

## **Praxisbezogene Aspekte zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich in der Gesundheits- und Krankenpflege aus der Sicht des Sachverständigen**

In Deutschland und auch in Österreich wird die Thematik „Ausweitung und Konkretisierung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches in der Gesundheits- und Krankenpflege“ diskutiert.

Es wird angesprochen, dass für eine gute Patientenbetreuung die Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Sinne eines kollegialen Miteinanders unverzichtbar ist. Neben der Ausschöpfung von Möglichkeiten der Delegation soll die Entwicklung und Erprobung sinnvoller neuer Arbeitsteilungen durch die Neuordnung von Aufgaben gestärkt werden. Auch soll die Übertragung von Aufgaben an die Pflege eine Prozessoptimierung und somit auch ökonomischen Aspekten dienen. Dazu sind gleichrangige Ziele, wie die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes, eine Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie eine Verbesserung der Versorgungsqualität der PatientInnen, maßgebend. Somit kann in diesem Lichte die laufende Adaptierung – und somit die Ausformulierung weiterer ärztlicher Maßnahmen – im § 15 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) interpretiert werden. Das heißt, es wurden in den letzten Jahren weitere delegationsfähige Tätigkeiten einer rechtlichen Analyse unterzogen und ausformuliert.

In diesem Zusammenhang werden ärztliche Tätigkeiten genannt, die in keiner Weise vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (gDfGuK) übernommen werden, da sie als ärztliche Vorbehaltstätigkeiten gelten.

In Österreich ist die berufsrechtliche Aufgabenverteilung zwischen Arzt und Pflege überwiegend im GuKG – als mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich - geregelt.

In Bezug zum genannten Tätigkeitsbereich des gDfGuK, werden insbesondere im Ärztegesetz jene ärztlichen Aufgaben dargestellt, die wegen der hohen Komplexität und Gefährlichkeit, sowie aufgrund der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen der PatientInnen ärztliche Kompetenzen erfordern.

Die Kompetenzgrenzen zwischen dem ärztlichen Beruf und dem Beruf des gDfGuK werden im Rahmen der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten - gemäß § 15 GuKG - von der anordnenden Ärztin/vom anordnenden Arzt gezogen. Vorab erfolgt eine eingehende Untersuchung und Beurteilung des Zustandes der betroffenen PatientInnen.

Sobald eine Delegation einer ärztlichen Maßnahme an den gDfGuK erfolgt, gibt es rechtlich die Vorgabe, den therapeutischen Prozess in der Patientendokumentation abzubilden. Das heißt, es hat grundsätzlich die ärztliche Anordnung an den gDfGuK schriftlich zu erfolgen<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Gemäß § 15, GuKG Abs 4 sind medizinisch begründete Ausnahmefälle möglich

Der gDfGuK hat anschließend die Durchführung der delegierten Tätigkeit mit der Unterschrift zu bestätigen (Handzeichen)

Im Berufsgesetz für die Pflegeberufe sind „nur“ beispielhafte Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches (demonstrative Aufzählung) angeführt<sup>2</sup>. Da es in der Praxis eine größere Anzahl von möglichen „mitverantwortlichen“ Tätigkeiten gibt<sup>3</sup>, geben die folgenden Kriterien eine gute Hilfe, den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich aus der Sicht der Pflege besser einzugrenzen. Aus pflegerischer Sicht handelt es sich um Tätigkeiten

- die im Berufsbild des gDfGuK vorgesehen sind, und somit nicht in den „Kernbereich“ eines nichtärztlichen Gesundheitsberufes fallen<sup>4</sup>
- für die jeweilige Pflegeperson (gDfGuK) die nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzt
- die einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad<sup>5</sup> wie die in § 15 Abs.5 GuKG angeführten Tätigkeiten aufweisen. Dazu zählen unter anderem
  - das Legen einer peripheren Venenverweilkanüle<sup>6</sup>,
  - das Verabreichen einer subcutanen Infusion<sup>7</sup>,
  - das Schreiben eines Elektrokardiogramms,
  - das Anlegen eines Gipsverbandes,
  - die Durchführung der Bronchialtoilette und die
  - die Durchführung der Aromatherapie<sup>8</sup>
- die in der Grundausbildung gelehrt und bei denen in Fortbildungen bzw. Weiterbildungen die entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten vertieft und ausgebaut wurden
- die die Angehörigen des gDfGuK mit „erweiterten“ Kompetenzen in einer Spezialaufgabe aufweisen (z.B. im Rahmen der Nierenersatztherapie kann die Shuntpunktion an den gDfGuK delegiert werden)

Zusätzlich können einzelne Bestimmungen des GuKG als Vorgaben zur interdisziplinären Zusammenarbeit abgeleitet werden:

---

<sup>2</sup> Gemäß § 15, GuKG Abs. 5

- Verabreichung von Arzneimitteln
- Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen
- Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen
- Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren
- Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung
- Durchführung von Darmeinläufen
- Legen von Magensonden

<sup>3</sup> In der Fachliteratur konnten zirka 150 delegationsfähige Tätigkeiten– inklusive der Anwendung von Medizinprodukten und mögliche Anordnungen in Spezialbereichen – gefunden werden

<sup>4</sup> Gemäß den Inhalten des Curriculums: Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG), 2003: Offenes Curriculum, Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.

<sup>5</sup> Aus der Sicht des Sachverständigen handelt es sich um die sichere Anwendung der klinisch-praktischen Fertigkeiten

<sup>6</sup> Vgl. Schwamberger, Biechl, 2011, S.109ff

<sup>7</sup> Vgl. Schwamberger, Biechl, 2011, S.113ff

<sup>8</sup> Vgl. Schwamberger, Biechl, 2011, S.85ff

- Im Rahmen einer persönlichen ärztlichen Visitation erfolgt die Anamnese, die Diagnostik und die Arzneimittelverschreibung
- Folglich wird die Ärztin/der Arzt nach Einschätzung des Zustandes der PatientInnen die entsprechende Applikationsform anordnen und schriftlich festlegen<sup>9</sup>
- Da die Verabreichung von Arzneimittel eine ärztliche Tätigkeit ist, können ÄrztInnen und Ärzte diese Tätigkeit - bezogen auf den Einzelfall - auf den gDfGuK übertragen (delegieren)<sup>10</sup>
- Die Ärztin/der Arzt trägt die Anordnungsverantwortung, unter Beachtung folgender Fakten<sup>11</sup>
  - o Es wird dem gDfGuK keine Applikation von Arzneimitteln übertragen, bei denen es wegen allfälliger Nebenwirkungen/Komplikationen kommt
- Der gDfGuK wird beachten, dass die richtige Patientin/der richtige Patient das angeordnete Arzneimittel in der richtigen Konzentration und Dosierung mittels richtiger Applikationsform zum richtigen Zeitpunkt bekommt (Durchführungsverantwortung)
  - o Ist bei Applikation eine Abänderung denkbar, bzw. treten Zweifel zur Anordnung auf, hat der gDfGuK Rücksprache (umgehendes Rückkoppeln) zu halten
  - o Dem gegenüber steht die Verpflichtung der Ärztin/des Arztes, die getätigten Informationen zu berücksichtigen und Zweifel auszuräumen<sup>12</sup>.

Grundsätzlich bestehe für beide Berufe das Ziel die Behandlung und die Sicherheit der PatientInnen zu gewährleisten. Daher haben sich beide Berufsgruppen als funktionelle Einheit bei ihren Aktivitäten im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit im Dialog aufeinander abzustimmen<sup>13</sup>.

Um den beschriebenen Prozess der Zusammenarbeit konkret und sicher für alle Beteiligten zu gestalten haben die Managementverantwortlichen die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen. Aus der Sicht des Sachverständigen sind zusätzlich zu den gesetzlichen Vorgaben

---

<sup>9</sup> Vgl. Schwamberger, Biechl, 2011, S.109

<sup>10</sup> Zur ärztlichen Anordnung (Delegation), vgl. § 49 Ärztegesetz, Abs. 3 Der Arzt kann im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Er trägt die Verantwortung für die Anordnung. Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.

<sup>11</sup> Vgl. § 49 Abs. 3 Ärztegesetz

<sup>12</sup> Vgl. Schwamberger, Biechl, 2011, S.109

<sup>13</sup> Vgl. van Maanen, 1998, S.67

folgende Maßnahmen im Sinne des Risikomanagements in den Gesundheitseinrichtungen vonnöten:

- Eingehende Analyse von besonders risikogeeigneten Tätigkeiten, insbesondere bei Ressourcenmangel und Überlastung der MitarbeiterInnen<sup>14</sup>
- Genaue Beschreibung der risikogeeigneten Arbeitsabläufe („Prozessbeschreibungen“), insbesondere bei Übernahme von mitverantwortlichen Tätigkeiten wenn kein Arzt im Bereich tätig ist (z.B. in Pflegeheimen mit schwerkranken Bewohnern, in denen telefonische Einzelfallanordnungen erfolgen)
- Laufende Evaluation von risikogeeigneten Prozessen, um ggf. die nötigen Kompetenzen zu verbessern (z.B. Skillstraining zum Katheterismus beim Mann)
- Analyse von Arbeitsabläufen, Erschwernissen und Risikogeeignetheiten, u.a. in Pflegeeinrichtungen mit multimorbiden Patienten, bei denen laufend ärztliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen nötig sind<sup>15</sup>
- Erstellung einer Liste von delegationsfähigen Tätigkeiten mit den nötigen organisatorischen Voraussetzungen im Krankenhaus, Pflegeheim und extramuraler Pflege.

Zukunftsperspektiven:

Es ist notwendig, den Auftrag der Pflege neu zu definieren und weiter zu entwickeln. Die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten soll den originären Auftrag der Pflege in den „Kernaufgaben“ nicht verändern.

Das heißt, die Pflege wird in Zukunft im Rahmen des Behandlungsprozesses die PatientInnen im Umgang mit der Therapie und Pflege – und ggf. mit belastenden Nebenwirkungen - unterstützen und befähigen, sodass sie ihre eigenen Strategien zur Krankheitsbewältigung entwickeln können.

Um eine hohe Sicherheit für die Beteiligten im therapeutischen Prozess zu gewährleisten sind laufend die Anordnungsabläufe zu evaluieren, um möglichen Haftungen vorzubeugen.

---

<sup>14</sup> Wie zum Beispiel im Sinne der Arbeitnehmerschutzbestimmungen, mit dem primären Ziel „Vorbeugung von Gefahren für PatientInnen und MitarbeiterInnen“. Auch soll der oft emotional geführten und erschwerten Kommunikation vorgebeugt werden.

<sup>15</sup> Die Erfahrung des Sachverständigen zeigt, dass bei den genannten Patientengruppen zumindest eine ärztliche Rufbereitschaft nötig ist. Denn ansonsten bestehe die Gefahr, dass der gDfGuK die Rolle des Arztersatzes übernimmt.

## Literatur:

Maanen, van, H. (1998). Planung der ambulanten Pflege 2000; In: Garms-Homolova, V.; Schaeffer, D.; Medizin & Pflege, Wiesbaden

Schwamberger, H.; Biechl, R. (2011). Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). 6. Auflage. Wien: Verlag Österreich GmbH



Autor:

Otto Helmut Schrenk, Mag. rer. nat., Dr., geb. 1950, gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (allgemeine und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege), Arbeitspsychologe und Supervisor, allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Gesundheits- und Krankenpflege seit 1999.