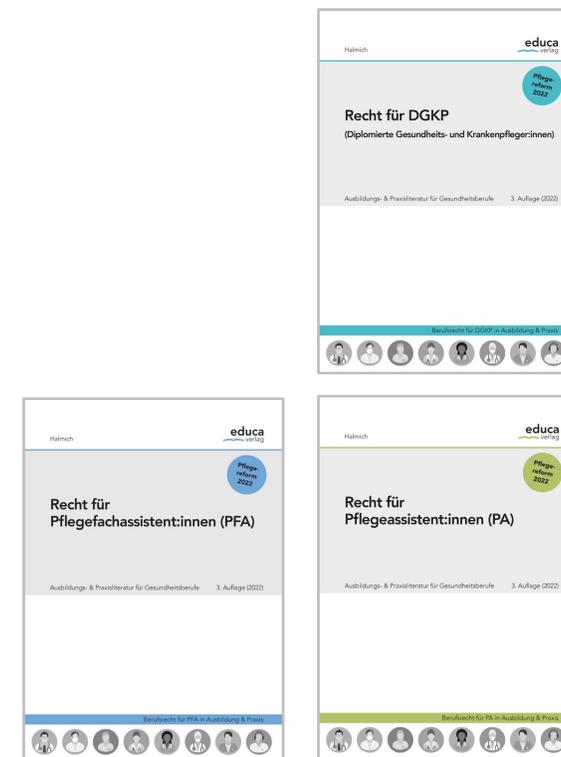




Fortbildung RECHT für Gesundheitsberufe in Lienz

Dr. Michael Halmich LL.M.
Jurist und Ethikberater im Gesundheitswesen

Montag, den 23. Jänner 2023 | Wohn- und Pflegeheim Lienz



Bücher: www.educa-verlag.at

Übersicht

4 Themen je 90min. – dazwischen Pausen

Mittagspause: 12.30 Uhr?

- Assistierter Suizid / Sterbeverfügungsgesetz
- Rechtsrahmen der Palliative Care
- Update Berufsrecht GuKG
- Freiheitsbeschränkungen



Assistierter Suizid / Sterbeverfügung



Einleitende Gedanken

- In Österreich wird die Begleitung von Sterbenden und der Umgang mit dem Lebensende seit mehr als 20 Jahren auf politischer Ebene diskutiert.
- Meilensteine:
 - Parlaments-Enquete „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ (2001)
 - Österreich-Konvent (2003–2005)
 - Einführen des Patientenverfügungs-Gesetzes (2006)
 - Parlaments-Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ (2014–2015)
 - **Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2015)**
 - **VfGH-Erkenntnis (12/2020)**
 - Dialogforum „Sterbehilfe“ beim Justizministerium (2021)
 - **Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes in Österreich (2022)**
- Liberale Entwicklung weltweit, v.a. in auch Europa spürbar (BENELUX, DE, ES, PT, IT, nun auch AT)

Begrifflichkeiten

Sterbehilfe
aktiv
passiv
direkte
indirekte



Begrifflichkeiten

Sterbehilfe	Neue Terminologie
<p>aktiv</p> <p>passiv</p> <p>direkte</p> <p>indirekte</p>	<p>Sterbebegleitung</p> <p>Therapie am Lebensende</p> <p>Sterben zulassen</p> <p>zulässige Suizidassistenz (Sterbeverfügungsgesetz)</p> <p>verbotene Sterbehilfe (Mord / Tötung auf Verlangen im StGB)</p>

Öst. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2011):
Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende ([Link](#))

Was ist strafbar?

§ 75 StGB (Mord, vorsätzliche Tötung):

Wer einen anderen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von zehn bis zu zwanzig Jahren oder mit lebenslanger Freiheitsstrafe zu bestrafen.

§ 77 StGB (Tötung auf Verlangen):

Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

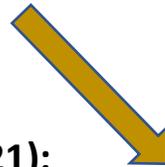
Verfassungsgerichtshof

Vier Antragsteller brachten **2019** einen Antrag beim VfGH ein.

Die Strafnorm „**Mitwirkung am Selbstmord**“ verwehre ihnen ein selbstbestimmtes Sterben.



§ 78 StBG alte Version (gültig bis 31.12.2021):



Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

Verfassungsgerichtshof



vfigh

Verfassungsgerichtshof
Österreich



FORUM
GESUNDHEITS-
RECHT

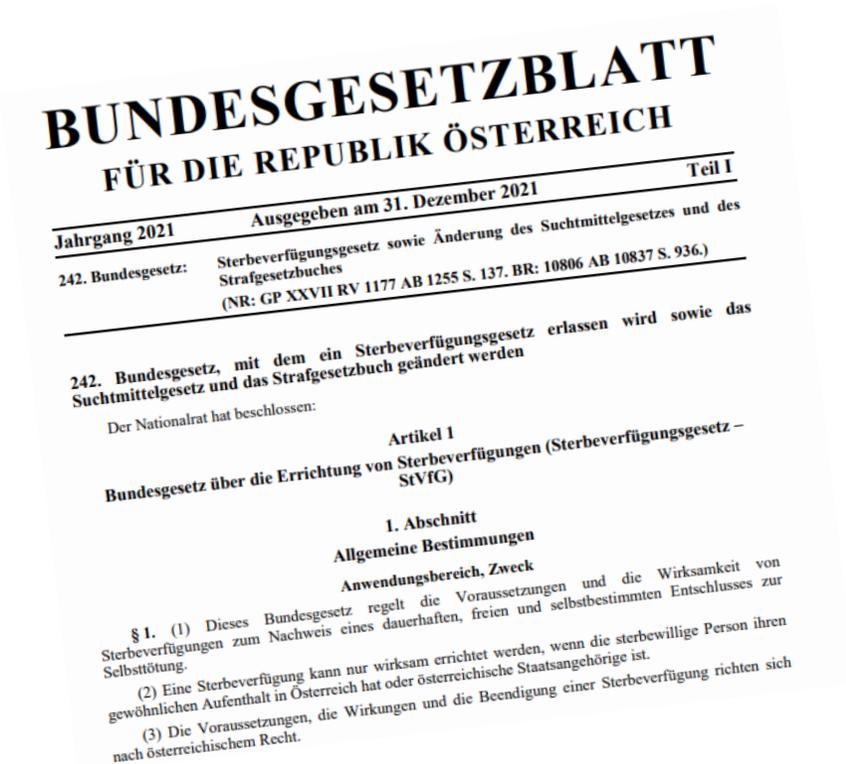


VfGH-Erkenntnis vom 10.12.2020:

- Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben.
- Dazu gehört auch das **Recht des Suizidwilligen, die Hilfe einer dazu bereiten anderen Person in Anspruch zu nehmen.**
- Grundvoraussetzung: Freie Entscheidung / Selbstbestimmung!
- Strafbarkeit der Suizidassistentz wird mit Ende 2021 aufgehoben.

Seit 1.1.2022

Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Errichtung von Sterbeverfügungen
 ([Sterbeverfügungsgesetz – StVfG](#)) – zudem: [Parlamentarische Gesetzesmaterialien](#)
 zudem kundgemacht: [Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung](#)



Was ist erlaubt?

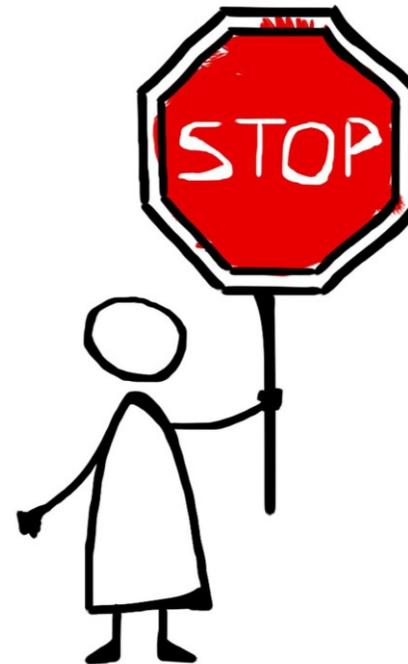
**Kranke, entscheidungsfähige Erwachsene
dürfen straffrei Suizidassistenz
in Anspruch nehmen.**

Grundvoraussetzung: dauerhafter, freier und selbstbestimmter Entschluss zur Selbsttötung.

Wer ist ausgeschlossen?

Kinder / Jugendliche

Gesunde Menschen





CHRONIK

Assistierter Suizid: Salzburgerin gestorben

Die 57-jährige Andrea Mielke hat sich als erste Salzburgerin für den assistierten Suizid entschieden. Wegen eines seltenen Gendefekts war sie zeitlebens auf den Rollstuhl angewiesen und setzte sich seit ihrer Jugend für ein selbst bestimmtes Leben mit Behinderung ein. Donnerstagabend ist Andrea Mielke verstorben.

15. April 2022, 13.46 Uhr (Update: 15. April 2022, 15.33 Uhr)

[Teilen](#)

Grober Überblick

- Kranke, entscheidungsfähige Erwachsene dürfen straffrei Suizidassistentz in Anspruch nehmen.
- Grundvoraussetzung: dauerhafter, freier und selbstbestimmter Entschluss zur Selbsttötung.
- Prozedere:
 - Aufsuchen zweier Ärzt:innen (eine/r benötigt palliativmedizinische Qualifikation): Aufklärung, Beratung, Bestätigung
 - Nur bei Hinweis auf krankheitswertige psychische Störung: Vorab Abklärung durch FA Psychiatrie oder klin. Psychologie
 - Sterbeverfügung wird errichtet im Notariat oder bei der Patientenvertretung (Landeshauptstädte). Rechtsbelehrung.
 - Zeitverstreich bis Errichtung: mind. 12 Wochen nach erster ärztl. Aufklärung (nur bei terminaler Phase: mind. zwei Wochen)
 - Sterbeverfügung dann ein Jahr gültig.
 - Dazu bereite Apotheke gibt Präparat aus (letale Dosis Natrium-Pentobarbital und nötige Begleitmedikation).
 - Sterbeverfügungsregister
 - Freiwilligkeit der Mitwirkung, Benachteiligungsverbot | Werbeverbot und Verbot wirtschaftlicher Vorteile



Vier Stufen

Ärztlicher Part	Juristischer Part	Öffentl. Apotheke	Sterbeort
<p>2x Aufklärung, Beratung, Bestätigung</p> <p>Allgemeinmediziner:in oder FÄ (1x Pall-Med.)</p> <p>PSYCH-Abklärung bei Bedarf</p>	<p>Notariat</p> <p>Patientenvertretung (12 Wochen 2 Wochen)</p> <p>Errichtung Sterbeverfügung (1 Jahr gültig)</p>	<p>Abgabe</p> <p>Natrium-Pentobarbital + Begleitmed.</p> <p>oral</p> <p>i.v.</p>	<p>Frei wählbar!</p> <p>Private Räumlichkeiten</p> <p>Einnahme oder Nichteinnahme?</p> <p>Klinik?</p> <p>Pflegezentrum?</p>

1.

2.

3.

4.

Wer?

Die sterbewillige Person muss sowohl im Zeitpunkt der ärztl. Aufklärung als auch im Zeitpunkt der Errichtung der Sterbeverfügung **volljährig und entscheidungsfähig** sein. Die Entscheidungsfähigkeit muss zweifelsfrei gegeben sein.

Zudem muss die sterbewillige Person **krank** sein.



Eine Sterbeverfügung kann nur eine Person errichten, die

- an einer **unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit** oder
- an einer **schweren, dauerhaften Krankheit** mit **anhaltenden Symptomen** leidet, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen;

wobei die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringt.

Und psychisch Erkrankte?

- Bei den Krankheitsvarianten wird im Gesetz nicht zwischen somatischer und psychischer Erkrankung unterschieden, sodass jede zum Tod führende oder schwere Krankheit ausreicht.

– **Conclusio**: Entscheidungsfähige Personen mit psychischer Erkrankung sind nicht per se von der Sterbeverfügung ausgeschlossen. Aber genaue Prüfung nötig!

- Erläuterungen zum Gesetz: „Bei einem ausschließlich aufgrund und im Zustand einer psychischen Krankheit gefassten Sterbewunsch wird in der Regel keine Entscheidungsfähigkeit vorliegen.“

RV 1177, S. 13

Ärztlicher Part

Der Errichtung einer Sterbeverfügung hat eine Aufklärung durch **zwei ärztliche Personen** voranzugehen, von denen eine eine palliativmedizinische Qualifikation aufzuweisen hat, und die unabhängig voneinander bestätigen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und einen freien und selbstbestimmten Entschluss geäußert hat.

Mindest-Aufklärungsinhalte:

- mögliche Behandlungs- oder Handlungsalternativen, insbesondere Hospizversorgung und palliativmedizinische Maßnahmen, sowie einen Hinweis auf die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung oder auf andere Vorsorgeinstrumente, insbesondere Vorsorgevollmacht und Vorsorgedialog,
- einen Hinweis auf konkrete Angebote für ein psychotherapeutisches Gespräch sowie für suizidpräventive Beratung,
- einen Hinweis auf allfällige weitere im konkreten Fall zielführende Beratungsangebote,
- die Dosierung des Präparats (Natrium-Pentobarbital) und die für die Verträglichkeit des Präparats notwendige Begleitmedikation und
- Art der Einnahme des Präparats, Auswirkungen und mögliche Komplikationen bei der Einnahme des Präparats und dass mit einer Patientenverfügung lebensrettende Behandlungen abgelehnt werden können.

Sterbeort

Nach der Konzeption des Gesetzes soll sich die sterbewillige Person [...] durch Vorlage ihrer Sterbeverfügung binnen eines Jahres nach der Errichtung das Präparat bei einer Apotheke abholen und dieses dann – **in dem von ihr gewählten, privaten Rahmen** – zu sich nehmen können.

Regierungsvorlage 1177, S. 5

Selbsttötung: Eingesetztes Präparat

Natrium-Pentobarbital

=> Applikationsweg?

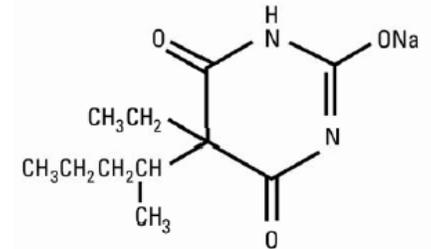
Durch [Verordnung](#) vorgegeben:

Das Präparat Natrium-Pentobarbital kann als magistrale Rezeptur wie folgt eingenommen werden:

- orale Zubereitung (orale Applikation oder Applikation mittels PEG-Sonde) oder
- intravenös mit Infusion.

– Dieses Präparat wirkt lt. VO in der Dosierung von 15g des Reinwirkstoffs in beiden Einnahmeformen bei vollständiger Einnahme verlässlich letal.

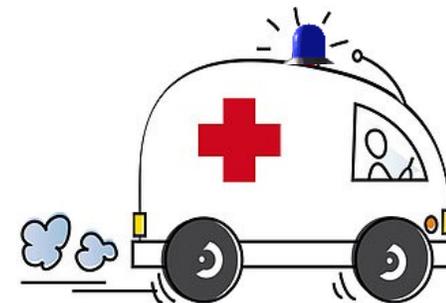
– Rezeptur oral: 121,85 g (= 100 ml) | Haltbarkeit: ungeöffnet 1 Monat unter 25 °C
ca. EUR 52,00 (keine Kassenleistung)



Ort der Selbsttötung?

Keine Vorgabe durch das Gesetz. Frei wählbar durch sterbewillige Person!

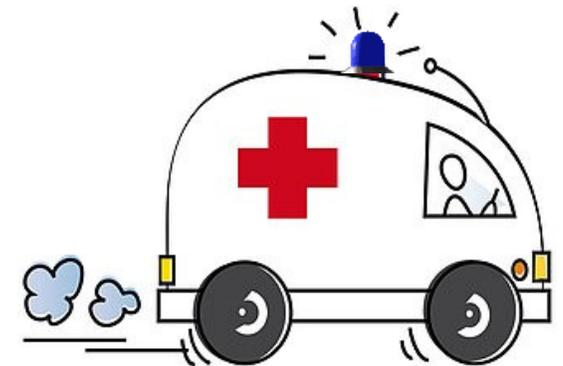
- Privater Ort als Ort der Selbsttötung als Hauptanwendungsfall?
- Hilfe leistende Personen werden i.d.R. An-/Zugehörige sein.
- Es ist anzunehmen, dass medizinisches Fachpersonal üblicherweise nicht anwesend sein wird.
- Bei jeglichen medizinischen Notfällen / Komplikationen im Rahmen der Durchführung der Selbsttötung wird es dann wohl zur Beiziehung des Rettungs- bzw. Notarztdienstes (über Notruf 144), von Hausärzt:innen, mobilen Diensten oder (Acute) Community Nurse kommen.



Zwischenfälle und Noteinsatz

Mögliche Zwischenfälle

- Präparat wird nicht zur Gänze eingenommen (Achtung: Strohhalm).
- Begleitmedikation wird gar nicht eingenommen oder zu gering dosiert, es kommt deshalb zu Zwischenfällen.
- Reflexartiges oder selbstinduziertes Erbrechen.
- Aspiration.
- **Kein unmittelbarer Todeseintritt** (laut Informationen soll das Präparat bei intravenöser Gabe binnen fünf Minuten, bei oraler Gabe zwischen 20 und 60 Minuten wirken).



Halmich in ÖGERN, Selbstbestimmung in Grenzsituationen (2022), S. 120f.

Tipps für Akutteams

- **Notfalldiagnose bei Patient:innen stellen** (sichere Todeszeichen vs. Atem-Kreislaufstillstand vs. Lebenszeichen noch vorhanden? Ansprechbar?)
- **Wurde das gesamte Präparat eingenommen?** Ist das geöffnete (und vormals plombierte) Sicherheitsgefäß vor Ort?
- **Liegt die Sterbeverfügung am Einsatzort auf?**
(Empfehlung für Sterbewillige: Unbedingt die Sterbeverfügung am Sterbeort zurücklassen, damit nachher eintreffende Rettungskräfte, Angehörige, Totenbeschauärzte, Bestatter etc. einen Hinweis darauf erhalten.)
- Gibt es eine (verbindliche) **Patientenverfügung**, in der lebensrettende Maßnahmen bei Komplikationen im Rahmen des Selbsttötungsaktes abgelehnt werden?

Umsetzung in Kliniken oder Heimen?

- Niemand ist verpflichtet, eine Hilfeleistung zu erbringen, eine ärztliche Aufklärung durchzuführen oder an der Errichtung einer Sterbeverfügung mitzuwirken.
- Es gilt ein Diskriminierungsschutz, aber auch ein Benachteiligungsverbot.
- **Sterbewillige Person hat Anspruch auf Unterlassung von Maßnahmen, die im Ergebnis ihr Recht auf Beendigung ihres Lebens beschneiden.** (RV 1177, S. 8).
- Was bedeutet dies für die Umsetzung in Kliniken bzw. Heimen?

Klinik

Zweck und Auftrag von Kliniken ergibt sich aus dem [§ 1 KAKuG](#) (ein Auszug):

- Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung.
- Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung.

- **Klinik als Ort der Behandlung und nicht Wohnort (privater Wohnbereich).**
- Argumentation: Wunsch nach Selbsttötung ist keine Behandlung, **daher Nichtaufnahme oder Entlassung?**
- Letztlich aber Träger-Entscheid.

Pflege- und Betreuungszentren

- Ist **Wohnort** und nicht Ort einer vorübergehenden Behandlung / Betreuung.
- Rechtlich starker Schutz für Heimbewohner:innen durch Heimvertragsrecht (§§ 27b ff. KSchG).
- Kündigungsmöglichkeiten durch Heimträger streng gesetzlich eingeschränkt ([§ 27i KSchG](#)).
- Weiters Schutz durch Bewohner:innen-Rechte (§ 27d Abs. 3 KSchG):
 - Schutz Persönlichkeitsrechte / Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit
 - Recht auf Selbstbestimmung
 - Recht auf religiöse Selbstbestimmung
 - Recht auf Verkehr mit der Außenwelt, auf Besuch durch Angehörige und Bekannte
 - Recht auf Gleichbehandlung
- Summa summarum sprechen die Argumente dafür, dass Heimbewohner:innen ihr Recht auf Selbsttötung durch fremde Hilfe in Pflege- und Betreuungseinrichtungen einfordern können, wenn aus der Einrichtung selbst niemand mitwirken kann oder darf.

Rolle der Pflegepersonen?

- Pflegepersonen kommen formal im Sterbeverfügungsgesetz nicht vor!
- In Begutachtung wurde von manchen Personen / Organisationen gefordert, dass die Aufklärung über Handlungsalternativen / Palliativangebote zwingend multidisziplinär (z.B. durch Sozialarbeiter:in, DGKP bzw. Ärzt:in) erfolgen soll.
- Formal wurde die Aufklärung / Bestätigung durch Ärzt:innen vorgegeben. DGKP-Beziehung ist möglich, aber nicht verpflichtend.

– Mögliche Felder für Pflegepersonen:

- Themenausblendung (wirklich möglich?)
- Mitwirkung bei der ärztlichen Aufklärung
- Begleitung bei Errichtung einer Sterbeverfügung
- Hilfeleistung bei der Durchführung der lebensbeendenden Maßnahme (Suizidassistenz)
- Psychosoziale Betreuung (vor, während und nach der Selbsttötung)

Erste Erfahrungen I

- Großes Schulungsinteresse bei den Gesundheits-, Sozial- und Rechtsberufen!
- **Es haben bereits 15-20 Personen nach diesem Gesetz Suizidassistentz in Anspruch genommen.**
(Bericht von bürokratischen Hürden, Suche nach Ärzt:innen zur Beratung/Begutachtung schwierig!)
- Über 100 Personen haben schon ärztliche Aufklärungsgespräche vorgenommen.
- Zahlreiche Leitlinien zum Umgang in Institutionen – Spitäler | Pflegezentren | mob. Dienste
(auffällig: aktive Unterstützung bzw. Aufnahme in Angebotspalette selten, jedoch Begleitung in Einzelsituationen wird eingeräumt;
Einzelentscheidung der vor Ort tätigen Teams)

Erste Erfahrungen II

- Gesundheitsberufe melden großteils Überforderung im Umgang mit Äußerungen von Personen in Bezug auf Suizidwünsche; Suizidthema vielfach (noch) Tabuthema!
(=> Hinweis z.B. zur [OPG-Handreichung](#) zum Umgang mit Sterbe- und Suizidwünschen)
- [ascirs.at](#) => Berichts- und Lernsystem der Österreichischen Palliativgesellschaft ist online!
(Sammlung von Erfahrungsberichten, Grundlage für Leitlinien, Forschung | bereits schon 64 Einmeldungen!)

Welche Erfahrung möchten Sie uns mitteilen?

Assistierter Suizid
vollendet



» zum Bericht

Assistierter Suizid
abgebrochen



» zum Bericht

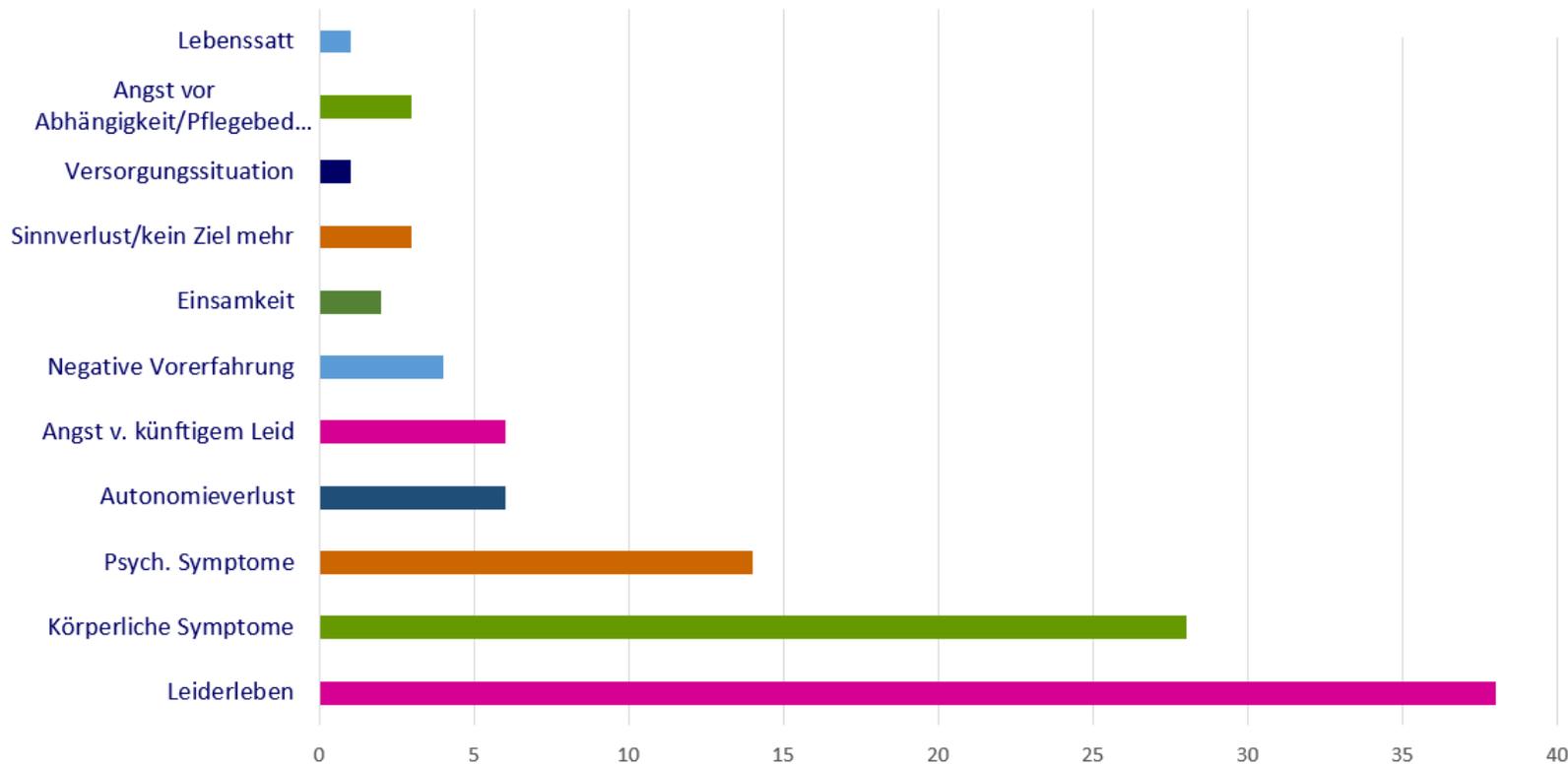
Assistierter Suizid
angefragt



» zum Bericht

Erste Erfahrungen III

Motive für eine Anfrage um Beihilfe zum Suizid



Rechtsrahmen der Palliative Care

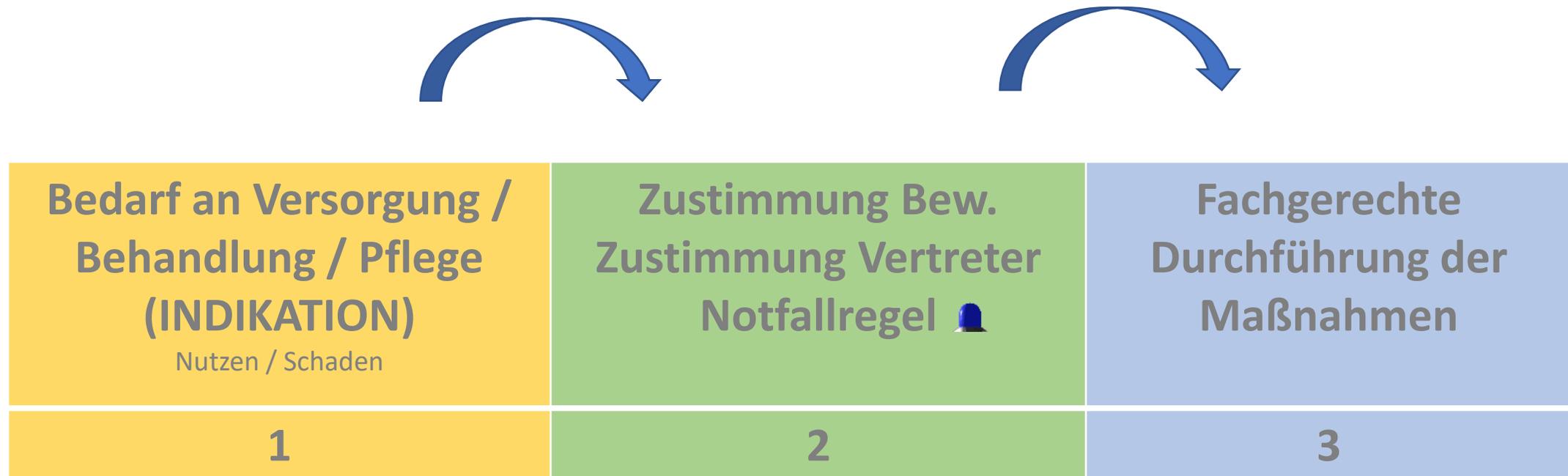


Begrifflichkeiten

Sterbehilfe	Neue Terminologie
 aktiv passiv direkte indirekte 	<p>Sterbebegleitung Therapie am Lebensende Sterben zulassen</p> <p>zulässige Suizidassistenz (Sterbeverfügungsgesetz)</p> <p>verbotene Sterbehilfe (Mord / Tötung auf Verlangen im StGB)</p>

Öst. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2011):
 Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende ([Link](#))

Behandlungsentscheidungen



Checkliste: Vorgehen bei Behandlung

- 
1. **Zeitkritischer Notfall** 
(keine Aufklärung/Zustimmung erforderlich; indizierte Maßnahmen sind einzuleiten)
 2. Entscheidungsfähiger Bewohner entscheidet selbst (Zustimmung/Ablehnung)
=> somit auch Reversrecht
 3. Bewohnerin nicht entscheidungsfähig:
 - a. Patientenverfügung?
 - b. Unterstützung vor Vertretung (Unterstützterkreis? Ok vom Vertreter?)
Vertreter hat Vorsorgevollmacht oder ist Erwachsenenvertreter.
 - c. Nofallregel
=> unaufschiebbare Behandlungen sind nach med. Kriterien durchzuführen, auch wenn es keine Zustimmung gibt!

Bew.-Wille: Keine Anhaltspunkte?

Gibt es überhaupt keine Anhaltspunkte zum Patient:innen-Willen, so kommt der Grundsatz zum Tragen:

Im Zweifel ist bei nicht-entscheidungsfähigen Personen davon auszugehen, dass diese eine medizinisch indizierte Behandlung wünschen (§ 253 Abs. 1 ABGB).

- **Indikation** rückt somit ins Zentrum. Behandlungsteams (v.a. Ärzt:innen, Pflegepersonen) haben anhand der Indikationsbeurteilung das weitere Behandlungsprozedere (in Abstimmung mit den Vertreter:innen, Vertrauenspersonen) festzulegen.
- Nicht-indizierte / kontra-indizierte Maßnahmen sind zu unterlassen
=> ggf. Therapiezielwechsel in Richtung Palliative Care!

Vorausplanung mit Blick auf Gesundheit, Pflege und Betreuung

Person kann wie folgt vorsorgen:

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung

Oder:

Gesundheitspersonal kann in Bezug auf zukünftige Behandlungen eine Vorsorgeplanung initiieren!

**Vorsorgeplanung / Vorsorgedialog
Behandlung / Betreuung im Voraus planen!**

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht entscheidungsfähig ist.

=> Eine Patientenverfügung kann den Willen eines Patienten, eine medizinische Behandlung abzulehnen, verbindlich festlegen.

=> Im Übrigen ist jede vorliegende Patientenverfügung der Ermittlung des Patientenwillens zu Grunde zu legen.



Patientenverfügung

Ratgeber von ARGE PatientenwältInnen / Hospiz Österreich

Kostenfrei: www.patientenanwalt.com oder www.hospiz.at



Ratgeber **■** Patientenverfügung

- ▶ Informationen
- ▶ Eine Patientenverfügung richtig erstellen
- ▶ Formulierungshilfen

3. Auflage mit der PatVG-Novelle 2019




■ Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (BGBl. I Nr. 55/2006 i.d.g.F.) errichtet.

Meine Patientenverfügung

Ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der (rechtlichen) Tragweite erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich nicht mehr entscheidungsfähig bin.

Diese Patientenverfügung soll verbindlich gelten.

[1] Meine Daten

Vorname(n) _____

Nachname(n) _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Straße/Nr. _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

[2] Beschreibung meiner persönlichen Umstände und Einstellungen

Damit meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte für den Fall, dass ich mich während meiner medizinischen Behandlung nicht mit ihnen verständigen kann, meinen Willen als Patient(n) besser beurteilen können, halte ich Folgendes über meine Einstellung zu meinem Leben, meiner Gesundheit und Krankheit, meinem Sterben und meinem Tod bzw. meiner religiösen Einstellung fest:

■ Hinweiskarte auf eine Patientenverfügung

Name _____

Adresse _____

Datum und Unterschrift _____

Welche Arten gibt es?

Verbindliche PatV:

Strenge Errichtungsvorschriften (Arzt / Jurist). Bindet das Behandlungsteam in jedem Fall. Dies auch dann, wenn Nichtbehandlung den sicheren Tod bedeuten würde. Kein Vertreter ist beizuziehen / zu befragen! **Geltungsdauer: 8 Jahre!**

Sonstige PatV (nicht-verbindliche PatV):

Keine Formvorschriften. Je näher der „verbindlichen“, desto relevanter! Sie ist für die Ermittlung des Pat.-Willens von Bedeutung (= „der Ermittlung des Pat.-Willens zu Grunde zu legen“). Ist also eine Orientierungshilfe mit Interpretationsspielraum für das Behandlungsteam als auch den/die gesetzlichen Vertreter.

Abgelehnte Maßnahmen in der Praxis

- Ernährung mittels Sonde / Flüssigkeitsersatz (zB Infusion)
- Beatmungshilfen (Intubation, Maskenbeatmung, Tracheotomie)
- Wiederbelebung (HDM, auch Defibrillation)
- Antibiotische Therapie
- Chemotherapie
- Medikation zur Stärkung lebenswichtiger Organe
- Verabreichung von Blut/Blutbestandteilen
- Einsatz von Geräten zur Organunterstützung / -ersatz (zB Dialyse)
- Wiederbelebung durch den Rettungs- / Notarztdienst

Patientenverfügungs-Check

Checkliste für verbindliche Patientenverfügung:

- Höchstpersönliche Errichtung (Unterschrift Pat. auf PatV?)
- Ärztliche Aufklärung (ärztliche Bestätigung / Unterschrift?)
- Errichtung vor einem Rechtsanwalt / Notar / rechtskundigen Patientenvertreter / rechtskundigen Mitarbeiter eines Erwachsenenschutzvereins (formelle Bestätigung / Unterschrift?)
- Ablehnung bestimmter medizinischer Behandlungen
- Aktualität (Geltungsdauer max. acht Jahre)



Patientenverfügung
Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungsgesetz (BGBI. I Nr. 55/2006 i.d.g.F.) errichtet.

Meine Patientenverfügung
 Ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der (rechtlichen) Tragweite erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich nicht mehr entscheidungsfähig bin.

Diese Patientenverfügung soll verbindlich gelten.

(1) Meine Daten

Vorname(n) _____
 Nachname(n) _____
 Geburtsdatum _____
 Straße/Nr. _____ Telefon _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____

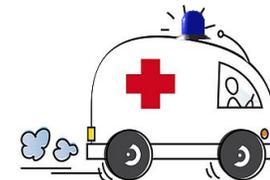
(2) Beschreibung meiner persönlichen Umstände und Einstellungen
 Damit meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte für den Fall, dass ich mich während meiner medizinischen Behandlung nicht mit ihnen verständigen kann, meinen Willen als Patient(in) besser beurteilen können, halte ich Folgendes über meine Einstellung zu meinem Leben, meiner Gesundheit und Krankheit, meinem Sterben und meinem Tod bzw. meiner religiösen Einstellung fest:

Bedeutung im Notfall

Da die Beschäftigung mit einer Patientenverfügung Zeit in Anspruch nimmt, beinhaltet das Patientenverfügungs-Gesetz eine **Notfallsregelung**. So hat die medizinische Notfallversorgung Vorrang, sofern der mit der Suche nach (Beschäftigung mit) einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet (§ 12 PatVG).

Relevant für Rettungs-/Notarztdienst, Mitarbeiter in Ambulanzen von Spitälern.

- „Suche“ verwirrender Begriff. Sanitäter hat keine Suchpflicht. „Suche“ ist vielmehr als „Beschäftigung mit dem Dokument“ zu werten!
- Also immer dann, wenn Beschäftigung mit Patientenverfügung eine akute Lebens-/ Gesundheitsgefahr auslöst => **Rettungsmaßnahmen starten!**
- Kann eine verbindliche Patientenverfügung zweifelsfrei ausgelegt werden, sind von den Gesundheitsberufen (Arzt, Sanitäter, Pflegepersonen ...) die abgelehnten Maßnahmen nicht einzuleiten bzw. bereits begonnene Maßnahmen nicht mehr weiter fortzusetzen. Eine entsprechende Dokumentation hat zu erfolgen.



Patientenverfügungs-Beispiel

■ Patientenverfügung *Muster Daten fiktiv*

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (BGBI. I Nr. 55/2006 i. d. g. F.) errichtet.

Meine Patientenverfügung

Ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der (rechtlichen) Tragweite erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich nicht mehr entscheidungsfähig bin.

Diese Patientenverfügung soll verbindlich gelten.

[1] Meine Daten

Vorname(n) Roswitha

Nachname(n) Müller

Geburtsdatum 12.03.1957 Telefon _____

Straße/Nr. Dinghoferstraße 12

Postleitzahl 6020 Wohnort Linz

[2] Beschreibung meiner persönlichen Umstände und Einstellungen

Damit meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte für den Fall, dass ich mich während meiner medizinischen Behandlung nicht mit ihnen verständigen kann, meinen Willen als Patient(in) besser beurteilen können, halte ich Folgendes über meine Einstellung zu meinem Leben, meiner Gesundheit und Krankheit, meinem Sterben und meinem Tod bzw. meiner religiösen Einstellung fest:

Da meine Erkrankung unheilbar ist, möchte ich in Kenntnis der Prognose keine intensivmedizinischen Maßnahmen. Ich habe mich mit meiner Erkrankung und meinem Schicksal arrangiert und habe keine Angst vor dem Sterben. Ich leide an „ALS.“

[3] Inhalt der Patientenverfügung

Meine Patientenverfügung soll in **folgenden Situationen** gelten:

Bei Atem- / Kreislaufstillstand

Bei Koma und ausgeprägter Atembeeinträchtigung

Bei Ausfall der Nierentätigkeit

Patientenverfügung – Seite 1 von 4

Patientenverfügungs-Beispiel

Die medizinischen Behandlungen, die ich im Folgenden konkret beschreibe, lehne ich ab:

o) Reanimation (keine Beatmung, keine Herzdruckmassage, keine Defibrillation, keine Medikamente zur Stärkung von Herz oder Lunge)

o) keine Dialyse

o) keine Verlegung ins Spital (Intensivstation)

[4] Sonstige Anmerkungen

Ich möchte so lange wie möglich zu Hause wohnen.

Ich werde bereits vom mobilen Palliativteam begleitet u. dies soll so lange wie möglich fortgesetzt werden.

Ich wünsche ausdrücklich jede Form der Symptomkontrolle im Rahmen der Palliativmedizin. Bei größerer Atemnot mag ich sediert werden.

[5] Meine Vertrauenspersonen

Folgende Person(en) dürfen von Ärztinnen/Ärzten Informationen über meinen Gesundheitszustand erhalten:

Vor- und Nachname(n) Doris Müller (Tochter)

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort Dorfplatz 12, 4020 Linz

Telefon _____ E-Mail _____

Vor- und Nachname(n) Erik Müller (Gatte)

Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort Dinghoferstr. 12, 4020 Linz

Telefon _____ E-Mail _____

Patientenverfügung – Seite 2 von 4

Patientenverfügungs-Beispiel

[6] Hinweis auf eine Vorsorgevollmacht

Ich habe eine Vorsorgevollmacht bei Notarin/Notar, Rechtsanwältin/Rechtsanwalt oder einem Erwachsenenschutzverein erstellt. Die bevollmächtigte Person ist:

Vor- und Nachname(n) _____
 Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort _____
 Telefon _____ E-Mail _____

[7] Ärztin/Arzt, die/der mich beim Erstellen der Patientenverfügung aufgeklärt und beraten hat

Vor- und Nachname(n) Dr. Verena Hofer, Neurologin
 Straße/Nr., Postleitzahl, Wohnort Hauptplatz 12, 4600 Wels
 Telefon 0676/123 45 89 E-Mail neurologie-wels@aon.at

[8] Ärztliche Aufklärung

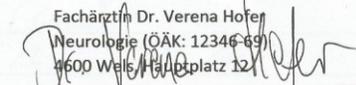
Als Ärztin/Arzt habe ich mit der Patientin/dem Patienten ein ausführliches Gespräch geführt. Diese(r) ist zum Zeitpunkt der Beratung in der Lage, das Besprochene zu verstehen und ihren/seinen Willen danach zu richten. Im Gespräch haben wir die gesundheitliche Ausgangslage und die medizinischen Folgen der im Einzelnen abgelehnten Maßnahmen umfassend besprochen und ich beschreibe den **Inhalt dieses Gespräches** wie folgt:

Patientin ist schon jahrelang meine Patientin. Krankengeschichte ist vorhanden. Aktuell ist die Patientin kognitiv nicht beeinträchtigt u. daher un= eingeschränkt entscheidungsfähig. Die Prognose + die Stadien der ALS-Erkrankung wurden ausführlich besprochen. Patientin wünscht ausdrücklich die Therapiebegrenzung und lehnt jede Form der Hinauszögerung des natürlichen Sterbens ab.

Ich als Ärztin/Arzt habe die Patientin/den Patienten über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung ausführlich informiert. Die Patientin/Der Patient schätzt die **medizinischen Folgen** der Patientenverfügung zutreffend ein, weil

die Patientin zunehmend an ihrer Symptomatik leidet und einen genauen Überblick über ihre Krankheitsituation hat. Es ist der Patientin auch klar, dass bei einem Atemstillstand das Behandlungsteam die Lebensrettungsmaßnahmen nicht durchführen darf aufgrund dieser Verfügung.

Wels, am 13.5.2019
 Ort, Datum

Fachärztin Dr. Verena Hofer
 Neurologie (ÖÄK: 123456789)
 4600 Wels, Hauptplatz 12

 Name, Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt

Patientenverfügung – Seite 3 von 4

Patientenverfügungs-Beispiel

[9] Errichtung vor einer/einem rechtskundigen Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Patientenvertretung oder des Erwachsenenschutzvereins oder vor einer Notarin/einem Notar bzw. einer Rechtsanwältin/einem Rechtsanwalt.

Ich habe die errichtende Person über das Wesen der verbindlichen Patientenverfügung und die rechtlichen Folgen sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt. Insbesondere habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass die Verfügung von der Ärztin/vom Arzt in aller Regel befolgt werden muss, selbst dann, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert ist.

Linz, am 28. 5. 2019
Ort, Datum

ÖO Patientenvertretung
Jurist Mag. Gernot Traußnig
4020 Linz, Bahnhofplatz 33
Name, Unterschrift und Stempel

[10] Bestätigung meiner Patientenverfügung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Patientenverfügung selbst errichtet habe.

Linz, am 28. 5. 2019
Ort, Datum

R. MÜLLER
Unterschrift

[11] Zeugen

Hinweis: Patientin konnte noch selbst unterschreiben, wenn auch zitiert.

Nur für den Fall, dass die/der Erkrankte nicht in der Lage ist zu unterschreiben, muss sie/er bei „Unterschrift“ ein Handzeichen setzen. Dieses muss entweder notariell oder gerichtlich beglaubigt sein oder vor zwei Zeuginnen/Zeugen erfolgen. Eine/der Zeuginnen/Zeugen muss den Namen der Person, die mit Handzeichen gefertigt hat, unter dieses Handzeichen setzen.

Wenn auch ein Handzeichen nicht möglich ist, muss die Errichtung der Patientenverfügung von einer Notarin/einem Notar (oder einem Gericht) beurkundet werden.

1. Zeugin/Zeuge

Name und Unterschrift

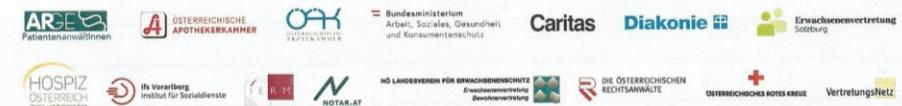
2. Zeugin/Zeuge

Name und Unterschrift

Hinweis

Falls diese Patientenverfügung nicht alle Formvorschriften einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllen sollte, ist sie dennoch bei der Ermittlung des Patientenwillens zu berücksichtigen (§§ 8, 9 Patientenverfügungs-Gesetz).

Dieses Formular wurde in Zusammenarbeit der ARGE Patientenanwältinnen und Hospiz Österreich erarbeitet und wird von dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sowie den folgenden Institutionen empfohlen:



Vorsorgedialog

lt. Gesetzesmaterialien

Der Vorsorgedialog für Alten- und Pflegeheime stellt den betreuenden Personen (Pflegepersonal und Ärzte) einen strukturierten Kommunikationsprozess für die Durchführung von Gesprächen mit den Bewohnern zur letzten Lebenszeit zur Verfügung. Dieses Kommunikationsinstrument nimmt die Selbstbestimmung der Bewohner ernst und stärkt sie. Gleichzeitig unterstützt der Vorsorgedialog Pflege und Ärzte bei ethisch schwierigen Entscheidungen am Lebensende, z.B. in aktuellen Krisensituationen oder wenn das Sterben absehbar ist.

Quelle:

Erläuterungen zur Regierungsvorlage 1461, 25. Gesetzgebungsperiode

Überlegungen zur Vorsorgeplanung

Der Vorsorgedialog (VSD) ist ein Instrument der vorausschauenden Planung, welcher aber – im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht bzw. zur Patientenverfügung – nicht vom Patienten selbst initiiert wird, sondern vom Gesundheitspersonal. Der Vorsorgedialog versteht sich als ein Kommunikationsinstrument, durch welches die Wünsche und Ziele von Personen für den Fall lebensbedrohlicher Krisensituationen (z.B. am Lebensende) erfragt und dokumentiert werden.

Der Vorsorgedialog soll aber nicht bloß auf die Aspekte der Patientenverfügung beschränkt sein, sondern er soll prospektiv alle Aspekte der eigenen Vorstellung eines guten und gelungenen letzten Lebensabschnittes umfassen. Er kann z.B. (aber nicht nur) beim Übertritt in eine Senioren- bzw. Pflege- / Betreuungseinrichtung geführt werden.

Vorsorgeplanung

Zentrale Fragen bei der Vorsorgeplanung sind:

- Welche Wünsche und Ziele haben Sie aktuell?
- Wie sollen wir damit umgehen, wenn sich eine aktuell bestehende Erkrankung verschlechtert?
- Wie sollen wir damit umgehen, wenn Sie zu Essen und Trinken aufhören (PEG-Sonde? Infusion? Palliative Versorgung)?
- Möchten Sie bei Auftreten von belastenden Symptomen eine medizinische Hilfe (z.B. Schmerzmanagement)? Wo soll diese erbracht werden?
- Wünschen Sie sich bei einem Atem-/Kreislaufstillstand eine Reanimation?
- Unter welchen Bedingungen möchten Sie in ein Spital?
- Welche psychosozialen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sind Ihnen wichtig?

Verschriftlichung der Ergebnisse!

Szenische Darstellung VSD – Hospiz

Der VSD Vorsorgedialog® – vorausschauend für das Lebensende planen

Ein Video veröffentlicht am 17.2.2020:

Link: <https://www.hospiz.at/vsd-vorsorgedialog-szenische-darstellung-fuer-die-praxis/>



Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV- BVP) e.V.

DiV-BVP PATIENTENVERFÜGUNG © DiV-BVP e.V. 2018/06 | Deutschland | S. 3

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben Standortbestimmung zur Therapiezielfindung

Wie gerne leben Sie?
Welche Bedeutung hat es für Sie, (noch lange) weiter zu leben?

Wenn Sie ans Sterben denken – was kommt Ihnen dann in den Sinn?
Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das *ganz in Ihrem* Aussehen?

Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?
Welche Sorgen oder Ängste beunruhigen Sie, wenn Sie bei kritischen medizinischen Behandlungen denken? Was soll auf keinen Fall geschehen?

Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollen?
Sind in diesen Zusammenhang Erfahrungen bei Ihnen oder anderen Personen mit hochintensiven oder Behandlungen von Bedeutung?

Gibt es religiöse, spirituelle oder persönliche Überzeugungen oder kulturelle Hintergründe, die Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig sind?

Datum, Name, Vorname, Nachname

DiV-BVP PATIENTENVERFÜGUNG © DiV-BVP e.V. 2018/06 | Deutschland | S. 7

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name: _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung: _____
Vorname: _____
geb. am: _____
Ansprechpartner im Notfall (Tel.): _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:
Nur ggf. Antwort möglich JA, B0, B1, B2, B3 oder C – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar

A ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus*
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung
Ausschließlich lindernde Maßnahmen*

C ●●●●● Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

Ich bestätige die **Einwilligungsfähigkeit** und **Verständnis** der Implikationen dieser Entscheidung.
 * Ein Krisenplan wurde erstellt.

_____, den ____., 20____
„Diese ÄNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“
X Unterschrift der oben genannten Person
„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“
X Ggf. Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten/Betreuers
„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“
X Unterschrift und NAME des DiV-BVP-Gesprächsbegleiters

X Unterschrift und Stempel des zertifizierten Arztes

! Diese ÄNo gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen aus gegebenem Anlass (z.B. OP, intensivmedizinische Behandlung oder dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit) eine abweichende Regelung vorliegt.

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:
Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung – soweit medizinisch vertretbar

A ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus*
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebenserhaltung

C ●●●●● Ausschließlich lindernde Maßnahmen*
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

Wie kann ein Palliativstatus rechtlich begründet werden?

INDIKATION Nutzen / Schaden	Zustimmung Bew. Zustimmung Vertreter Notfallregel	Fachgerechte Durchführung der Maßnahmen
1	2	3

Palliative Indikation

(fachliche Einschätzung durch jeweils zuständiges Gesundheitspersonal)

Patient:in lehnt kurative Maßnahmen ab

(aktuell oder vorgelagert durch PatV, VSD ...)

Recht in der Palliative Care

Therapiezielwechsel: Bei einer Person steht eine Behandlung an, ein kuratives Behandlungsziel ist aber nicht (mehr) realistisch erreichbar (sog. „Aussichtslosigkeit“ / „Futility“). Es wird ein Therapiezielwechsel auf „palliativ“ empfohlen. Dies ist im Bereich der Medizin eine ärztliche Einschätzung und sollte in Bezug auf jede Maßnahme isoliert eingeschätzt werden (z.B. Reanimation JA oder NEIN, Dialyse JA oder NEIN, Spitalstransfer JA oder NEIN, PEG-Sonde JA oder NEIN, ...).

Indikationseinschätzung zur palliativen Pflege: DGKP

Indikationseinschätzung bei palliativen Therapien: Ärzt:in gemeinsam mit PT, ET ...

Palliative Care

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient:innen und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Eva Katharina Masel, Palliativmedizinerin

Hinweis: Publikationen zu Palliative Care



Univ.- Prof. Dr. Barbara Friesenecker



Übertherapie oder Sterben in Würde?

Ein Weg aus dem Machbarkeitswahn moderner Medizin

Moderne Medizin bewirkt sehr viel Gutes und hilft vielen Menschen durch die Phase einer schweren Erkrankung um sie in ein gutes Leben zurückzubringen. Moderne Medizin kann aber auch Leiden verlängern und Sterben hinauszögern, wenn sie nicht gezielt eingesetzt und dieser Einsatz regelmäßig auf seine Sinnhaftigkeit und den Nutzen für Patient*innen überprüft wird. Das kommt gerade auf Intensivstationen – aber auch in anderen Bereichen der Medizin (z.B. Tumortherapie etc...) häufig vor. *Moderne Medizin im Machbarkeitswahn* verhaftet, fügt betroffenen Patient*innen, aber auch allen anderen (Angehörigen, betreuenden Teams - Ärzt*innen wie Pflegekräften - und nicht zuletzt auch der Gesellschaft) großen Schaden zu und verursacht viel sinnloses Leiden. Wie man dieses Zuviel, die sog. *Übertherapie* und deren Folgen vermeiden kann, was man darf im Rahmen ärztlicher Entscheidungsfindung und wie man das Ziel eines *guten Lebens am Ende des Lebens* und ein *Sterben in Würde* erreichen kann, damit werden wir uns im Folgenden beschäftigen:

Begründung für Nicht-Indikation

Eine kurative Behandlung ist nicht (mehr) indiziert, wenn

- der Sterbeprozess unaufhaltsam eingetreten ist und durch weitere medizinische Interventionen nur in die Länge gezogen würde,
- sie (auch in nicht terminalen Fällen) aus medizinischer Sicht aussichtslos oder nicht (mehr) erfolgsversprechend ist oder
- mit ihr eine Belastung des Patienten verbunden wäre, die den aus der Behandlung zu erwartenden Vorteil überwiegt.

Kopetzki, iFamZ 2007

DNR / AND / BSC / CTC

DNR

= do not resuscitate (= Nichtdurchführung mechanischer, medikamentöser und elektrischer Reanimationsmaßnahmen)

AND

= allow natural death (= Erlauben eines natürlichen Ablebens, nicht-indizierte Maßnahmen unterbleiben, palliative Begleitung, Lebensqualität im Fokus)

BSC / CTC

= Best Supportive Care/ Comfort Terminal Care (= interdisziplinäre Palliative Care; was wird unterlassen, was wird gemacht? Symptomlinderung auf allen Ebenen, worst-case-Szenarien vorausdenken und Maßnahmen im Voraus planen => z.B. Einzelfallmedikamente, Spitalstransfer, mob. Pall.-Team ...)

Beistand bei Sterbenden

§ 49a Ärztegesetz (seit März 2019 in Geltung nach „Salzburg-Urteil“: Hochdosierte Morphingabe und terminale Extubation bei Aussichtslosigkeit weiterer intensivmedizinischer Maßnahmen; LG Salzburg 39 Hv 15/16x, OLG Linz 9 Bs 23/16w).

(1) Der Arzt hat Sterbenden, die von ihm in Behandlung übernommen wurden, unter Wahrung ihrer Würde beizustehen.

(2) Im Sinne des Abs. 1 ist es bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt.

Einfach ausgedrückt: Bei Sterbenden hochdosierte Medikamente zur Linderung schwerster Schmerzen / Qualen erlaubt, auch wenn dadurch der Tod (als Nebenwirkung) früher eintritt. Medikamente sind symptomorientiert hochzutitrieren.

Einzelfallmedikamente

Medikamentöse Palliation /
 Rechtliches zu den Einzelfall-
 gaben durch Pflegepersonal (DGKP,
 auch PFA, PA bei „stabiler Pflegesituation“)



Aus Buch: M. Halmich, Recht in der Palliative Care (2019)

Für eine effektive Symptomkontrolle im Rahmen der Palliative Care werden Medikamente eingesetzt. DGKP haben im Rahmen der Medikationskompetenz – neben Ärzten selbst – die weitreichendsten Möglichkeiten. Ärzte können den DGKPs im Rahmen des § 15 GuKG die Verabreichung von Arzneimittel übertragen. Dies sowohl in der Dauertherapie (regelmäßig wiederkehrend, wiederholend) als auch im umschriebenen Einzelfall. Da der Gesetzgeber im § 15 GuKG den Begriff „Arzneimittel“ nicht näher ausformuliert oder einschränkt, sind alle Arzneimittel delegierbar, die gefahrlos durch den DGKP verabreicht werden können; sohin etwa auch suchtmittelhaltige oder sedierend wirkende Arzneimittel. Es obliegt dem Arzt zu entscheiden, ob und in welchen Fällen die Verabreichung bestimmter Arzneimittel an DGKP übertragbar sind (Weiss/Lust, 2017).

Die Verantwortung betreffend der Anordnung trifft den Arzt, die Durchführungsverantwortung den DGKP. Soll etwa die Verabreichung stark schmerzlindernder oder sedierender Medikamente übertragen werden, so ist dies nur zulässig, wenn der DGKP auch die typischen Risiken, die mit der Gabe des Medikaments verbunden sind, beherrschen kann. Bestünde aufgrund der vom Arzt verordneten Dosis die Gefahr, dass der Patient in eine Atemdepression oder eine Narkose „gleiten“ könnte, so hat der DGKP die Übernahme der Durchführung abzulehnen und dem Arzt rückzumelden. Eine kontinuierliche palliative Sedierungstherapie ist stets eine ärztliche Tätigkeit.

Neu: Suchtmittel im Pflegeheim

Bislang ist es rechtlich nicht zulässig, dass in Pflegeeinrichtungen, Hospizen und mobilen palliativen Diensten suchtmittelhaltige Medikamente vorrätig gehalten werden, die nicht für konkrete Patient:innen verschrieben wurden. Dies soll nun durch eine Änderung der Rechtslage zeitnah geändert werden.

Neuer § 17 SV im Entwurf:

Arzneimittel, die Suchtgift enthalten, dürfen nur für einen Patienten, für ein krankes Tier, für den Bedarf in einer Praxis, in einer Krankenanstalt oder in einer Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung einschließlich der mobilen Palliativversorgung im Sinne des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes – HosPaIFG, BGBl. I Nr. 29/2022, sowie für den Bedarf einer ärztlichen oder tierärztlichen Hausapotheke verschrieben werden.“

Regelung noch nicht vom Gesundheitsminister kundgemacht!

Palliative Sedierung

Weixler et al, Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie in Wien Med Wochenschr, 2016 – [Link](#)
[Link Langversion](#)

- Nach dieser Leitlinie wird die therapeutische (oder palliative) Sedierung im palliativmedizinischen Kontext als der überwachte Einsatz von Medikamenten verstanden, mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren.
- Leichte Sedierung oder Milde Sedierung: Ein veränderter Zustand des Wachbewusstseins, der es dem Sedierten möglich macht, verbal zu kommunizieren (Arzt, nach [§ 15 GuKG](#) auch DGKP).
- Tiefe Sedierung: Ein veränderter Zustand des Wachbewusstseins, der es dem Sedierten nicht möglich macht, verbal zu kommunizieren (Arzt).

Update Berufsrecht GuKG



Apotheker	Radiologietechnologin	Diätologe
Biomedizinischer Analytiker	Psychotherapeutin	Desinfektionsassistent
Ergotherapeut	Gesundheitspsychologin	
Gipsassistentin	Hebamme	Ärztin (AAM, FA)
Heilmasseurin	Kardiotechnikerin	Klinischer Psychologe
Laborassistent	Logopädin	Medizinischer Fachassistent
Medizinischer Masseur	Musiktherapeutin	Operationstechnische Assistentin
Obduktionsassistentin	Operationsassistentin	Zahnärztin
Ordinationsassistent	Röntgenassistentin	Orthoptist
	Pflegedienst (DGKP, PFA, PA)	Physiotherapeutin
Prophylaxeassistent	Rettungs- und Krankentransportdienst (RS, NFS)	
Trainingstherapie durch Sportwissenschaftlerinnen		Zahnärztlicher Assistent

Teamarbeit: Vertrauensgrundsatz

Gesundheitspersonal darf grundsätzlich davon ausgehen, dass alle Angehörigen von Gesundheitsberufen (zB andere Ärztinnen, Pflegepersonal, Sanitäter) im Rahmen der ihnen vom Berufsrecht zugewiesenen Tätigkeiten ihren Aufgaben gewachsen sind und sorgfaltsgemäß handeln.

D.h. jeder hat seine Kompetenzen zu kennen und die Grenzen zu beachten!

Rückmeldung, wenn bei der Zusammenarbeit von einem Gesundheitsberuf gewisse Tätigkeiten nicht durchgeführt werden dürfen.

In Grundzügen sollte man auch das Berufsrecht der „Schnittstellenberufe“ kennen (Delegation? Welche Maßnahmen? Formalia? ...)

Teamarbeit: Vertrauensgrundsatz

Der Vertrauensgrundsatz bei der Teamarbeit gilt allerdings nicht, wenn sorgfaltswidriges Handeln eines Kollegen eindeutig erkennbar ist oder aufgrund konkreter Umstände nahe liegt.

Dann gelten **Warn- und Eingriffspflichten**.

Fallbeispiele:

- Gemeinsame Versorgung eines Patienten
- Übernahme einer Patientin vom Rettungsdienst in der Notambulanz
- Medikationsanordnung für den Einzelfall an Pflegepersonen

Wo finde ich das Berufsrecht?

Link: www.ris.bka.gv.at =>



RECHTSINFORMATIONSSYSTEM DES BUNDES RIS

Home | Kontakt | Sitemap | Impressum | English

[Bundesrecht] Landesrecht Gemeinderecht Judikatur Sonstige Kundmachungen, Erlässe Gesamtabfrage

Bundesrecht konsolidiert
Hier finden Sie das österreichische Bundesrecht in konsolidierter Fassung, wobei Konsolidierung bedeutet, dass in einer Rechtsvorschrift sämtliche später kundgemachten Änderungen und Berichtigungen eingearbeitet wurden. Diese Dokumente dienen lediglich der Information, sind also rechtlich unverbindlich. Die Dokumentationseinheit (ein Dokument) ist ein Paragraph oder ein Artikel oder eine Anlage einer Rechtsvorschrift.

Bundesgesetzblatt authentisch ab 2004
Hier finden Sie das Bundesgesetzblatt in seiner rechtlich verbindlichen Form. Seit 1. Jänner 2004 ist die hier kundgemachte elektronische Fassung die authentische. Es ist zu beachten, dass nur die signierte Fassung rechtlich verbindlich ist.

Suchbegriff

Webseiten

- Bundeskanzleramt
- Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort
- Oesterreich.gv.at
- Parlament

Ärztegesetz (ÄrzteG)

Pflege (DGKP, PFA, PA): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

Sanitäter: Sanitätergesetz (SanG)

Hebamme: Hebammengesetz (HebG)

Physiotherapeut, Diätologin, Logopäde ...: Medizinisch-technischer-Dienste-Gesetz (MTD-G)

Ordinationsassistentin, Röntgenassistent ...: Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG) ...

Berufsrecht

Regelt den Rechtsrahmen des jeweiligen Gesundheitsberufes

- Zugang
- Ausbildung
- Kompetenzen (= maximaler Rahmen des DÜRFENS)
- Berufspflichten
- Erlangung und Verlust der Berufsberechtigung ...

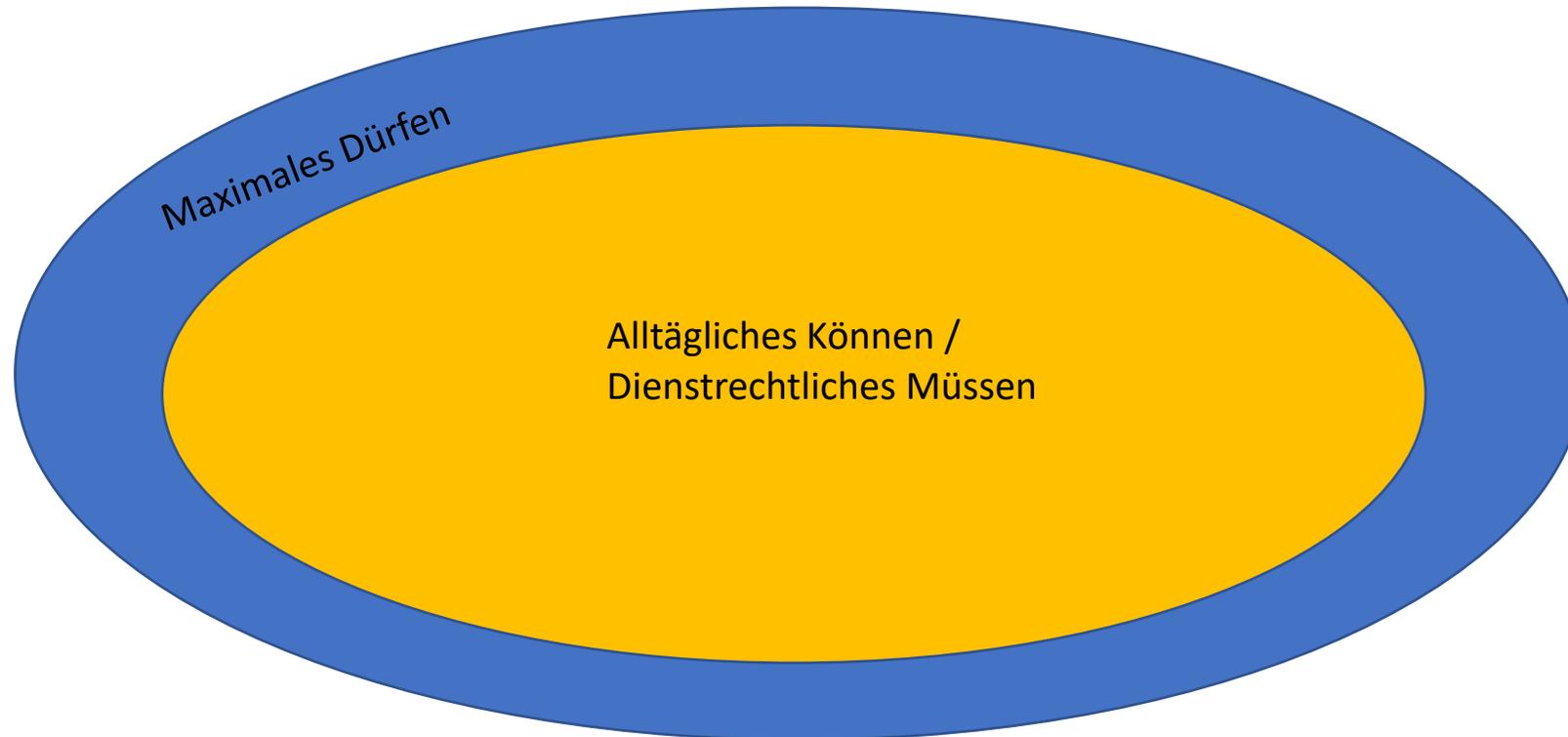
Grenzt zu anderen Gesundheitsberufen ab!

=> Überschneidungen durchaus bewusst gewollt – Organisation kann dann jeweilige Aufgabenerfüllung einer/mehrerer Berufsgruppen zuordnen!

Dient dem Patientenschutz!

Gesundheitsberufsgesetze sind Patientenschutzgesetze!!!

Vom Dürfen und Können müssen ...



Kompetenzüberschreitung kann Strafe / Haftung auslösen!

Berufsrecht: GuKG

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz)

- Stammfassung aus 1997
- Bislang 30 Anpassungen / Novellen
- Umfassende Reform: 2016, hier kam der PFA, letzte GuKG-Novelle 2022 (per 29.7.2022)
- [GuKG-Novelle 2022](#)

[Gesamtes GuKG \(akt. Fassung\)](#)



Rechtsgrundlagen

Berufsrecht

- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ([GuKG](#))
- Gesundheitsberuferegister-Gesetz ([GBRG](#))

Ausbildungsspezifische Rechtsgrundlagen

- Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung ([GuK-AV](#)) bis 31.12.2023
- Gesundheits- und Krankenpflege-Teilzeitausbildungsverordnung ([GuK-TAV](#)) bis 31.12.2023
- FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung ([FH-GuK-AV](#))
- Bundesgesetz über Fachhochschulen ([FHG](#))
- Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung ([PA-PFA-AV](#))
- Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung ([GuK-WV](#))

Pflegeberufe

Drei Berufsgruppen innerhalb der Pflegeberufe

Kompetenzen:

DGKP: §§ 14-17 GuKG

(Pflegerische Kernkompetenzen, Kompetenz bei Notfällen, Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie, Weiterverordnung von Medizinprodukten, Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam, Spezialisierungen)

PFA: § 83a GuKG

(Pflegemaßnahmen, Handeln in Notfällen, Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie)

=> [Qualifikationsprofil PFA](#)

PA: § 83 GuKG

(Pflegemaßnahmen, Handeln in Notfällen, Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie)

=> [Qualifikationsprofil PA](#)

Pflegeassistentenberufe (PA + PFA)

- Sie sind Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zur Unterstützung von DGKP und Ärzt:innen.
- Die Pflegeassistentenberufe umfassen die Durchführung der ihnen nach Beurteilung durch DGKP im Rahmen des **Pflegeprozesses** übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen aller Altersstufen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie auf allen Versorgungsstufen.
- PA kann also **in allen Settings**, Versorgungsformen und Versorgungsstufen eingesetzt werden.
(RV GuKG-Novelle 2016, Nr. 1194, S. 8)
- Im Rahmen der **medizinischen Diagnostik und Therapie** führen Pflegeassistentenberufe die ihnen von Ärzt:innen übertragenen oder von DGKP weiterübertragenen Maßnahmen durch.

Ausbildungsstätten für PA

- Gesundheits- und Krankenpflegeschulen
- PA-Lehrgänge (zB auch bei SOB-Berufen ...)

- Personen, die ein Ausbildungsjahr in der PFA positiv absolviert haben, können den Abschluss in der **PA** erwerben, sofern sie die kommissionelle Abschlussprüfung für die PA erfolgreich ablegen.
- Für Personen, die zur Ausübung der PA berechtigt sind, entfällt das 1. Ausbildungsjahr der PFA-Ausbildung. Möchten PA also PFA werden, so können sie im 2. Ausbildungsjahr der PFA-Ausbildung einsteigen.

Kompetenzen PA im Überblick

Pflege

Handeln im Notfall

Mitwirkung bei med. Diagnostik und Therapie

PA in der Pflege

Mitwirkung an und Durchführung von Pflegemaßnahmen:

- Mitwirkung beim Pflegeassessment
- Beobachtung des Gesundheitszustands
- Durchführung der ihnen entsprechend ihrem Qualifikationsprofil von DGKP übertragenen Pflegemaßnahmen
- Information, Kommunikation und Begleitung
- Mitwirkung an der praktischen Ausbildung in der Pflegeassistenz

Qualifikationsprofil PA

BGBl. II - Ausgegeben am 31. Oktober 2016 - Nr. 301

5 von 24

Anlage 4

Qualifikationsprofil PFLEGEASSISTENZ

Der/Die Absolvent/in ...

wird befähigt, Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Ärzte/-innen zu unterstützen, deren Anordnungen (Handlungsanweisungen) fachgerecht unter entsprechender Aufsicht durchzuführen, die durchgeführten Maßnahmen den fachlichen und rechtlichen Anforderungen entsprechend zu dokumentieren und die erforderlichen Informationen weiterzuleiten.

I. Grundsätze der professionellen Pflege

[Link](#)

Prozedere für PA in der Pflege

Die Durchführung von Pflegemaßnahmen darf nur nach Anordnung und unter Aufsicht von DGKP erfolgen.

- Im extramuralen Bereich haben Anordnungen schriftlich zu erfolgen.
- Intramural (z.B. im Spital) ist somit auch eine mündliche Anordnung erlaubt.

Wichtig:

Durchführungs-Doku durch PA!

Aufsicht?

Zum Aufsichtsbegriff ist festzuhalten, dass diese nicht immer eine persönliche und unmittelbare Aufsicht bedeutet, sondern unterschiedliche Ausgestaltungen von der „Draufsicht“ bis zur nachträglichen Kontrolle haben kann.

Die gebotene Intensität der Aufsicht ist einzelfallbezogen und individuell zu beurteilen und hängt unter anderem von der Komplexität der jeweiligen Tätigkeit sowie den individuellen Fähigkeiten und der Berufserfahrung der PA ab.

Gegebenenfalls hat auch eine entsprechende Anleitung sowie begleitende Maßnahmen (Rückkoppelung, Kontrollmechanismus etc.) im Rahmen der Aufsicht zu erfolgen.

(RV GuKG-Novelle 2016, Nr. 1194, S. 9)

PA im Notfall

Das Handeln in Notfällen umfasst:

- Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
- **eigenverantwortliche** Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein:e Ärzt:in nicht zur Verfügung steht, insbesondere
 - a) Herzdruckmassage und Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen,
 - b) Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie
 - c) Verabreichung von Sauerstoff;

die Verständigung eines/einer Ärzt:in ist unverzüglich zu veranlassen.

PA in der Medizin – Übersicht

1. Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln,
2. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,
3. **Ab- und Anschließen laufender Infusionen ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem periphervenösen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben,**
4. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests),
5. Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern,
6. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren,
7. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen,
8. Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,
9. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen,
10. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen) sowie
11. einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendungen.

PA und Medikamente

1. bereitet lokal, transdermal sowie über den Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichende Arzneimittel vor, dispensiert und verabreicht diese in stabilen Pflegesituationen, erkennt und meldet beobachtbare Wirkungen bzw. Reaktionen
2. bereitet subkutane Injektionen von Insulin und blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln vor und verabreicht diese gemäß Handlungsanweisung

Stabile Pflegesituation:

Bedingt die Situation des pflegebedürftigen Menschen kein unmittelbares/akutes medizinisches/pflegerisches Einschreiten des Behandlungsteams, um geplante pflegerische und/oder therapeutische Maßnahmen situationsbedingt unmittelbar zu adaptieren, und erlaubt die Situation zudem, die **Pflegeinterventionen prozesshaft zu planen** (Pflegeprozess), kann von „stabiler Pflegesituation“ gesprochen werden.

Ob im Einzelfall eine stabile Pflegesituation vorliegt und eine Delegation an PA zulässig ist, obliegt der fachlichen Beurteilung von anordnenden Ärzt:innen bzw. des/der weiterdelegierenden DGKP (BMASGK 22. 1. 2018, 92251/0008-IX/A/2/2018).

PA und Infusion

(neu durch GuKG-Novelle 2022)

Ab- und Anschließen laufender Infusionen ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem peripheren Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben

Erläuterungen zum Gesetz ([2016](#) + [2022](#) bzw. GuKG-Kommentar von Weiss/Lust, 9. Auflage, 2021):

- Wie die Aufrechterhaltung der Durchgängigkeit beim PVK vorgenommen wird, ist fachlich zu beurteilen.
- Die Zubereitung und erstmalige Verabreichung von Infusionen ist weiterhin nicht vom Tätigkeitsbereich der PA erfasst und darf daher auch nicht an diese delegiert werden.
- Bei einer „laufenden Infusion“ handelt es sich um die gegenwärtig verabreichte Infusion und nicht um die Summe der Infusionen im Rahmen der Infusionstherapie.
- Der Ab- und Anschluss laufender Infusionen bezieht sich auf ein kurzfristiges Unterbrechen der gegenwärtig in Verabreichung befindlichen laufenden Infusion zum Zweck z.B. des Toilettengangs, von pflegerische Maßnahmen, Untersuchungen.
- Das Spülen vermeintlich thrombosierter peripheren Katheter ist jedenfalls nicht umfasst.
- **??** Ebenso nicht umfasst ist die venöse Verabreichung von Flüssigkeiten (z.B. Ringerlösung, NaCl oder Medikamente). **??**

Rechtsinformation



Dr. Michael HALMICH LL.M.
 Jurist & Ethikberater im Gesundheitswesen
 1140 Wien, Kuefsteingasse 15 / 4.9
 Tel.: (0660) 735 42 44
 E-Mail: halmich@gesundheitsrecht.at
 Web: www.gesundheitsrecht.at
 UID: ATU72880448

PA / PFA Rechtsauslegung zu neuen Kompetenzen

Mit der letzten Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) wurden auch die Berufsbilder der beiden Pflegeassistentenberufe (Pflegeassistent = PA, Pflegefachassistent = PFA) erweitert. Die Überarbeitung betraf bloß den Bereich der medizinischen Kompetenzen, da im Bereich der Pflegemaßnahmen als auch dem Handlungsfeld im Notfall die Kompetenzen nicht abschließend, sondern beispielhaft geregelt sind. Demnach ist eine Weiterentwicklung beruflicher Handlungskompetenzen in diesen Feldern auch ohne Gesetzesanpassung möglich.

Im Bereich der medizinischen Kompetenz „Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie“ wurden mit 29. Juli 2022 Erweiterungen durch die GuKG-Novelle 2022 vorgenommen. Diese führen in der Praxis zunehmend zu Diskussionen und Auffassungsunterschieden, sodass aus Sicht eines Pflege-Juristen versucht wird, hier Stellung zu beziehen.

PFLEGEASSISTENZ (PA)

Im § 83 GuKG wird der Kompetenzbereich von PA definiert. Im Bereich der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie dürfen PA:

- Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln

vom 22.11.2022 / [Link](#)

Rechtsauffassung von M. Halmich:

- durchaus vertretbar, dass ein:e PA v.a. beim Abschluss einer laufenden Infusion den PVK spült (z.B. mit vorgefüllter NaCl-Spritze), um dadurch die bisherige Infusionsflüssigkeit aus dem Katheterlumen zu entfernen.
- Wenn zeitnah durch den/die PA die Infusion wieder in Gang gesetzt (also wieder angeschlossen) wird, so wäre auch ein Spülen des PVK vor erneutem Anschluss der Infusion durch den/die PA rechtlich argumentierbar, um die Funktionsfähigkeit des Katheters beurteilen zu können und Komplikationen zu vermeiden.
- Das Spülen von vermeintlich thrombosierten PVK ist nicht vom Aufgabenbereich des PA erfasst.
- In welcher Konstellation PA konkret das Spülen vornehmen dürfen, ist letztlich durch die anordnenden Personen fachlich zu beurteilen (Ärzt:in, DGKP).

Prozedere für PA in der Medizin

Im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie hat die Durchführung der Tätigkeiten im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Ärzt:innen oder DGKP zu erfolgen.

Nach Maßgabe des [§ 15 Abs. 5](#) kann die Anordnung auch durch DGKP erfolgen.

Pflegereform: PA im Spital

Der hohe Pflegepersonalbedarf zeigt bereits vor Abschluss der GuKG-Evaluierungsstudie eindeutig, dass das in § 117 Abs. 23 GuKG vorgesehene Auslaufen der Tätigkeit von Pflegeassistent:innen in Krankenanstalten ab 1.1.2025 nicht zielführend ist.

Die Bestimmung wurde daher mit der GuKG-Novelle 2022 gestrichen.

Gesundheitsberufe-Register

<https://gbr-public.ehealth.gv.at/>

21.1.2023: 59.006 PA in Österreich



GESUNDHEITSBERUFEREGISTER

Gesundheit Österreich
GmbH



Suche



Aktuelles System: GBR Öffentliches Register V 1.32

Person

Eintragungsnummer

Beruf

Vorname

Nachname

Berufsausübung

Erweiterte Suche

Suchen

Zurücksetzen

Ausbildungsstätten für PFA

- Gesundheits- und Krankenpflegeschulen
- Ab dem Schuljahr 2023/24 wird es auch die PFA-Ausbildung an berufsbildenden höheren Schulen geben (Höhere Lehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung).
- Personen, die ein Ausbildungsjahr in der PFA positiv absolviert haben, können den Abschluss in der **PA** erwerben, sofern sie die kommissionelle Abschlussprüfung für die PA erfolgreich ablegen.
- Für Personen, die zur Ausübung der PA berechtigt sind, entfällt das 1. Ausbildungsjahr der PFA-Ausbildung. Möchten PA also PFA werden, so können sie im 2. Ausbildungsjahr der PFA-Ausbildung einsteigen.

Kompetenzen PFA im Überblick

Pflege

Handeln im Notfall

Mitwirkung bei med. Diagnostik und Therapie

Anleitung und Unterweisung von PA-/PFA-Auszubildenden

PFA in der Pflege I

Eigenverantwortliche Durchführung von übertragenen Pflegemaßnahmen

- Mitwirkung beim Pflegeassessment
- Beobachtung des Gesundheitszustands
- Durchführung der ihnen entsprechend ihrem Qualifikationsprofil von DGKP übertragenen Pflegemaßnahmen
- Information, Kommunikation und Begleitung

Qualifikationsprofil PFA

BGBI. II - Ausgegeben am 31. Oktober 2016 - Nr. 301

9 von 24

Anlage 5

Qualifikationsprofil PFLEGEFACHASSISTENZ

Der/Die Absolvent/in ...

wird befähigt, Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Ärzte/-innen zu unterstützen, deren Anordnungen (Handlungsanweisungen) fachgerecht ohne Aufsicht durchzuführen, die durchgeführten Maßnahmen den fachlichen und rechtlichen Anforderungen entsprechend zu dokumentieren und die erforderlichen Informationen weiterzuleiten.

PFA in der Pflege II

Was bedeutet **Eigenverantwortung** in der Durchführung?

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen selbst erfolgt durch PFA eigenverantwortlich. Er/Sie benötigt weder eine Anleitung noch eine Aufsicht.

Im Detail bedeutet dies die eigenständige Verantwortung für die Einhaltung des aktuellen (pflegerischen) Fachstandards. Weisungen von Dienstvorgesetzten sind dennoch einzuhalten. **Der/Die PFA zeichnet jedenfalls für die gesetzten bzw. bewusst unterlassenen Pflegemaßnahmen – auch im Hinblick auf die Qualität – selbst verantwortlich.**

PFA in der Pflege III

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen erfordert eine **vorangehende Anordnung von DGKP**. Im extramuralen Bereich (z.B. Hauskrankenpflege) haben Anordnungen schriftlich zu erfolgen.

Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung (z.B. E-Mail) ist zulässig, sofern der Datenschutz eingehalten wird.

Intramural (z.B. im Spital oder in der Pflegeeinrichtung) ist somit auch eine mündliche Anordnung erlaubt.

PFA im Notfall

Das Handeln in Notfällen umfasst:

- Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
- **eigenverantwortliche** Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein:e Ärzt:in nicht zur Verfügung steht, insbesondere
 - a) Herzdruckmassage und Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen,
 - b) Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie
 - c) Verabreichung von Sauerstoff;

die Verständigung eines/einer Ärzt:in ist unverzüglich zu veranlassen.

PFA in der Medizin I

1. Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln,
2. **Verabreichung von subkutanen Injektionen und subkutanen Infusionen,**
3. **Legen, Wechsel und Entfernung von subkutanen und peripherenösen Verweilkanülen,**
4. Ab- und Anschließen laufender Infusionen ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem peripherenösen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben,
5. Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie EKG, EEG, BIA, Lungenfunktionstest,
6. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden,
7. Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei der Frau, ausgenommen bei Kindern,
8. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests),

PFA in der Medizin II

9. Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern,
10. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren,
11. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen,
12. Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,
13. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen,
14. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen),
15. einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendungen,
16. Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung.

Pflegepersonen und Medikamente

- DGKP / PFA und PA dürfen sowohl **Dauer- als auch Einzelfallmedikamente** verabreichen.
(PFA / PA nur bei Personen in stabilen Pflegesituationen).
Details zu den Einzelfallmedikamenten: Ärzt:in muss vorgeben: Medikament – Applikationsform – Indikation (Symptome, Verhalten) – Dosis – max. Dosis pro 24h – Mindestzeiten zw. zwei Gaben – begleitende Qualitätsmaßnahmen – Wirksamkeitskontrolle ...
- Da im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz der Begriff „**Arzneimittel**“ nicht näher ausformuliert oder einschränkt wird, sind alle Arzneimittel delegierbar, die gefahrlos durch die jeweilige Pflegeperson verabreicht werden können; sohin etwa auch suchtmittelhaltige oder sedierend wirkende Arzneimittel.
- Es obliegt dem/der Ärzt:in zu entscheiden, ob und in welchen Fällen die Verabreichung bestimmter Arzneimittel an die jeweilige Pflegeperson übertragbar ist.

Prozedere: PFA in der Medizin

Die Durchführung der Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie hat **im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung** zu erfolgen.

Im Rahmen der Weiterdelegationsberechtigung durch DGKP (§ 15 Abs. 5 GuKG) kann die Anordnung auch durch diese:n erfolgen.

Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung (z.B. E-Mail, PC-System) ist zulässig, sofern der Datenschutz eingehalten wird.

Diese Maßnahmen sind ebenso in der Eigenverantwortung des/der PFA durchzuführen, sodass eine ärztliche oder DGKP-Aufsicht entfällt.

PFA in der Praxisanleitung?

PFA sind im Rahmen dieser Kompetenz berechtigt, die Ausbildung sowohl von PA als auch von PFA anzuleiten und ihnen Unterweisungen zu erteilen.

Eine Anordnung durch DGKP ist aber erforderlich.

**Die Beurteilung von Auszubildenden
im Rahmen der Praxisanleitung
ist aber Aufgabe der DGKP.**

Gesundheitsberufe-Register

<https://gbr-public.ehealth.gv.at/>

21.1.2023: 4.823 PFA in Österreich



GESUNDHEITSBERUFEREGISTER

Gesundheit Österreich GmbH 

Suche

 Aktuelles System: GBR Öffentliches Register V 1.32 

Person 

Eintragungsnummer

Beruf

Vorname

Nachname

Berufsausübung

Ausbildungsstätten für DGKP

- Gesundheits- und Krankenpflegeschulen
- Fachhochschulen

GuKG-Evaluierungsstudie 2023:

Mit 1. Jänner 2024 treten die §§ 41-62 GuKG (Ausbildungsregeln an GuKPS) außer Kraft. Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, die vor diesem Zeitpunkt begonnen worden sind, sind nach den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Bestimmungen fortzusetzen und abzuschließen. Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat durch Verordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft **einen späteren Zeitpunkt des In- bzw. Außerkrafttretens zu bestimmen**, sofern dies auf Grund der Ergebnisse der Evaluierung gemäß Abs. 21 erforderlich ist, insbesondere sofern die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch Fachhochschul-Bachelorstudiengänge noch nicht ausreichend und bedarfsdeckend sichergestellt ist.

GuKG-Evaluierungsstudie 2023

Danach Entscheidung:

- Weitere Kompetenzanpassungen bei DGKP, PFA und PA
- Ob DGKP auch nach 2024 noch an GuKPS ausgebildet werden darf

=> Hinweis: Info-Plattform www.pflege.gv.at ging online!

DGKP

Berufsbild ([§ 12](#))

Pflegerischen Kernkompetenzen ([§ 14](#))

Kompetenz bei Notfällen ([§ 14a](#))

Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie ([§ 15](#))

Weiterverordnung von Medizinprodukten ([§ 15a](#))

Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam ([§ 16](#))

Spezialisierungen ([§ 17](#))

Gesundheitsberufe-Register

<https://gbr-public.ehealth.gv.at/>

21.1.2023: 108.869 DGKP in Österreich



Gesundheit Österreich
GmbH

Suche



Aktuelles System: GBR Öffentliches Register V 1.32

Person

Eintragungsnummer	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>
Berufsausübung	<input type="text"/>

Pflegerische Kernkompetenzen

DGKP arbeitet hier in Eigenverantwortung!

- Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess
- Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen bzw. -maßnahmen
- Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes
- Delegation, Subdelegation und Aufsicht
- Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz
- Mitwirkung im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement ...

[§ 14 GuKG](#)

DGKP in der Pflege

Was bedeutet **Eigenverantwortung**?

Im Detail bedeutet dies die eigenständige Verantwortung für die Einhaltung des aktuellen (pflegerischen) Fachstandards. Weisungen von Dienstvorgesetzten sind dennoch einzuhalten. **Der/Die DGKP zeichnet jedenfalls für die gesetzten bzw. bewusst unterlassenen Pflegemaßnahmen – auch im Hinblick auf die Qualität – selbst verantwortlich.**

Kompetenz bei Notfällen

- Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen
- eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen
- Ärzt:in-Verständigung



- ✓ Herzdruckmassage und Beatmung
- ✓ Defibrillation
- ✓ Sauerstoff

- ✓ Weiterführende Med.-Applikation, wenn zuvor ärztlich angeordnet oder SOP dazu!

[§ 14a GuKG](#)

OGH zu Notambulanz

Im Zusammenhang mit dem Arbeiten in Notambulanzen von Spitälern hat der OGH klargestellt, dass es einem/einer DGKP nicht zusteht, hilfeschende Personen in einem Spital ohne Befassung von Ärzt:innen abzuweisen (OGH 4 Ob 36/10p).

Im Rahmen der Entscheidung wurde weiters ausgeführt:

„Die Pflicht zur Leistung erster ärztlicher Hilfe nach dem Krankenanstaltenrecht begründet eine rechtliche Sonderbeziehung zwischen der Krankenanstalt und Personen, die eine solche Hilfeleistung anstreben. Zunächst ist zu prüfen, ob ärztliche Hilfe erforderlich ist. Darüber hat jedenfalls ein:e Ärzt:in zu entscheiden.“



Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie

- Eigenverantwortliche Durchführung nach ärztlicher Anordnung (**mündlich / schriftlich**)
- Ärzt:in: Anordnungsverantwortung / DGKP: Durchführungsverantwortung

[§ 15 GuKG](#)

(2) Im Rahmen der Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie haben ärztliche Anordnungen schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu dokumentieren.

(3) Die ärztliche Anordnung kann mündlich erfolgen, sofern

1. die Dringlichkeit der Maßnahmen und Tätigkeiten dies erfordert oder diese bei unmittelbarer Anwesenheit des anordnenden Arztes vorgenommen werden und
2. die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit der Anordnung sichergestellt sind.

Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist nach Maßgabe des Gesundheitstelematikgesetzes 2012, [BGBl. I Nr. 111/2012](#), zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich zu erfolgen.

Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie seit 2016

21 aufgelistete Kompetenzen, aber „insbesondere“ ...

[§ 15 GuKG](#)

(4) Die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen insbesondere:

1. Verabreichung von Arzneimitteln, einschließlich Zytostatika und Kontrastmitteln,
2. Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen und Infusionen,
3. Punktion und Blutentnahme aus den Kapillaren, dem periphervenösen Gefäßsystem, der Arterie Radialis und der Arterie Dorsalis Pedis sowie Blutentnahme aus dem zentralvenösen Gefäßsystem bei liegendem Gefäßzugang,
4. Legen und Wechsel periphervenöser Verweilkanülen, einschließlich Aufrechterhaltung deren Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls Entfernung derselben,
5. Wechsel der Dialyselösung im Rahmen der Peritonealdialyse,
6. Verabreichung von Vollblut und/oder Blutbestandteilen, einschließlich der patientennahen Blutgruppenüberprüfung mittels Bedside-Tests,
7. Setzen von transurethralen Kathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung bei beiden Geschlechtern sowie Restharnbestimmung mittels Einmalkatheter,
8. Messung der Restharnmenge mittels nichtinvasiver sonographischer Methoden einschließlich der Entscheidung zur und Durchführung der Einmalkatheterisierung,
9. Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge bei endoskopischen Eingriffen,
10. Assistenz Tätigkeiten bei der chirurgischen Wundversorgung,
11. Entfernen von Drainagen, Nähten und Wundverschlussklammern sowie Anlegen und Wechsel von Verbänden und Bandagen,
12. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden,
13. Durchführung von Klistieren, Darmeinläufen und -spülungen,
14. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma,
15. Wechsel von suprapubischen Kathetern und perkutanen gastralen Austauschsystemen,
16. Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen bei vorgegebener Einstellung des Bewegungsausmaßes,
17. Bedienung von zu- und ableitenden Systemen,
18. Durchführung des Monitorings mit medizin-technischen Überwachungsgeräten einschließlich Bedienung derselben,
19. Durchführung standardisierter diagnostischer Programme,
20. Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen (z. B. Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie), insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP),
21. Anleitung und Unterweisung von Patienten sowie Personen, denen gemäß § 50a oder § 50b ÄrzteG 1998 einzelne ärztliche Tätigkeiten übertragen wurden, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung.

Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie

Besonderheit

Z. 20: Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen (z. B. Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie), insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP)

- DGKP: med.-therap. Interventionen nach SOP
- SOP = Standard Operating Procedure (auch Standardarbeitsanweisung)
- SOP = ärztliche Anordnung (im Voraus, schriftlich / generell für zukünftige Situationen, nicht individuell für jede:n Pat.)
- Beispiel aus dem Rettungsdienst: [RDMed](#)

RD Med

[Link](#)

The screenshot shows the RDmed website interface. At the top, there is a red header with the RDmed logo (a red cross) and a search bar containing the text 'Suchen'. Below the header, the page is divided into two main sections: a left sidebar and a main content area.

Left Sidebar:

- Beliebte Bücher**
 - Algorithmen Arzneimittelgabe
 - Arzneimittelliste 1
 - Arzneimittelliste 2
 - Arzneimittel NEF + RTW
- Neue Bücher**
 - Quick Reference Handbook
 - Wörterbuch
 - Arzneimittel NEF + RTW
 - Algorithmen Arzneimittelgabe

Main Content Area:

Bücher

Sortieren: Name ↓

- Algorithmen Arzneimittelgabe**
Algorithmen zu den Arzneimittellisten
★ Erstellt: vor 1 Jahr
✔ Zuletzt aktualisiert: vor 2 Monaten
- Arzneimittel NEF + RTW**
Kurzdarstellungen aller Arzneimittel auf NEF und RTW im Roten Kreuz Niederösterreich. Inhalte: Fatih Alioglu (Pharmakologe, Un...
★ Erstellt: vor 1 Jahr
✔ Zuletzt aktualisiert: vor 2 Monaten
- Arzneimittelliste 1**
Kurzdarstellung der Medikamente der Arzneimittelliste 1. Indikationen und Dosierungen beziehen sich ausschließlich auf die Anwe...
★ Erstellt: vor 1 Jahr
✔ Zuletzt aktualisiert: vor 10 Monaten
- Arzneimittelliste 2**
Kurzdarstellung der Medikamente der Arzneimittelliste 2. Indikationen und Dosierungen beziehen sich ausschließlich...
★ Erstellt: vor 1 Jahr
✔ Zuletzt aktualisiert: vor 2 Monaten
- Quick Reference Handbook**
- Wörterbuch**

Publikation vom Sommer 2022

Dr. Michael Halmich, LL. M.

Jurist & Ethikberater im Gesundheitswesen, FORUM Gesundheitsrecht, ÖGERN

Medizinische Kompetenzen für DGKP nach Standard Operating Procedures (SOP) am Beispiel der Medikation

Medizinisch-therapeutische Interventionen nach SOP. Eine Kompetenz im § 15 GuKG ist in der Pflegepraxis bislang wenig beachtet. Durch ihre Nutzbarmachung für DGKP können die beruflichen Handlungskompetenzen ohne Gesetzesänderung erweitert werden.

PDF ist auch in Moodle hochgeladen!

Mögliche Arbeitsfelder mit SOP

- Einschätzung des Gesundheitszustandes / Vitalzeichenkontrolle (RR-Kontrollen)
- Verabreichung von Arzneimittel (z.B. Insulin, Antikoagulation)
- Schmerzmanagement
- Infusionsmanagement / Flüssigkeitstherapie
- Obstipationstherapie
- Blutentnahme
- Legen und Wechsel von PVK
- Setzen von transurethralen Kathetern
- Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden
- Absaugen
- Wundmanagement
- Hygiene ...

Spezialisierungen (§ 17 GuKG)

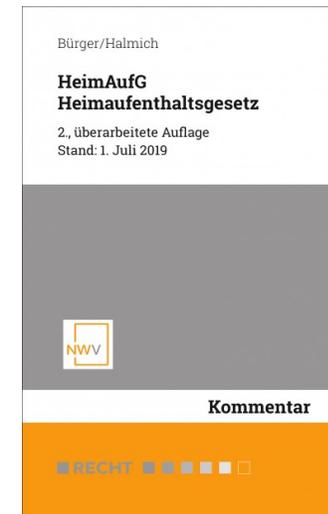
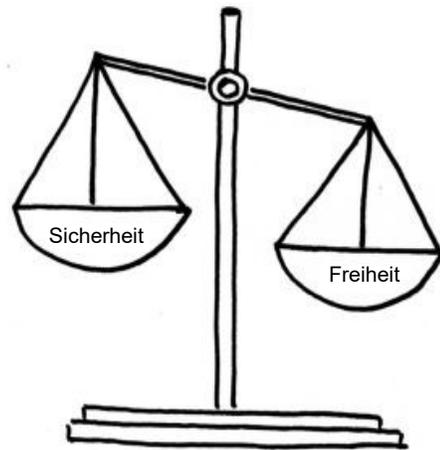
- Kinder- und Jugendlichenpflege
- Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
- Intensivpflege
- Anästhesiepflege
- Pflege bei Nierenersatztherapie
- Pflege im Operationsbereich
- Krankenhaushygiene
- Wundmanagement und Stomaversorgung
- Hospiz- und Palliativversorgung
- Psychogeriatrische Pflege.

Rahmen dazu:

Voraussetzung für die Ausübung von Spezialisierungen ist die erfolgreiche Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung oder Spezialisierung innerhalb von fünf Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit.

Für die Dauer einer Pandemie wird die Frist von fünf Jahren gehemmt. Trat mit 31.12.2022 außer Kraft!

Freiheitsbeschränkungen

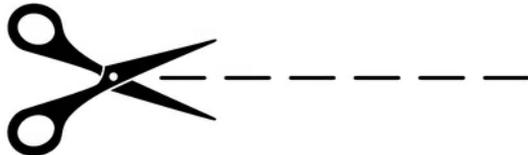


Checkliste Vornahme Freiheitsbeschränkung

(Heimaufenthaltsgesetz)

1. Person in Betreuung / Behandlung ist psychisch bzw. kognitiv beeinträchtigt und setzt ein gefährliches Verhalten; Schutzmaßnahme mit Bewegungseinschränkung wird überlegt.
Wo befindet sich die Person? Welches Gesetz gilt?
 - a. Psychiatrie: UbG
 - b. andere Betreuungs-/Behandlungseinrichtung: HeimAufG
 - c. Betreuung zu Hause: keine eindeutige Rechtsgrundlage
2. Stellt Schutzmaßnahme überhaupt eine Freiheitsbeschränkung dar?
(FBM: Unterbindung Ortsveränderung gegen/ohne Willen der psychisch/kognitiv beeintr. Person)

Oder Freiheitseinschränkung?
(Unterbindung Ortsveränderung auf Wunsch einer entscheidungsfähigen Person)
3. Wirklich Alternativenlos?
(FBM u.a. nur erlaubt, wenn keine schonenderen Pflege-/Betreuungsmaßnahmen möglich)
4. FBM muss begründet werden => Abwehr von relevanten Lebens-/Gesundheitsgefahren!
=> Dokumentation (Grund, Art, Beginn und Dauer; auch versuchte Alternativen)
5. Formelles:
 - a. Korrekte Anordnung durch Ärzt:in oder DGKP oder päd. Leitung



1. Welches Gesetz gilt?

Bei der Anwendung von Schutzmaßnahmen gegen oder ohne den Willen einer Person ist eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage erforderlich (dies gebietet der Rechtsstaat):

– [Unterbringungsgesetz](#) (gilt in Psychiatrien und am Weg dorthin)

– [Heimaufenthaltsgesetz](#) (auch „UbG light“ bezeichnet, gilt in allen anderen Betreuungs- und Behandlungssettings außerhalb einer Psychiatrie)

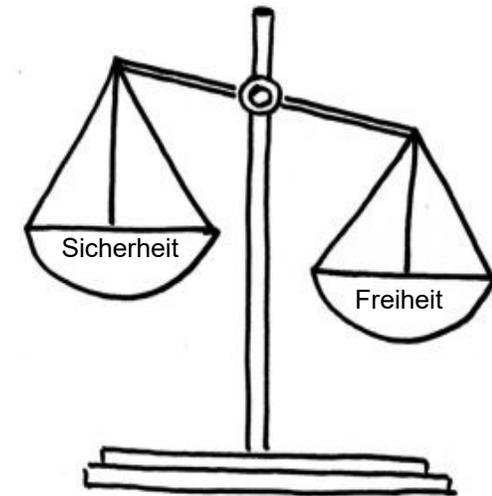
– Betreuung zu Hause / HKP: Keine ausdrückliche Rechtsgrundlage. Ist ein Graubereich!

Heimaufenthaltsgesetz

Gilt in

- Pflege- u. Betreuungseinrichtungen
- Behinderteneinrichtungen
- Krankenanstalten außerhalb von Psychiatrien
- Kinder- u. Jugendlicheneinrichtungen

Geltungsbereich
lt. [§ 2 HeimAufG](#)



Heimaufenthaltsgesetz im Spital

In Krankenanstalten ist dieses Bundesgesetz nur auf Personen anzuwenden, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen.

MELDEPFLICHT FREIHEITSBESCHRÄNKENDER MASSNAHMEN IN KRANKENANSTALTEN AN BEWOHNERVERTRETUNG LAUT HEIMAUFENTHALTSGESETZ (HeimAufG)	
Patient war vor Aufnahme weitgehend selbständig in den Aktivitäten des täglichen Lebens und nicht auf ständige Pflege/Betreuung angewiesen.	→ KEINE MELDEPFLICHT
Patient war bereits vor Aufnahme psychisch krank oder geistig behindert (zB Demenz, Zustand nach Insult, Schizophrenie) und deswegen auf ständige Pflege/Betreuung angewiesen (zB Mobile Dienste, 24h-Pflege/Betreuung, Pflege durch Angehörige).	→ MELDEPFLICHT
Patient gelangt während des Aufenthalts in einen finalen Zustand dauernder psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung , der mit einer voraussichtlich irreversiblen ständigen Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit einhergeht.	→ MELDEPFLICHT

Quelle: Bürger/Halmich, Kommentar zum HeimAufG, 2. Auflage (2019)

2. Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsbeschränkung

- Unterbindung der Ortsveränderung
- gegen/ohne den Willen von nicht-entscheidungsfähigen Bewohner:innen!
- Mittel: mechanisch, elektronisch, medikamentös oder durch Androhung
- Legitimation: Heimaufenthaltsgesetz

Freiheiteinschränkung

- Einschränkung der Bewegungsfreiheit
- auf Wunsch von entscheidungsfähigen Bewohner:innen!

Freiheiteinschränkung

Hier gibt es keine Begründungspflicht. Es wird lediglich überprüft, ob die Person entscheidungsfähig ist und die Bedeutung und die Folgen der gewünschten Einschränkung erfassen kann. Wenn dies bejaht wird, so liegt eine rechtlich saubere Freiheitseinschränkung vor.

Wunsch der Person ist umzusetzen.

Im Rahmen der professionellen Beratung sollten der Person Alternativen zur Einschränkung offenbart werden.

Praxis: Wunsch nach Seitenteile beim Bett, Bitte nach Sitzgurt bei Z.n. Insult zur besseren Sitzstabilität oder um Sachen abstellen zu können, Ersuchen um versperre Tür aus Angst vor anderen (dementen) Heimbewohner:innen etc.

Muss auch an die Bewohnervertretung gemeldet werden!

Freiheitsbeschränkung

Zwei zentrale Fragen:

- 1) Ist die Schutzmaßnahme überhaupt eine Freiheitsbeschränkung (§ 3 HeimAufG)?
- 2) Ist die Schutzmaßnahme juristisch zulässig (§ 4–7 HeimAufG)?

Hier keine Zustimmung z.B. von Obsorgeträger oder Erwachsenenvertretung möglich!

Definition Freiheits**beschränkung**:

Eine Freiheitsbeschränkung liegt vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne ihren Willen unterbunden wird.

- Mögliche Mittel: physische Mittel, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch Androhung!
- Eine alterstypische Freiheitsbeschränkung an einem Minderjährigen ist keine Freiheitsbeschränkung im Sinn des HeimAufG.

Freiheitsbeschränkungen

Mechanische Freiheitsbeschränkungen:

Bett: Seitenteile, Gurte

Sitzgelegenheit: Sitzhose, Bauch-/Brust-/Extremitätengurte, Therapietischplatte

Bereich/Raum: Tür versperrt, Barriere, Festhalten/Zurückhalten ...

Elektronische Freiheitsbeschränkungen:

Desorientiertenfürsorgesystem / GPS-Überwachung + Zurückhalten / Festhalten ...

Medikamentöse Freiheitsbeschränkung (insb. Tranquilizer, Antipsychotika):

Abgrenzung, ob Medikation bloß der Behandlung dient, oder zusätzlich auch einen Bewegungsüberschuss / motorische Unruhe eindämmen soll?

Dauer- und Einzelfallmedikamente sollen hier genauer unter die Lupe genommen werden!

Freiheitsbeschränkungen



Judikatur zur medikamentösen FBM (bezugnehmend auf das HeimAufG)

- Eine Freiheitsbeschränkung durch medikamentöse Mittel ist nur zu bejahen, wenn die Behandlung (gegen den Willen) unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdranges bezweckt, nicht jedoch bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele ergeben können. ([OGH RS0121227](#))
- Dient der primäre Zweck des Medikamenteneinsatzes der Unterbindung von Unruhezuständen, des Bewegungsdrangs und der Beruhigung, also zur „Ruhigstellung“ (gegen Aggression, Enthemmung, Unruhe, etc), dann ist die medikamentöse Therapie als Freiheitsbeschränkung zu qualifizieren. ([OGH 7 Ob 67/19g](#))
- Aber: Für das Vorliegen einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung [durch eine Einmalmedikation] muss die intendierte Bewegungseinschränkung auch in einem feststellbaren Ausmaß eintreten. ([OGH 7 Ob 59/20g](#))

Tabelle 

Medikationsabgrenzung (bezugnehmend auf das HeimAufG)

Freiheitsbeschränkung durch Medikamente (insb Tranquilizer und Antipsychotika)			
„Psychische“ Symptome	me idR keine Freiheitsbeschränkung Sedierung/Dämpfung ist idR nicht unmittelbar bezweckt und eine unvermeidliche Nebenwirkung in der Behandlung der Symptome	Verhaltensstörungen	idR Freiheitsbeschränkung Dämpfung von Symptomen einer psychischen Erkrankung, die mit Bewegungsüberschuss einhergehen ist zumindest mitbe- zweckt
➤ Angststörung		➤ Aggression	
➤ Depression		➤ Agitiertheit	
➤ Schlafstörungen		➤ Enthemmtes Verhalten	
➤ Wahn, Sinnestäuschung		➤ Wandern (Poriomanie)	
Entzug		➤ Motorische Unruhe	
Epilepsien, Verkrampfung		➤ Schreien	
Schmerzen, Palliativbehandlung			
Sedoanalgesie			

Quelle: Bürger/Halmich, Kommentar zum HeimAufG, 2. Auflage (2019)



3. Zulässigkeit einer FBM (§ 4 HeimAufG)

Eine Freiheitsbeschränkung darf nur vorgenommen werden, wenn

- der Patient psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet,
- sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist sowie
- diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann.

Gefährdung I

Eigen- / Fremdgefährdung

Konkreter Gefahren Eintritt nicht erforderlich („5 vor 12“) / Prognose

gerichtet auf Gesundheit / Leben

Krankheiten / Organschäden hervorgerufen, bestehende Störungen verschlechtert;

HeimAufG scheitert jedoch grds. bei Gefahr von Sach-/ Vermögenswerte, öffentl. Ordnung (z.B. unsinniges, asoziales, störendes Verhalten)

Qualität der Gefahr

ernstlich und erheblich

Gefährdung II

Ernstlichkeit der Gefahr

Hohes Maß an Wahrscheinlichkeit des Gefahren Eintrittes gegeben; Beeinträchtigung von Leben / Gesundheit steht zumindest mittelbar bevor; Aktualität (zeitliche Komponente)

Erheblichkeit der Gefahr

Gefahr von „gewisser Qualität“ – Ausschluss Bagatellgefahren!

Dauerhafte gesundheitliche Nachteile, kurzfristige im Ausmaß einer schweren Körperverletzung / Gesundheitsschädigung.

=> wichtige Organe betroffen / Folgen über 24 Tage!

Wirklich alternativenlos?

Zentrale Frage:

Kann die Gefahr durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden?

Mag.^a PhDr. Esther Kirchberger

Einrichtungsleiterin, Sachverständige für Gesundheits- und Krankenpflege, Mitglied der Kommission II der Volksanwaltschaft (OPCAT)

Die Anwendung schonender Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen im Sinne des § 4 Z 3 HeimAufG

Ultima-ratio-Prinzip. Eine Freiheitsbeschränkung darf gem § 4 Z 3 HeimAufG nur vorgenommen werden, wenn diese Maßnahme nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden können.

Das HeimAufG fordert das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf, in ihren Einrichtungen die durch Fort- und

Weiterbildungen angeeignete Expertise umfassend einzusetzen, um eine Freiheitsbeschränkung zu vermeiden. Durch das Bun-

desverfassungsgesetz zum Schutz der persönlichen Freiheit und durch Art 5 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)

Checkliste

Checkliste für gelindere Maßnahmen zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen.

Alternativen



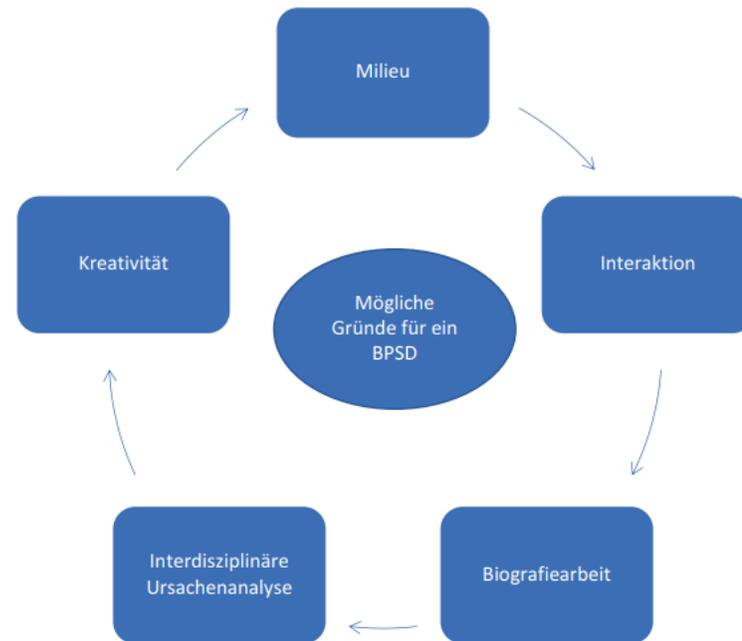
¹ Gelindere Maßnahmen:

- Geteilte Seitenteile, Bett absenken
- Schlafen auf Bodenniveau
- Sturzmatte, Sensor (Alarm)-Matte
- Sensorbalken/Körperdruckmelder
- Niederflurbett
- Deckenrolle im Bett
- Kinästhetische Rolle im Bett
- Lehnstuhl mit Sitzschale
- Antirutschauflage, Keilkissen
- Walker, Gehhilfen, Aromatherapie
- Biografiearbeit, Validation
- Basale Stimulation, Snoozelen
- Beschäftigung/Tagesstruktur
- Verkehrs-/Orientierungstraining
- Geh-/Gleichgewichtsübungen
- Hüftprotektoren, Helm
- Sturzprophylaxe
- Evaluierung der Medikation
- Medizinisches, ergotherap. u. physiotherap. Assessment.
- u.v.a.

Buchhinweis

Autorin: Christine Moik aus 2020

[Link](#)



Der MIBUK-Prozess (Moik 2019)



Zur fachlichen Korrektheit ...

- Jegliche Form von Freiheitsbeschränkungen dürfen nur unter Einhaltung von fachlichen Standards vorgenommen werden.
- Krisenpläne / professionelles Agieren bei Aggression / Nachbesprechungen ...
- Bei der Verwendung von Medizinprodukten ist vorab eine MP-Schulung durchzuführen (z.B. bei Gurten zur Fixierung am Bett; [§ 83 MPG](#)).
- Seit 2015 gibt es das Verbot zum Einsatz von Netzbetten und sonstigen „käfigähnlichen Betten“ ([Erlass BMG 22.7.2014](#))

Gefahren durch FBM



Gefahren durch FBM



4. Begründung + Dokumentation

§ 6 HeimAufG:

(1) Der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer der Freiheitsbeschränkung sind schriftlich zu dokumentieren. Ärztliche Zeugnisse und der Nachweis über die notwendigen Verständigungen sind diesen Aufzeichnungen anzuschließen.

(2) Ebenso sind der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit (Freiheitseinschränkung) festzuhalten.

Mag. PhDr. Esther Kirchberger
Einrichtungsleiterin, Sachverständige für Gesundheits- und Krankenpflege, Mitglied der Kommission II der Volkswirtschaft (OPCAT)

Erhöht § 6 HeimAufG tatsächlich den Dokumentationsaufwand in der professionellen Pflege?

Pflegedokumentation. Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) verpflichtet zu einer umfassenden Pflegedokumentation. Auch das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) beschreibt nunmehr im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen eine Dokumentationspflicht. Der gegenständliche Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, ob sich dadurch der Dokumentationsaufwand verändert hat.

5. Formelles

- Korrekte **Anordnung** durch Ärzt:in oder DGKP oder päd. Leitung
(FBM dauert länger als 48h/wiederholend: + ärztliche Gefährdungsprognose nötig)

- **Aufklärung** Bewohner:in

- unverzügliche **Meldung an Bewohnervertretung und gesetzliche Vertretung**
(ges. Vertretung => Obsorge, Erwachsenenvertretung)

Anordnung einer FBM

Vornahme einer Freiheitsbeschränkung

§ 5. (1) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur auf Grund der Anordnung einer dazu befugten Person vorgenommen werden. Anordnungsbefugt sind

1. für Freiheitsbeschränkungen durch medikamentöse oder sonstige dem Arzt gesetzlich vorbehaltenen Maßnahmen und alle damit in unmittelbarem Zusammenhang erforderlichen Freiheitsbeschränkungen ein Arzt;
2. für Freiheitsbeschränkungen durch Maßnahmen im Rahmen der Pflege ein mit der Anordnung derartiger freiheitsbeschränkender Maßnahmen von der Einrichtung betrauter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und
3. für Freiheitsbeschränkungen durch Maßnahmen im Rahmen der Betreuung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger die mit der pädagogischen Leitung betraute Person und deren Vertreter.

(2) Sofern der Bewohner länger als 48 Stunden dauernd oder über diesen Zeitraum hinaus wiederholt in seiner Freiheit beschränkt wird, hat der Leiter der Einrichtung unverzüglich ein ärztliches Gutachten, ein ärztliches Zeugnis (§ 55 Ärztegesetz 1998) oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen (§ 51 Ärztegesetz 1998) darüber einzuholen, dass der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet. Diese ärztlichen Dokumente müssen im Zeitpunkt der Vornahme der Freiheitsbeschränkung aktuell sein.

(3) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur unter Einhaltung fachgemäßer Standards und unter möglicher Schonung des Bewohners durchgeführt werden.

(4) Eine Freiheitsbeschränkung ist sofort aufzuheben, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

Aufklärung und Verständigung

§ 7:

(1) Die anordnungsbefugte Person hat den Bewohner über den Grund, die Art, den Beginn und die voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung auf geeignete, seinem Zustand entsprechende Weise aufzuklären. Zudem hat sie von der Freiheitsbeschränkung, von deren Aufhebung und von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich den Leiter der Einrichtung zu verständigen.

(2) Der Leiter der Einrichtung hat von der Freiheitsbeschränkung und von deren Aufhebung unverzüglich den Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners zu verständigen und diesen Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Diese Personen sind auch von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit (= Freiheiteinschränkung) sowie deren Aufhebung unverzüglich zu verständigen.

6. Bewohnervertreter:in I

§ 8: Automatische Vertretung der Bewohner:innen durch Bewohnervertreter:innen

Ab wann? Sobald eine Freiheitsbeschränkung vorgenommen oder in Aussicht gestellt wird.

§ 9. (1) Die für eine Einrichtung namhaft gemachten Bewohnervertreter sind insbesondere berechtigt, die Einrichtung unangemeldet zu besuchen, sich vom Bewohner einen persönlichen Eindruck zu verschaffen, mit der anordnungsbefugten Person und Bediensteten der Einrichtung das Vorliegen der Voraussetzungen der Freiheitsbeschränkung zu besprechen, die Interessenvertreter der Bewohner der Einrichtung zu befragen und in dem zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlichen Umfang Einsicht in die Pflegedokumentation, die Krankengeschichte und andere Aufzeichnungen über den Bewohner zu nehmen. Diese Rechte stehen auch dem sonstigen Vertreter des Bewohners zu, sofern diese Angelegenheit in seinen Wirkungsbereich fällt, bei minderjährigen Bewohnern dem gesetzlichen Vertreter im Bereich der Pflege und Erziehung. Bei der Wahrnehmung seiner Rechte hat der Bewohnervertreter oder sonstige Vertreter auf die Erfordernisse des Betriebs der Einrichtung Bedacht zu nehmen.

(2) Der Leiter der Einrichtung hat dafür zu sorgen, dass der Bewohner in geeigneter Weise Auskunft über den Bewohnervertreter erhält und sich mit diesem oder seinem sonstigen Vertreter ungestört besprechen kann.

(3) Der Bewohnervertreter ist befugt, den für die Aufsicht über die Einrichtung oder zur Bearbeitung von Beschwerden zuständigen Behörden die von ihm in Ausübung seiner Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen mitzuteilen. Er hat diesen Behörden insoweit Auskünfte zu erteilen, als dies für die Besorgung der ihnen zukommenden Aufgaben erforderlich ist.

Bewohnervertreter:in II

§ 10. (1) Der Bewohnervertreter hat den Bewohner über die beabsichtigten Vertretungshandlungen und sonstige wichtige Angelegenheiten auf geeignete, dessen Zustand entsprechende Weise aufzuklären. Er hat den Wünschen des Bewohners zu entsprechen, soweit diese dessen Wohl nicht offenbar abträglich und dem Bewohnervertreter zumutbar sind.

(2) Der Bewohnervertreter ist zur Verschwiegenheit über die von ihm in Ausübung seiner Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen verpflichtet, soweit die Geheimhaltung im Interesse des Bewohners erforderlich ist und nicht diesen selbst eine Auskunftspflicht trifft.



Gerichtliche Überprüfung

- Der Bewohner, sein Vertreter, seine Vertrauensperson und der Leiter der Einrichtung sind berechtigt, einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung einer Freiheitsbeschränkung zu stellen.
=> **Ohne Antrag kein Verfahren!**
- Zur Überprüfung einer Freiheitsbeschränkung ist das Bezirksgericht zuständig, in dessen Sprengel die Einrichtung liegt.
- Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt der Bund.

[§ 11 HeimAufG](#)

Rolle des Sachverständigen im HeimAufG-Verfahren

Unterstützung des Gerichts bei der Frage, ...

- ob eine Maßnahme eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit auslöst;
- ob ohne Schutzmaßnahme aus ärztlicher / pflegerischer / pädagogischer Sicht eine ernste und erhebliche Lebens- bzw. Gesundheitsgefahr der betroffenen Person oder einer andern Person vorliegt;
- ob eine Freiheitsbeschränkung durch schonendere Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgewendet werden kann;
- ob bei der Vornahme einer Freiheitsbeschränkung die Fachstandards eingehalten wurden;
- welche zeitliche Begrenzung bei unbedingt notwendigen / alternativlosen Freiheitsbeschränkung festgelegt werden soll.

Kreativität gefragt!

Psychiatrie-Unterbringung

Relevantes Gesetz:

Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten ([Unterbringungsgesetz – UbG](#))

- UbG gilt seit 1.1.1991.
- Bisher vier Novellen.
- 2022 wurde eine Überarbeitung des UbG beschlossen ([Gesetzesnovelle](#)).
- Neues UbG wird mit 1.7.2023 in Kraft treten!
- Fortbildungsangebote dazu im Q1-Q2/2023 bei [FORUM Gesundheitsrecht!](#)



Dr. iur. Michael Halmich LL.M.

halmich@gesundheitsrecht.at

www.gesundheitsrecht.at

(mit regelm. Newsletter!)



Bücher erhältlich unter:
www.educa-verlag.at

Rechtsbücher für Gesundheitsberufe

Bücher für die unterschiedlichen Gesundheitsberufe in Ausbildung und Praxis.
Ein juristisches Basiswissen für den Berufseinstieg und den Berufsalltag.



Rechtliche Fachbücher

Juristische Literatur für Gesundheitsberufe,
Führungskräfte, Lehrende und sonstige Interessierte.



- Wissenschaftliche Rubrik:**
- » Einheitliche Dokumentation für Gesundheitsberufe
 - » Entwurf für ein Gesundheitsberufe-Pflichtengesetz
 - » Mitwirkung / -verantwortung des Patienten bei Behandlungen
 - » Advance Care Planning
 - » Haftung von Sanitätern
 - » Sterbeverfügung

Interesse am Publizieren Ihrer wissenschaftlichen Arbeit?

Mail: office@educa-verlag.at



Bücher: www.educa-verlag.at

