



Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht  
in der Notfall- und Katastrophenmedizin

An das  
Bundesministerium für Gesundheit  
Abteilung II/A/2  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien  
Übermittelt per Mail an: [alexandra.lust@bmg.gv.at](mailto:alexandra.lust@bmg.gv.at)  
sowie [begutachtungsverfahren@parlament.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlament.gv.at)

Datum: 3.9.2015  
ZVR: 920640321  
Vereinssitz: Wien  
Vorsitzender: Dr. Michael Halmich, PLL.M.  
per Adresse: 1060 Wien, Aegidigasse 7-11/2/43  
Mail: [vorstand@oegern.at](mailto:vorstand@oegern.at)  
Internet: [www.oegern.at](http://www.oegern.at)  
IBAN: AT38 3400 0000 0166 5850  
BIC: RZOOAT2L

## GuKG-Novelle 2015

Sehr geehrte Damen und Herren!

Bezugnehmend auf den vorliegenden Ministerialentwurf zur Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) und der darin enthaltenen Dreiteilung der pflegerischen Ausbildung nehmen wir als Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN) zu den Kompetenzen bei Notfällen (§§ 14a, 83 Abs 2) sowie zu den Spezialisierungen (§ 17) wie folgt Stellung:

### **Ad 1: Kompetenz bei Notfällen für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (§ 14a)**

Durch den bestehenden Ärztemangel und die nunmehr sehr weitreichenden Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15) wird der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in weiten Bereichen ärztliche Tätigkeiten auf Anordnung übernehmen.

In diesem Zusammenhang erscheinen uns die Kompetenzen bei Notfällen (§ 14a) zu eng gefasst, denn sie bilden die unmittelbaren medizinisch notwendigen Maßnahmen nicht ausreichend ab. Das gehobene Pflegepersonal erhält im § 15 weitreichende Kompetenzen in Diagnostik und Therapie, die auch eine entsprechende Ausbildung erfordern. Diese weitreichenden Kompetenzen werden jedoch bei Notfällen nicht logisch fortgesetzt und im Sinne der Patientenbetreuung genützt.

Aus diesen Überlegungen heraus erscheint uns die Normierung einer **Notfallkompetenz „Arzneimittel“** (zB in einem § 14a Abs 3) analog dem § 11 Abs 1 Z 1 Sanitätergesetz (SanG) notwendig. Bezugnehmend auf das SanG sind die entsprechenden Arzneimittel durch den ärztlich Verantwortlichen vorab schriftlich freizugeben. Zusätzlich sollten im Notfall Maßnahmen analog dem § 11 Abs 1 Z 2 SanG (Venenzugang und Infusion) für das gehobene Pflegepersonal auch ohne vorangehender ärztlicher Anordnung möglich sein.

Darüber hinaus erscheinen uns die in Klammer angeführten beispielhaft aufgezählten Notfälle im § 14a Abs 1 Z 1 entbehrlich und sollten in den Erläuterungen Platz finden. Grund hierfür ist, dass die pflegerischen und medizinischen Wissenschaften ständig im Fluss sind und konkrete Anlässe und Maßnahmen nicht Gegenstand eines Gesetzestextes sein sollten.

Weiters ist die in § 14a Abs 1 Z 2 getroffene Einschränkung auf die ERC-Richtlinie nicht nachvollziehbar, da es sich beim ERC sowohl um eine wissenschaftliche Fachgesellschaft als auch um eine kommerziell tätige Ausbildungsorganisation handelt. Neben dem ERC existiert beispielsweise auch das Kursformat der American Heart Association (AHA), welches ebenfalls weltweit anerkannt ist. In diesem Sinne wäre die offene Formulierung „Basic Life Support (BLS) gemäß international anerkannter Richtlinien“ zu wählen. Die zum heutigen Zeitpunkt international anerkannten Richtlinien sollten jedoch in den Erläuterungen angeführt werden.

Aus unserer Sicht spricht nichts gegen den im § 14a Abs 1 Z 2 angeführten Passus „... *solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht*“. Es sollte jedoch in den Erläuterungen klargestellt werden, dass eine Notfallsituation grundsätzlich die umgehende Verständigung eines zuständigen Arztes/einer zuständigen Ärztin erfordert. Diese Verständigung kann jedoch oft nicht „unmittelbar und sofort“ erfolgen, da ein Notfall in der Regel sofortiges Handeln aller verfügbaren Fachkräfte erforderlich macht. Die gewählte Formulierung erlaubt den im Notfall vor Ort tätigen Pflegepersonen einen gewissen Erwägungsspielraum, zu welchem konkreten Zeitpunkt die Verständigung des zuständigen Arztes/der zuständigen Ärztin im Versorgungsablauf möglich ist.

In den in § 14a Abs 2 Z 1 angeführten lebensrettenden Sofortmaßnahmen sollte die Wortwendung „manuell“ entfallen, da es derzeit schon üblich ist, bei längeren Reanimationen zur Erleichterung und Qualitätssteigerung der protrahierten Herzdruckmassage auf technische Hilfsmittel wie zB „Lucas 2“ oder „Autopuls“ zurückzugreifen.

In den in § 14a Abs 2 Z 2 angeführten lebensrettenden Sofortmaßnahmen sollte anstelle der Wortwendung „mit halbautomatischen Geräten“ die Definition „im halbautomatischen Modus“ getroffen werden, zumal die modernen, auf Krankenstationen verwendeten Defibrillatoren einen halbautomatischen Modus aufweisen und es nicht notwendig ist, eigene halbautomatische Geräte anzuschaffen. In den Erläuterungen sollte klargestellt werden, dass diese Formulierung sowohl manuelle Geräte im halbautomatischen Modus als auch die klassischen halbautomatischen Geräte beinhaltet.

#### **Ad 2: Handeln in Notfällen für Pflegeassistentenberufe (§ 83 Abs 2)**

Analog zu den obigen Anmerkungen sollten die in § 83 Abs 2 Z 1 in Klammer gesetzten beispielhaft angeführten Notfälle entfallen und in den Erläuterungen Platz finden.

Ebenso sollte die in § 83 Abs 2 Z 2 enthaltene Bezugnahme auf die ERC-Richtlinien durch den Ausdruck „international anerkannter Richtlinien“ ersetzt werden. Unter Hinweis auf die obigen Anmerkungen sollte die Passage „... *solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht*“ ebenso unverändert im § 83 Abs 2 Z 2 bestehen bleiben und in den Erläuterungen die entsprechende Klarstellung getroffen werden.

Die in § 83 Abs 2 Z 2 lit a getroffene Konkretisierung auf „manuelle Herzdruckmassage“ erscheint uns für den Ausbildungsstand der Pflegeassistenten bzw Pflegefachassistenten gerechtfertigt. Ebenso erscheint uns die Einschränkung der Defibrillation auf „halbautomatische Geräte“ in diesem Zusammenhang sinnvoll.

**Ad 3: Spezialisierungen (§ 17)**

Weltweit ist die Notfallmedizin ein eigenständiges Fachgebiet mit etablierten notfallmedizinischen Ausbildungscurricula für den ärztlichen und pflegerischen Bereich. Patienten werden in den dementsprechenden Einrichtungen („Emergency Rooms“ bzw „interdisziplinäre Notfallaufnahmen“) von Fachärztinnen und Fachärzten sowie Pflegekräften für Notfallmedizin versorgt. Der deutschsprachige Raum hinkt diesem internationalen Standard hinterher.

Aus diesem Grund sind wir der Meinung, dass in Österreich eine Spezialisierung „Pfleger in Ambulanzen und Notaufnahmen“ implementiert werden sollte. Diese wäre vordergründig im § 17 Abs 2 anzuführen, jedenfalls aber durch Ausschöpfung der Verordnungsermächtigung nach § 17 Abs 3 einzuführen. Im Hinblick auf das Ausbildungscurriculum ist eine Anlehnung an die bereits etablierte und seit 2011 durchgeführte Weiterbildung „Pfleger in Ambulanzen und Notaufnahmen“ gemäß § 64 GuKG, BGBl I 1997/108 idF BGBl I 2013/185, welche im Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus Schwarzach angeboten wird ([www.wb-notfallpflege.at](http://www.wb-notfallpflege.at)), sinnvoll.

Quellen zu ad 3:

*Behringer/Lamp*, Notfallpflege in Österreich, ÖPZ 4/2015, S. 29 f.

*Halmich/Hellwagner*, Die interdisziplinäre Notaufnahme aus medizinrechtlicher Sicht, RdM 2015/48.  
(Die publizierten Beiträge können über ÖGERN bezogen werden!)

Die Stellungnahme wurde unter Einbeziehung des gesamten ÖGERN-Vorstands- und Mitgliederkreises erstellt.

Für die ÖGERN zeichnen

*Dr.iur. Michael Halmich, PLL.M.*

*Dr.med.univ. Klaus Hellwagner, PLL.M.*