweigern" zu verstehen ist. Der Text spricht für eine weit über die Erste Hilfe-Leistung hinausgehende Verpflichtung. Wir sind der Auffassung, daß in einer berufsrechtlichen Regelung - vergleichbar mit dem § 21 Ärztegesetz - nur der Fall der Ersten Hilfe zu behandeln ist.

Zu § 5 Abs. 1 und Abs. 3:

Nach dem vorliegenden Text des Abs. 1 sind "alle" gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. In Abs. 3 werden bestimmte Teile der Dokumentation besonders hervorgehoben. Weiters enthält Abs. 3 die Anordnung, daß die Pflegedokumentation in die Krankengeschichte einzubinden ist. Offen bleibt bei diesen Regelungen, was nun über die hervorgehobenen Teile der Dokumentation, die ohnedies schon sehr umfassend formuliert sind, noch zu dokumentieren ist.

Wesentlich ist aus unserer Sicht, wer für die Übernahme in die Krankengeschichte verantwortlich ist. Hier muß auf alle Fälle klargestellt werden, daß das Pflegepersonal die entsprechenden Ergänzungen in der Krankengeschichte durchzuführen hat.

Grundsätzlich zu begrüßen ist die klare Regelung der Aufbewahrung für die Dokumentation und die Aufbewahrungsdelegation an die Bezirksverwaltungsbehörde. Problematisch erscheint jedoch die Übergabe der Dokumentation an eine Person, die die Weiterbetreuung übernimmt, ohne daß dabei der Wille des Pfleglings in irgendeiner Weise berücksichtigt wird. Wenngleich auch davon auszugehen ist, daß der Pflegling im Normalfall der Weiterbetreuung durch eine Person zustimmen wird, was auch die Übergabe der Dokumentation rechtfertigen würde, kann nicht ausgeschlossen werden, daß die neue betreuende Person vom Pflegling abgelehnt wird. Für diesen Fall erachten wir die uneingeschränkte Dokumentationsweitergabe als datenschutzrechtlich und aus der Überlegung des Berufsgeheimnisses für zu weit gehend.

Zu § 6:

Betreffend der unter Abs. 2 taxativ aufgezählten Ausnahmen von der Verschwiegenheitspflicht ist eine ergänzende Ziffer 4 aufzunehmen, mit welcher klargestellt wird, daß die Verschwiegenheitspflicht nicht gegenüber dem behandelnden Arzt besteht.

Zu § 8:

Präventive, diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen können nur auf Grund ärztlicher Anordnung vorgenommen werden.

Zu § 10 Ziffer 1:

Die Einschätzung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit (z. B. im Falle eines Antrages auf Pflegegeld) fällt ausschließlich in den Aufgabenbereich des Arzt.

Zu § 10 Ziffer 2 und 3:

Es ist einerseits Aufgabe der Schwestern, die Planung der Pflege, Festlegung von Zielen, Entscheidung über zutreffende Maßnahmen, Durchführung aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich durchzuführen, andererseits sollte die Letztkontrolle dem behandelnden Arzt zukommen.

Grundsätzlich scheint der sogenannte "eigenverantwortliche Aufgabenbereich" äußerst problematisch, da mit der Verwendung dieses Begriffes nicht klar hervorgeht, daß diese Aufgaben nur nach ärztlicher Anordnung durchgeführt werden dürfen. In diesem Sinne ist die generelle Beschreibung ("Planung der Pflege, Durchführung sämtlicher Pflegemaßnahmen, etc.") zu überdenken.

Unserer Auffassung nach können diese Tätigkeiten zum Großteil nicht der Eigenverantwortlichkeit des Pflegepersonals überlassen werden, sondern können nur mitverantwortlich unter der Anordnung und Verantwortung eines Arztes erfolgen.

Zu § 11 Abs. 2:

Ergänzend ist festzuschreiben, daß der Turnusarzt berechtigt ist, die Durchführung der Anordnung des Ausbildungsverantwortlichen an das Krankenpflegepersonal zu delegieren, so z. B. Führen des Visitenbuches, routinemäßiges Blutdruckmessen, Schreiben von EKG, pflegerische Tätigkeiten wie Verbandswechsel. Diese vermehrt von Turnusärzten durchgeführten Tätigkeiten fallen nicht in deren Aufgabenbereich und tragen zum tatsächlichen Ausbildungsziel nur wenig bei.

In diesem Zusammenhang erlauben wir uns, das Tätigkeitsprofil des Turnusarztes näher zu erläutern: In den Aufgabenbereich des Turnusarztes fallen beispielsweise das Schreiben von Arztbriefen und Fieberkurven, Begleitung bei Visiten, Führen der Krankengeschichte, Auswertung von EKG's, nicht jedoch rein administrative Tätigkeiten, wie Anmeldung von Routineuntersuchungen, Schreibarbeiten, die kein ärztliches Wissen erfordern, Beschriften von Ambulanz- und Karteikarten, etc.

Zu § 11 Abs. 3:

Die Bestimmung, daß jede einzelne Anordnung schriftlich zu erfolgen hat ist zu ergänzen, als auch die mündliche Anordnung mit anschließender schriftlicher Dokumentation des anordnenden Arztes zulässig sein soll.

Zu § 13:

Die Vorbereitung und Verabreichung intravenöser Injektionen durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kann nur nach ärztlicher Anordnung erfolgen.

Die ärztliche Anordnung ist dabei personalbezogen und im Negativfall - wenn bezüglich der Durchführung der Anordnung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege Bedenken von seiten des Arztes auftreten - patientenbezogen zu sehen.

Das heißt, wenn eine Pflegeperson des gehobenen Dienstes die Ermächtigung zur Verabreichung intravenöser Injektionen erhalten hat, so kann sie diese generell durchführen, es sei denn, daß der Arzt im Einzelfall eines bestimmten Patienten diese Ermächtigung entzieht und sich die Verabreichung der intravenösen Injektion selbst vorbehält.

Zu § 13:

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, intravenöse Injektionen vorzubereiten und zu verabreichen, sofern eine spezielle Schulung gemäß § 56 absolviert wurde.

In § 56 ist näher zu definieren, wie die spezielle Schulung erfolgt, insbesondere ist das Stundenausmaß der Schulung festzulegen. Weiters wird angeregt anstatt des Begriffes "Schulung" das Wort "Zusatzausbildung" zu verwenden.

Zu § 14 Abs. 1:

Die vorgesehene Textierung für das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in den Bereichen, die auch andere Disziplinen des Gesundheitswesens betreffen, wird als zu weitreichend erachtet.

Demgemäß hat § 14 Abs. 1 zu lauten: "Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege tragen in den Bereichen, die die Gesundheits- und Krankenpflege betreffen, das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht, sowie die Durchführungsverantwortung für alle pflegerischen Maßnahmen."

Zu § 14 Abs. 2 Ziffer 2 und 4:

Diese beiden Tätigkeiten sind vorerst mit dem behandelnden Arzt zu besprechen, bevor die Patienten kontaktiert werden.

Zu § 14 Abs. 2 Ziffer 3:

Laut § 1 Abs. 2 Ziffer 5 des geltenden Ärztegesetzes gehört die Gesundheitsberatung zum ärztlichen Verantwortungsbereich, die auch an das Krankenpflegepersonal delegiert werden kann.

Zu § 15 Abs.2:

Die taxativ aufgezählten Spezialaufgaben umfassen unter Ziffer 3 die Intensivpflege, inklusive Anästhesie und Dialyse.

Ziffer 3 ist neu zu formulieren und hat zu lauten. "Die Intensivpflege und die Mitwirkung bei Anästhesie und Dialyse."

Zu § 16:

Im Hinblick darauf, daß weder im Ärztegesetz noch in der Ärzte-Ausbildungsordnung eine Limitierung mit vollendetem 18. Lebensjahr für das Patientenalter getroffen ist und man im Einzelfall sowohl auf die psychische wie physische Situation des Patienten abstellen wird müssen, wird angeregt diese absolute Altersgrenze aus § 16 zu streichen.

Zu § 17 Abs. 2 Ziffer 2, 3, 4 und 6:

Therapeutische Beschäftigung mit psychisch Kranken, therapeutische Gesprächsführung mit psychisch Kranken, psychosoziale Betreuung und Nachbetreuung kann nur unter vorheriger Rücksprache bzw. ärztlicher Anordnung durchgeführt werden.

zu § 18 Abs. 1:

Zur Rechtssicherheit wird die Abänderung der Textierung wie folgt vorgeschlagen: "Die Intensivpflege, einschließlich der Mitwirkung bei Anästhesie und Dialyse, umfaßt die Betreuung und Pflege von Schwerkranken."

Zu § 19 Abs. 1 und 2 Ziffer 4:

Das Wort "Assistenz" des Krankenpflegepersonals bei der Operation wird abgelehnt. Vorgeschlagen wird den Begriff "Hilfestellung" (bezüglich der Weitergabe von Instrumenten an den Operateur) zu verwenden.

Zu § 29 Ziffer 6:

Die Krankenpflegeberufe bekommen die Möglichkeit eingeräumt, Gesellschaften gemäß Erwerbsgesellschaftengesetz zu gründen. Das schon seit Jahren geforderte Anliegen, diese Möglichkeit auch Ärzten zu eröffnen, wird in diesem Zusammenhang gefordert.

Zu § 30 Abs. 6:

Die freiberufliche Berufsausübung der Krankenpflegeberufe hat persönlich und unmittelbar zu erfolgen. Zu hinterfragen bleibt dabei, ob auch in allen Fällen der Konstruktion nach dem Erwerbsgesellschaftengesetz diese Anordnung vollzogen werden kann.

Zu § 30 Abs. 7:

Die Regelung des Berufssitzes ist insoferne ergänzungsbedürftig, als keine Aussage getroffen wird, ob nur ein einziger Berufssitz oder mehrere zulässig sind.

Wenn tatsächlich die Einschränkung auf einen einzigen Berufssitz vorgegeben werden soll, so ist dies zumindest verfassungsrechtlich bedenklich; sollte dies aber nicht der Fall sein und die Bestimmung umgekehrt, also uneingeschränkt, beabsichtigt sein, so wäre darauf zu achten, daß auch für die Krankenpflegeberufe eine dem ärztlichen Berufsrecht angepaßte Regelung geschaffen wird.

Zu § 32:

Die in § 32 enthaltene Regelung wird mit "Werbeverbot" überschrieben. Der Inhalt dieser Bestimmung entspricht aber nicht der Überschrift. Mit dem vorliegenden Text werden nur vergleichende diskriminierende oder unsachliche Anpreisungen oder Werbung verboten. Dazu wird vorgeschlagen, Werberichtlinien oder nähere Bestimmungen zu erlassen, die eine Eingrenzung, zumindest in dem Maße wie bei Ärzten, beinhaltet.

Zu § 39 Abs. 1:

Personen, die ein Studium der Medizin im Europäischen Wirtschaftsraum abgeschlossen haben oder in Österreich nostrifiziert haben, sind berechtigt, eine verkürzte Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zu absolvieren. Zur Klarstellung sollte hier - wenngleich natürlich Österreich zum Europäischen Wirtschaftsraum zählt - ergänzt werden, daß natürlich auch ein in Österreich abgeschlossenes Medizinstudium zur verkürzten Ausbildung berechtigt.

Zu § 42 Abs. 1 und Abs. 2:

Die medizinisch-wissenschaftliche Leitung einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege wird Ärzten mit der hierfür erforderlichen Eignung übertragen. Weder im Gesetzesentwurf noch in den Erläuterungen ist ausgeführt, worin die erforderlichen fachlichen Eignungen bestehen.

Wir plädieren dafür, daß eine Klarstellung dahingehend erfolgt, daß mit entsprechend abgeschlossener ärztlicher Ausbildung die fachliche Eignung unterstellt werden kann. Nicht für zweckmäßig würden wir erachten, daß als fachliche Eignung z. B. die verkürzte Ausbildung im Sinne des § 39 angesehen wird.

Zu § 75 Abs. 1 Ziffer 5:

Näher zu definieren ist der Begriff "Prophylaxe".


Zu § 91 Abs. 1 Ziffer 1:

Zur kommissionellen Prüfung können auch Personen, die ein Studium der Medizin abgeschlossen haben, zugelassen werden, sofern diese Personen eine ergänzende theoretische und/oder praktische Ausbildung absolviert haben.

Die Österreichische Ärztekammer lehnt Ziffer 1 strikt ab, wenn dies dazu führt, daß eine derartige Prüfung für Ärzte in Pflegeheimen obligatorisch werden sollte, eine Art "Arzt im Pflegedienst".

Abschließend erlaubt sich die Österreichische Ärztekammer noch auf die Reformbedürftigkeit der derzeit im Krankenpflegegesetz enthaltenen Regelung betreffend der Ausbildung der sonstigen Sanitätshilfsdienste, zu deren auch die Ordinationshilfen/in zählt, hinzuweisen. Wir rufen dazu die Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer vom 17.2.1994 und 8.3.1994 in Erinnerung.

Mit vorzüglicher Hochachtung


Prim. Dr. M. Neumann
Präsident



ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts
Mitglied der World Medical Association

An das
Bundesministerium für Gesundheit,
Sport und Konsumentenschutz
Radetzkystraße 2
A-1031 WIEN

WIEN, I.,
Weihburggasse 10 - 12
Postfach 213
1011 WIEN

Unser Zeichen: Dr. C/Str/2550/94

Ihr Schreiben vom: 1.6.94

Ihr Zeichen: GZ. 21.250/66-II/B/13/94

Wien, am 26.9.1994

Betrifft: Positionspapier "Gesundheits- und Krankenpflege"

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zusätzlich zu den bereits in die Vorarbeiten der Erstellung des Positionspapieres eingebrachten Äußerungen und zum Schreiben vom 17.12.1993 erlauben wir uns - nach Einholung der Standpunkte der Landesärztekammern - folgende Stellungnahme abzugeben.

Ein wesentlicher Aspekt dieses Positionspapieres ist es, die Pflege völlig von der ärztlichen Kompetenz abzukoppeln, woraus sich zwangsläufig Spannungen zwischen pflegerischen und ärztlichen Bereich ergeben werden. Einen solchen Konflikt in derartiger Weise vorzuprogrammieren, halten wir nicht für sinnvoll.

Die Tätigkeiten des Pflegepersonals auf Intensivstationen finden besondere Erwähnung: Auf die extramurale Betreuung von Patienten, bei der die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal genauso wichtig und notwendig ist, wird nicht eingegangen.

Seite 3 (Definiton der Pflege)

Die enthaltene Definition der Pflege ist schwer verständlich und erscheint sprachlich nicht geglückt. Eine Neuformulierung wäre daher vorzuziehen.

Seite 3, drittletzter Absatz

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Grades der Pflegebedürftigkeit als selbständiger Teil des Berufsbildes des Krankenpflegepersonals ist zu überdenken, da vor allem die Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Aufgabe des Arztes darstellt. Die zur Pflege gerufene Person hat diese Tätigkeit in Kooperation mit dem behandelnden Arzt durchzuführen.

Seite 3, dritter Absatz

"Pflege ist vorbeugend, rehabilitativ und heilend; sie umschließt den gesunden, kranken oder behinderten Menschen ...".

Dieser Passus führt insofern zur Verwirrung, als unter dem Pflegebereich auch der Gesunde fällt, der wohl keiner Pflege bedarf. Im übrigen ist die vorbeugende Gesundenberatung eine ärztliche Tätigkeit, wie auch zu Seite 14, Punkt 3.5. näher ausgeführt.

Seite 4 Abbildung 1

Im oberen Balken wird, als einer der fünf Hauptpunkte, die Pflegediagnose eigenständig angeführt. Diese "Pflegediagnose" kann sich nur aus der medizinischen Diagnose ergeben. Die zentrale Verknüpfung der Pflegedokumentation im Rahmen der Krankengeschichte ist derzeit noch nicht gegeben, da sich die Pflegedokumentation lediglich auf eine Aufzählung der durchgeführten Leistungen beschränkt.

Nach Durchsicht dieses Positionspapieres bestätigt sich die Vorgabe aus Abbildung 1, daß Behandlungsprozeß und Pflegeprozeß völlig unabhängig voneinander ablaufen und sich der Berührungspunkt erst in der Patientendokumentation ergibt.

Die medizinische Behandlung und die Pflege können nur miteinander und nicht gegeneinander ablaufen, wie es durch die Pfeile in der Abbildung symbolisiert ist.

Die auf Seite 4 in Abb. 1 dargestellte Gleichwertigkeit von Pflegeprozeß und Behandlungsprozeß lassen sich in der Praxis nicht so klar auseinanderhalten.

Durch die Trennung der Pflegeanamnese von der medizinischen Anamnese, der Pflegediagnose von der medizinischen Diagnose, der Pflegeplanung von der Therapieplanung, der Durchführung der Pflege von der Durchführung der Therapie, der Evaluierung der Pflege von der Evaluierung der Therapie wird in der Praxis ein Vielfaches an Bemühungen und Anstrengungen seitens der Ärzte und seitens des Pflegepersonals notwendig sein.

Eine derartige Trennung ist erst dann möglich, wenn klar definiert ist, was medizinisch und was pflegerisch ist.

Ehe diese Frage nicht geklärt ist, ist auch die Trennung von eigenverantwortlichem Aufgabenbereich und mitverantwortlichem Aufgabenbereich schwer durchführbar.

Seite 5, Punkt 1 (Eigenverantwortlicher Aufgabenbereich)

Es ist einerseits Aufgabe der Schwestern, die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich durchzuführen, andererseits sollte die Letztkontrolle dem behandelnden Arzt zukommen. Das gleiche gilt auch für die unter Punkt 1.1.1. und 1.1.2. der auf Seite 5 angeführten Tätigkeiten.

Eine Stellungnahme zu dem eigenverantwortlichen Aufgabenbereich ist deshalb schwierig, da die enthaltenen Aufzählungen als demonstrativ bezeichnet werden. Nach unserer Ansicht sollten sie als taxative Aufzählung formuliert sein.

Grundsätzlich scheint der sogenannte "eigenverantwortliche Aufgabenbereich" äußerst problematisch, da mit der Verwendung dieses Begriffes nicht klar hervorgeht, daß diese Aufgaben nur nach ärztlicher Anordnung durchgeführt werden dürfen. In diesem Sinn ist die generelle Beschreibung ("... Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen ...") als auch die einzelnen (demonstrativ) aufgezählten Tätigkeiten (wie etwa "Pflege und Überwachung des Patienten mit eingeschränkter Bewußtseinslage", "Pflege und Überwachung des Patienten mit liegenden Zentralvenenkathetern" ...) zu überdenken. Unserer Auffassung nach können diese Tätigkeiten zum Großteil nicht der Eigenverantwortlichkeit des Pflegepersonals überlassen werden, sondern können nur mitverantwortlich unter der Anordnung und Verantwortung eines Arztes erfolgen.

Seite 5, Punkt 1.1.1.

Die Einschätzung der Pflegebedürfnisse sowie die Zielfestlegung kann nur unter Einbindung der ärztlichen Verantwortlichkeit geschehen.

Seite 6, Intubation

Gegen die Durchführung der Intubation durch diplomiertes Krankenpflegepersonal mit Sonderausbildung nach ärztlicher Anordnung besteht kein Einwand.

Seite 8, Punkt 1.2.1.

Besonderes Gewicht legen wir auf das Wort "unterstützen": das Krankenpflegepersonal kann bei der Gesundheitsberatung des Patienten durch den Arzt mitwirken, darf ihn aber in dieser Tätigkeit nicht ersetzen.

Das gleiche gilt für die in Punkt 1.2.3. und 1.2.4. erwähnten Begriffe: "Beiträge zu leisten" und "mitzugestalten": diese Bereiche dürfen keinesfalls vollständig dem Pflegepersonal überlassen werden.

Seite 10 (mitverantwortlicher Aufgabenbereich)

Kritisch zu betrachten ist aber auch der sogenannte "mitverantwortliche Aufgabenbereich" einschließlich der demonstrativ aufgezählten diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen laut Punkt 2.2. (gilt ebenso für die Aufgaben der diplomierten Pflegepersonen mit Sonderausbildung gemäß Punkt 2.3.).

Seite 10, Punkt 2.1.1.

Die diplomierte Krankenpflegeperson ist verpflichtet, diagnostische und therapeutische Verrichtungen auf ärztliche Anordnung durchzuführen. In diesem Zusammenhang wird auf die Äußerung zu Punkt 2.1.6. verwiesen.

Seite 10, Punkt 2.1.2.

Kategorisch abgelehnt wird die Formulierung des Punktes 2.1.2. "Die Vornahme diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen darf nur in jenem Umfang erfolgen, der zu keiner Beeinträchtigung des eigenverantwortlichen Aufgabenbereiches in der Gesundheits- und Krankenpflege führt".

Es kann doch nicht angehen, daß Pflegepersonen sich in die ärztliche Behandlung einmischen und ärztlichen Anordnungen zuwiderhandeln dürfen. Gegen eine derart massive Einschränkung des ärztlichen Kompetenzbereiches wird protestiert.

Seite 10, Punkt 2.1.3.

Ergänzend ist festzuschreiben, daß der Turnusarzt berechtigt ist, die Durchführung der Anordnungen des Ausbildungsverantwortlichen an das Krankenpflegepersonal zu delegieren, so z. B. Führen des Visitenbuches, routinemäßiges Blutdruckmessen, Schreiben von EKG, pflegerische Tätigkeiten wie Verbandswechsel. Diese vermehrt von Turnusärzten durchgeführten Tätigkeiten fallen nicht in deren Aufgabenbereich und tragen zum tatsächlichen Ausbildungsziel nur wenig bei.

In diesem Zusammenhang erlauben wir uns das Tätigkeitsprofil des Turnusarztes näher zu erläutern: In den Aufgabenbereich des Turnusarztes fallen beispielsweise das Schreiben von Arztbriefen und Fieberkurven, Begleitung bei Visiten, Führen der Krankengeschichte, Auswertung von EKG's, nicht jedoch reine administrative Tätigkeiten, wie Anmeldung von Routineuntersuchungen, Schreibarbeiten, die kein ärztliches Wissen erfordern, Beschriften von Ambulanz und Karteikarten, etc.

Seite 10, Punkt 2.1.4. (Schriftlichkeit der ärztlichen Anordnung)

Die Bestimmung, daß jede ärztliche Anordnung grundsätzlich schriftlich zu erfolgen hat, ist zu ergänzen, als auch die mündliche Anordnung mit anschließender schriftlicher Dokumentation des anordnenden Arztes zulässig sein soll.

In der Hauskrankenpflege und auch bei der Betreuung von Patienten in Alters- und Pflegeheimen ist die schriftliche Anordnung (Seite 10, Punkt 2.1.4.) seitens der Hausärzte zu überdenken. Dies würde zu einer massiven Überbeanspruchung der Ärzte seitens des Pflegepersonals führen. Zudem stellt sich die Frage der Folgewirkung, wenn die schriftliche Anordnung seitens des Pflegepersonals nicht ordnungsgemäß ausgeführt wird.

Seite 10, Punkt 2.1.5.

Unterstrichen wird die Notwendigkeit, die primäre Verantwortlichkeit der Rechtsträger auch in diesem Positionspapier festzuschreiben, nach dem § 8 d des KAG in der Fassung der Novelle BGBl.Nr. 801/1993 bestimmt, daß die Landesgesetzgebung die Krankenanstalten-träger zu verpflichten hat, regelmäßig den Personalbedarf zu übermitteln.

Die verantwortlichen Leiter (Primarii) können sich nicht zwischen den gesetzlichen Anforderungen und den unlösbaren Sachzwängen zerreiben lassen. In diesem Passus sind auf jeden Fall die Rechtsträger miteinzubinden, vielleicht mit einer Formulierung jener Art, daß die Abteilungsverantwortlichen auf den notwendigen Dienstpostenbedarf aufmerksam zu machen haben. Die Letztverantwortung muß bei den legalen Autoritäten der Rechtsträger verbleiben. Dies stimmt mit der bestehenden Gesetzeslage überein, wonach den Abteilungsvorständen höchstens ein Organisationsverschulden anzulasten wäre.

Seite 10, Punkt 2.1.6. (Verweigerungsrecht)

Kategorisch abgelehnt wird die Aufnahme einer Bestimmung, wonach dem diplomierten Pflegepersonal das Recht eingeräumt wird, die Durchführung der vom Arzt angeordneten Tätigkeiten in begründeten Einzelfällen ohne nachteilige besoldungs- und dienstrechtliche Konsequenzen ablehnen zu können. Unvorstellbar ist, daß Pflegepersonen sich in die ärztliche Behandlung einmischen und ärztlichen Anordnungen zuwiderhandeln dürfen. Gegen eine derart massive Einschränkung des ärztlichen Kompetenzbereiches wird protestiert.

Seite 11, Punkt 2.2. (Aufgaben der diplomierten Pflegepersonen)

Folgende, der Klarstellung dienende Ergänzung wird vorgeschlagen:

"Die nachfolgend angeführten durch den Arzt angeordneten diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen ...".

Nach ausführlich geführter Diskussion stimmt die Österreichische Ärztekammer einer Änderung der geltenden Rechtslage zu, wonach die Verabreichung intravenöser Injektionen und die Vorbereitung und die Verabreichung von Infusionen durch diplomiertes Krankenpflegepersonal durchgeführt werden kann, jedoch nur nach ärztlicher Anordnung.

Die Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen wird in den meisten Fällen schon jetzt von den Schwestern durchgeführt und erscheint auch vernünftig.

Die ärztliche Anordnung ist dabei personalbezogen und im Negativfall - wenn bezüglich der Durchführung der Anordnung durch das Krankenpflegepersonal Bedenken auftreten, patientenbezogen zu sehen. D. h. wenn eine Pflegeperson die Ermächtigung zur Verabreichung intravenöser Injektionen erhalten hat, so kann sie diese generell durchführen, es sei denn, daß der Arzt im Einzelfall eines bestimmten Patienten diese Ermächtigung entzieht und sich die Verabreichung der i.v. Injektion selbst vorbehält.

Seite 14 (interdisziplinärer Bereich)

Bezüglich der Aufgaben im "interdisziplinären Bereich" wird vorweg eine grundsätzliche Definition dieses Bereiches vermißt.

Zu kritisieren sind auch hier - wie schon zuvor beim eigen- und mitverantwortlichen Aufgabenbereich - die geplanten Eingriffe in die ärztliche Kompetenz. So kann doch wohl nicht zum Beispiel die "Koordination der Maßnahmen zur Erstellung der Diagnose, Therapie und Nachsorge" dem Pflegepersonal übertragen werden.

Seite 14, Punkt 3.3.

Es wird vorgeschlagen, den Punkt "Koordination der pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich" zu benennen.

Seite 14, Punkt 3.5.

Laut § 1 Abs. 2 Ziffer 5 des geltenden Ärztegesetzes gehört die Gesundheitsberatung der Kranken zu den ärztlichen Tätigkeiten.

Seite 15, Punkt 1.3. (Berufsrechte und -pflichten)

Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind nicht Teil der Krankenpflege und sind daher aus dem Punkt zu streichen.

Seite 15, Punkt 1.7.

Die Einbindung der schriftlichen Dokumentation der krankenpflegerischen Maßnahmen in die Krankengeschichte wird als sinnvoll erachtet, wodurch sich die Gesamtdokumentation und vor allem der Decurs auf die wesentlichen Dinge beschränken würde.

Wie ebenfalls bereits zuvor erwähnt, kann es im Stationsablauf nicht sinnvoll sein, Einzelanordnungen an das Pflegepersonal schriftlich zu geben. Es müßte auch eine "Pauschalanordnung" möglich sein.

Seite 15, Punkt 1.6. (Aufklärungspflicht)

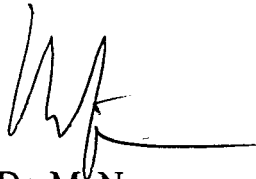
Die Formulierung, daß die Pflegepersonen den Patienten über alle pflegerischen Maßnahmen vollständig zu informieren hat, ist unrealistisch. Es sollte daher der Begriff "ausreichend" verwendet werden.

Seite 16, Punkt 1.17 (Aufhebung der Einzelfallermächtigung)

Siehe dazu das zu Seite 11 Punkt 2.2 Gesagte.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß das Positionspapier einen ernsthaften Versuch darstellt, die Definition und Selbstfindung des Pflegedienstes im Rahmen des Gesundheitssystems abzugrenzen. Es sind allerdings einige Definitionen und Formulierungen noch zu unbestimmt und andere stehen allzusehr im Widerspruch zur ärztlichen Kompetenz und Verantwortung, um eine endgültige Stellungnahme abgeben zu können.

Mit vorzüglicher Hochachtung



Prim. Dr. M. Neumann
Präsident