



Willkommen zum 3. Vernetzungstreffen für Rechtsvortragende im Gesundheitswesen

- Wir starten um 16 Uhr!
- Ab 16.00 Uhr: Schwerpunkt Pflegerecht
- Ab 17.15 Uhr: Update und Sterbeverfügungsgesetz
- Ab 18.15 Uhr: Schwerpunkt andere Gesundheitsberufe
- Bringen Sie sich ein!



Idee zur Vernetzung

- Alle Gesundheitsberufe haben im Rahmen der Ausbildung RECHTSKUNDE!
- Juristische Themen erlangen in der (gesetzlich vorgegebenen) Fortbildung für Gesundheitsberufe zunehmend an Bedeutung.
- Steigendes Interesse auch bei Kongressen und Symposien.
- Es gibt kaum berufliche Vortragende; die meisten lehren nebenberuflich / als freie*r Dienstnehmer*in!
- Viele Vortragende sind als „Einzelkämpfer*in“ tätig.
- Rückmeldung: Wenig Vernetzung bisher, Austausch durchaus erwünscht!

Ziele und Zweck ...

- Plan: 2x im Jahr (Online)-**Austausch** über aktuelle Themen im Medizin- / Gesundheitsrecht (Plan: stets rund um Semesterstart; also September und Februar)
- **Literaturempfehlungen**, Austausch über verwendete Unterrichtsunterlagen, Fachbeiträge aus Zeitschriften wie z.B. RdM, ÖZPR, JMG, iFamZ ...
- Austausch über sinnvolle **Planung von Unterrichtssequenzen** im Rahmen der Ausbildung
- Aufbau eines **Vortragenden-Pools** zur Übernahme von Lehraufträgen, Vertretungen bei Abwesenheit, Weiterempfehlung, auch bei Fortbildungen / Seminare ...



[Link zur Website](#)

Veranstaltungshinweise



- **Online-Seminare** durch Michael Halmich im Februar 2022 (1h, 50 % Vortrag, 50 % Diskussion)
Themen: Patientenverfügung, Recht im Einsatz für Sanitäter und Notärzte, Update Pflegerecht / GuKG, Rechtsfragen in der Betreuung / Behandlung am Lebensende, Sterbeverfügungsgesetz – knapp erklärt, Recht für Einsatzfahrer, Unterbringungsrecht für Ärzte, Pflegepersonen und Rettungsdienstpersonal
=> [Link](#)

- 4. März 2022 (13-17 Uhr): Online-Symposium
Assistierter Suizid ab 2022 – das neue Sterbeverfügungsgesetz
=> [Link](#)

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



Dr.ⁱⁿ Stefanie Konrad-Langer
Juristin mit Schwerpunkt
Medizinrecht



RA Dr. Maximilian Burkowski
Jurist / Rechtsanwalt mit
Schwerpunkt im Arbeits-,
Unternehmens-, Medizinrecht



Block 1: PFLEGEBERUFE (bis 17.00 Uhr)

Lt. Agenda

- Offene Stellen
- Stundenausmaß, Stoffverteilung und Schwerpunkte bei DGKP-/PFA-/PA-Rechtskunde-Unterricht
- Diskussion über Berufsbild und Kompetenzen im Detail von DGKP, PFA und PA
- Einsatz von Pflegepersonen im Rettungsdienst
- Update / News und Literaturempfehlungen für den Unterricht / für Fortbildungen
- Anregungen für 3. Auflage der Rechtsbücher für die Ausbildung DGKP, PFA und PA (Sommer 2022)

Mitgebrachte Themen?



Offene Stellen

- Die **Landwirtschaftliche Fachschule Warth** (NÖ, Bezirk Neunkirchen) sucht für den Lehrgang der Sozialbetreuungsberufe / Pflegeassistenz eine/n Vortragende/n für 26 UE berufsrechtliche Grundlagen. Interessierte Personen mögen sich bitte direkt melden.
Kontakt: Dipl.-Päd.ⁱⁿ Margret Pöll - Tel.: +43 2629 2222 DW 701 - Mail: margret.poell@lfs-warth.ac.at
- **Gesundheit Österreich GmbH** sucht „Health Expert an der Abteilung Gesundheitsberufe [m/w/d]“
Richtet sich auch an Jurist*innen mit Gesundheitsschwerpunkt.
Heute Ende Bewerbungsfrist: [Link](#)

Verteilung der Vortragsstunden

- Tendenz, dass das Stundenausmaß für den Rechtsblock reduziert wird.
- Oftmals im Fach „Berufskunde“ bereits die Themen des Berufsbildes abgebildet.
- FH´s tendieren dazu, den Rechtsblock (idR 2 SWS) auf zwei Blöcke aufzuteilen (Start-LVA im 1. Semester und Spezialisierung im 3.-5. Semester; je 1 SWS).

Welche Erfahrungen haben Sie? Wie teilen Sie den Stoff auf?

DGKP

Gesamte Ausbildung: 3 Jahre / 6 Semester



FORUM
GESUNDHEITS-
RECHT



1. Allgemeine Rechtsgrundlagen	8–19
1.1. Wozu eine Rechtsordnung?	
1.2. Die österreichische Bundesverfassung	
1.3. Gewaltenteilung	
1.4. Öffentliches Recht / Privates Recht	
1.5. Strafrecht	
1.6. Menschen-, Grund- und Freiheitsrechte	
1.7. Europäische Union	
1.8. Gesundheits- und Pflegerecht	
2. Privatrechtliche Grundlagen für Pflegeberufe	20–37
2.1. Grundprinzipien	
2.2. Personen und ihre Fähigkeiten im Rechtsverkehr	
2.3. Vorsorgemöglichkeiten	
2.4. Vertretungsrecht (Kinder- und Erwachsenenschutz)	
2.5. Rechtsgeschäft / Behandlungs-, Betreuungs- und Heimvertrag	
3. Österreichisches Gesundheitswesen	38–43
3.1. Grundbegriffe und Aufgaben	
3.2. Behörden und Aufgabenverteilung	
3.3. Kontrolle und Aufsicht	
3.4. Berufsgruppen im Gesundheitswesen	
4. Gesundheitseinrichtungen	44–55
4.1. Krankenanstalten	
4.2. Gesundheitspersonal mit eigener Ordination	
4.3. Primärversorgungseinheiten	
4.4. Kuranstalten und Rehabilitationszentren	
4.5. Rettungs- und Krankentransportdienste	
4.6. Pflege- und Betreuungseinrichtungen	
4.7. Apotheken	
5. Patientenrechte, Behandlungsentscheidungen	56–69
5.1. Patienten- / Bewohner- / Klientenrechte im Allgemeinen	
5.2. Patientenrechte im Spital	
5.3. Bewohnerrechte in Pflege- und Betreuungseinrichtungen	
5.4. Entscheidungsfindung bei Behandlung und Pflege	
6. Berufsrecht für DGKP	70–93
6.1. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	
6.2. Berufsbild	
6.3. Wer darf sich „Pflegeperson“ nennen?	
6.4. Ausbildung und Berufsbezeichnung	
6.5. Kompetenzen	
6.6. Erlangung und Entziehung der Berufsberechtigung	
6.7. Berufsausübung und Werbebeschränkungen	
6.8. Berufspflichten	
6.9. Gesundheitsberufe-Register	
6.10. Berufsrelevante Strafbestimmungen	
6.11. Schnittstellenberufe	

7. Berufsrelevante Sonderbestimmungen	94–109
7.1. Medizinproduktrecht	
7.2. Arzneimittelrecht	
7.3. Rezeptpflicht	
7.4. Suchtmittelrecht	
7.5. ELGA	
7.6. Impfungen	
7.7. Ästhetische Behandlungen / Operationen	
7.8. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung	
7.9. Schwangerschaftsabbruch	
7.10. Organtransplantation	
7.11. Obduktion	
7.12. Leichen- und Bestattungswesen	
7.13. Unterbringungsrecht	
7.14. Heimaufenthaltsrecht	
7.15. Sanitätspolizeiliche Vorschriften	
8. Haftung	110–131
8.1. Zivilrechtliche Haftung (Schadenersatz)	
8.2. Strafrechtliche Verantwortung	
9. Arbeitsrecht	132–147
9.1. Wer ist Arbeitnehmer? Wer wird geschützt?	
9.2. Rechtsquellen im Arbeitsrecht	
9.3. Entstehen und Beenden von Arbeitsverhältnissen	
9.4. Wechselseitige Rechte und Pflichten	
9.5. Arbeitszeit und Arbeitsruhe	
9.6. Urlaub und sonstige Freistellungen	
9.7. Arbeitnehmerschutz	
9.8. Arbeiten im Gesundheitswesen	
9.9. Interessensvertretungen, Beratungsstellen, Streitfälle	
10. Sozialrecht	148–159
10.1. Systematik	
10.2. Allgemeines zur Sozialversicherung	
10.3. Krankenversicherung	
10.4. Unfallversicherung	
10.5. Pensionsversicherung	
10.6. Arbeitslosigkeit	
10.7. Kinderbetreuung	
10.8. Pflegegeld	
10.9. Sozialhilfe	
11. Wissenswertes zur Ausbildung als DGKP	160–165
11.1. Theoretische Ausbildung	
11.2. Praktische Ausbildung	
11.3. Besonderheiten für die Ausbildung an einer Fachhochschule	
... Prüfungsfragen	166–173
... Literatur	174
... Verlag, Autor & Sortiment	175–177
... Stichwortverzeichnis	178–179

Buch: [Link](#)

PA

Gesamte Ausbildung: 1 Jahr



FORUM
GESUNDHEITS-
RECHT



Buch: [Link](#)

1. Allgemeine Rechtsgrundlagen	8–19
1.1. Wozu eine Rechtsordnung?	
1.2. Die österreichische Bundesverfassung	
1.3. Gewaltenteilung	
1.4. Öffentliches Recht / Privates Recht	
1.5. Strafrecht	
1.6. Menschen-, Grund- und Freiheitsrechte	
1.7. Europäische Union	
1.8. Gesundheits- und Pflegerecht	
2. Privatrechtliche Grundlagen für Pflegeberufe	20–33
2.1. Grundprinzipien	
2.2. Personen und ihre Fähigkeiten im Rechtsverkehr	
2.3. Vorsorgemöglichkeiten	
2.4. Vertretungsrecht (Kinder- und Erwachsenenschutz)	
2.5. Rechtsgeschäft / Behandlungs-, Betreuungs- und Heimvertrag	
3. Österreichisches Gesundheitswesen	34–39
3.1. Grundbegriffe und Aufgaben	
3.2. Behörden und Aufgabenverteilung	
3.3. Kontrolle und Aufsicht	
3.4. Berufsgruppen im Gesundheitswesen	
4. Gesundheitseinrichtungen	40–51
4.1. Krankenanstalten	
4.2. Gesundheitspersonal mit eigener Ordination	
4.3. Primärversorgungseinheiten	
4.4. Kuranstalten und Rehabilitationszentren	
4.5. Rettungs- und Krankentransportdienste	
4.6. Pflege- und Betreuungseinrichtungen	
4.7. Apotheken	
5. Patientenrechte, Behandlungsentscheidungen	52–65
5.1. Patienten- / Bewohner- / Klientenrechte im Allgemeinen	
5.2. Patientenrechte im Spital	
5.3. Bewohnerrechte in Pflege- und Betreuungseinrichtungen	
5.4. Entscheidungsfindung bei Behandlung und Pflege	
6. Berufsrecht für PA	66–87
6.1. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	
6.2. Berufsbild	
6.3. Wer darf sich „Pflegerperson“ nennen?	
6.4. Ausbildung und Berufsbezeichnung	
6.5. Kompetenzen	
6.6. Erlangung und Entziehung der Berufsberechtigung	
6.7. Berufsausübung	
6.8. Berufspflichten	
6.9. Gesundheitsberufe-Register	
6.10. Berufsrelevante Strafbestimmungen	
6.11. Schnittstellenberufe	
7. Berufsrelevante Sonderbestimmungen	88–103
7.1. Medizinproduktrecht	
7.2. Arzneimittelrecht	
7.3. Rezeptpflicht	
7.4. Suchtmittelrecht	
7.5. ELGA	
7.6. Impfungen	
7.7. Ästhetische Behandlungen / Operationen	
7.8. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung	
7.9. Schwangerschaftsabbruch	
7.10. Organtransplantation	
7.11. Obduktion	
7.12. Leichen- und Bestattungswesen	
7.13. Unterbringungsrecht	
7.14. Heimaufenthaltsrecht	
7.15. Sanitätspolizeiliche Vorschriften	
8. Haftung	104–123
8.1. Zivilrechtliche Haftung (Schadenersatz)	
8.2. Strafrechtliche Verantwortung	
9. Arbeitsrecht	124–139
9.1. Wer ist Arbeitnehmer? Wer wird geschützt?	
9.2. Rechtsquellen im Arbeitsrecht	
9.3. Entstehen und Beenden von Arbeitsverhältnissen	
9.4. Wechselseitige Rechte und Pflichten	
9.5. Arbeitszeit und Arbeitsruhe	
9.6. Urlaub und sonstige Freistellungen	
9.7. Arbeitnehmerschutz	
9.8. Arbeiten im Gesundheitswesen	
9.9. Interessensvertretungen, Beratungsstellen, Streitfälle	
10. Sozialrecht	140–151
10.1. Systematik	
10.2. Allgemeines zur Sozialversicherung	
10.3. Krankenversicherung	
10.4. Unfallversicherung	
10.5. Pensionsversicherung	
10.6. Arbeitslosigkeit	
10.7. Kinderbetreuung	
10.8. Pflegegeld	
10.9. Sozialhilfe	
11. Wissenswertes zur Ausbildung als PA	152–157
11.1. Theoretische Ausbildung	
11.2. Praktische Ausbildung	
... Prüfungsfragen	158–165
... Literatur	166
... Verlag, Autor & Sortiment	167–169
... Stichwortverzeichnis	170–171

PFA



Buch: [Link](#)

Gesamte Ausbildung: 2 Jahre



FORUM
GESUNDHEITS-
RECHT

1. Allgemeine Rechtsgrundlagen	8–19
1.1. Wozu eine Rechtsordnung?	
1.2. Die österreichische Bundesverfassung	
1.3. Gewaltenteilung	
1.4. Öffentliches Recht / Privates Recht	
1.5. Strafrecht	
1.6. Menschen-, Grund- und Freiheitsrechte	
1.7. Europäische Union	
1.8. Gesundheits- und Pflegerecht	
2. Privatrechtliche Grundlagen für Pflegeberufe	20–33
2.1. Grundprinzipien	
2.2. Personen und ihre Fähigkeiten im Rechtsverkehr	
2.3. Vorsorgemöglichkeiten	
2.4. Vertretungsrecht (Kinder- und Erwachsenenschutz)	
2.5. Rechtsgeschäft / Behandlungs-, Betreuungs- und Heimvertrag	
3. Österreichisches Gesundheitswesen	34–39
3.1. Grundbegriffe und Aufgaben	
3.2. Behörden und Aufgabenverteilung	
3.3. Kontrolle und Aufsicht	
3.4. Berufsgruppen im Gesundheitswesen	
4. Gesundheitseinrichtungen	40–51
4.1. Krankenanstalten	
4.2. Gesundheitspersonal mit eigener Ordination	
4.3. Primärversorgungseinheiten	
4.4. Kuranstalten und Rehabilitationszentren	
4.5. Rettungs- und Krankentransportdienste	
4.6. Pflege- und Betreuungseinrichtungen	
4.7. Apotheken	
5. Patientenrechte, Behandlungsentscheidungen	52–65
5.1. Patienten- / Bewohner- / Klientenrechte im Allgemeinen	
5.2. Patientenrechte im Spital	
5.3. Bewohnerrechte in Pflege- und Betreuungseinrichtungen	
5.4. Entscheidungsfindung bei Behandlung und Pflege	
6. Berufsrecht für PFA	66–87
6.1. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	
6.2. Berufsbild	
6.3. Wer darf sich „Pflegerperson“ nennen?	
6.4. Ausbildung und Berufsbezeichnung	
6.5. Kompetenzen	
6.6. Erlangung und Entziehung der Berufsberechtigung	
6.7. Berufsausübung	
6.8. Berufspflichten	
6.9. Gesundheitsberufe-Register	
6.10. Berufsrelevante Strafbestimmungen	
6.11. Schnittstellenberufe	
7. Berufsrelevante Sonderbestimmungen	88–103
7.1. Medizinproduktrecht	
7.2. Arzneimittelrecht	
7.3. Rezeptpflicht	
7.4. Suchtmittelrecht	
7.5. ELGA	
7.6. Impfungen	
7.7. Ästhetische Behandlungen / Operationen	
7.8. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung	
7.9. Schwangerschaftsabbruch	
7.10. Organtransplantation	
7.11. Obduktion	
7.12. Leichen- und Bestattungswesen	
7.13. Unterbringungsrecht	
7.14. Heimaufenthaltsrecht	
7.15. Sanitätspolizeiliche Vorschriften	
8. Haftung	104–123
8.1. Zivilrechtliche Haftung (Schadenersatz)	
8.2. Strafrechtliche Verantwortung	
9. Arbeitsrecht	124–139
9.1. Wer ist Arbeitnehmer? Wer wird geschützt?	
9.2. Rechtsquellen im Arbeitsrecht	
9.3. Entstehen und Beenden von Arbeitsverhältnissen	
9.4. Wechselseitige Rechte und Pflichten	
9.5. Arbeitszeit und Arbeitsruhe	
9.6. Urlaub und sonstige Freistellungen	
9.7. Arbeitnehmerschutz	
9.8. Arbeiten im Gesundheitswesen	
9.9. Interessensvertretungen, Beratungsstellen, Streitfälle	
10. Sozialrecht	140–151
10.1. Systematik	
10.2. Allgemeines zur Sozialversicherung	
10.3. Krankenversicherung	
10.4. Unfallversicherung	
10.5. Pensionsversicherung	
10.6. Arbeitslosigkeit	
10.7. Kinderbetreuung	
10.8. Pflegegeld	
10.9. Sozialhilfe	
11. Wissenswertes zur Ausbildung als PA	152–157
11.1. Theoretische Ausbildung	
11.2. Praktische Ausbildung	
... Prüfungsfragen	158–165
... Literatur	166
... Verlag, Autor & Sortiment	167–169
... Stichwortverzeichnis	170–171

Pflege

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)

PA: § 83 [GuKG](#)

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

Pflege im Rettungsdienst

- Unterschiedliche Rettungsorganisationen
- Aufgaben: Versorgung am Einsatzort, Transport, Ambulanzdienst bei Events und Erste Hilfe Kurse für Bevölkerung.
- Einsatz von Sanitäter*innen und Notärzt*innen



- **Auch Pflegepersonen?**



Pflegepersonen im Rettungsdienst

Ministerium 2008:

DGKP können die Berechtigung zur Durchführung von Notfallkompetenzen nach dem SanG ausschließlich im Wege der Absolvierung der nach dem SanG hierfür festgelegten Ausbildungsmodule für den Rettungssanitäter, den Notfallsanitäter sowie die jeweilige Notfallkompetenz erwerben. Dabei sind allerdings jene Prüfungen und Praktika der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Sonderausbildung in der Intensivpflege insofern auf die entsprechenden Ausbildungsmodule anzurechnen, als sie nach Inhalt und Umfang gleichwertig sind (vgl BMGFJ 14. 10. 2008, 92250/0020-I/B/6/2008).

Ministerium 2018:

Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die in den §§ 14 ff GuKG angeführten Kompetenzen, wobei die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie in § 15 GuKG geregelt sind. Gem § 35 GuKG kann eine Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erfolgen. Dies bedeutet, dass die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß den Bestimmungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes auch im Rettungsdienst erfolgen kann, dies umfasst auch eine Freiwilligentätigkeit bei einer Rettungsorganisation (vgl auch BMASGK-2. 8. 2018, 92263/0010-IX/A/2/2018).

Acute Community Nursing

- Duale Ausbildung (DGKP, NFS) wird genutzt.
- Pilotprojekt in NÖ (Bruck / L.) – ab 2022 ggf. Ausrollung auf ganz NÖ.

[Link zu Notruf NÖ](#)

Rechtliche Klarstellung zum Einsatzgebiet finden Sie [hier](#)!



Durch die Kombination des Tätigkeitsfeldes DGKP und NFS entsteht der Vorteil, dass diese dual ausgebildeten Personen im Rahmen der Patientenversorgung die Kompetenzen beider Tätigkeitsfelder nutzen können. Dies umfasst im Bereich „Community Nursing“:

- » Pflegevisiten nach telefonischer Vortriage durch 1450 bzw. 141
- » Direktanforderungen durch Ärzte oder Fachpersonal von Versorgungseinrichtungen

Im Bereich „Rettungsdienst“ ergeben sich folgende Aufgabengebiete:

- » Mitalarmierung bei Akut- und Notfallpatienten im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung, Evaluierung der weiteren Versorgung und wenn nötig Transportbegleitung.
- » Nachforderungen durch Sanitäter bzw. Notärzte etwa bei:
 - Probleme mit Sonden, Kathetern, Kanülen, etc. die aufgrund des Zustandes keine sofortige Hospitalisierung benötigen;
 - Patienten mit akuter Pflegebedürftigkeit ohne Versorgungsmöglichkeit, plötzlicher Ausfall pflegender Angehöriger oder 24h Betreuung;
 - Patienten in Palliativbetreuung oder im Sterbeprozess;
 - Patienten mit vitaler Bedrohung oder Schmerzen, wenn die Eintreffzeit kürzer als ein Notarztmittel ist.

Was tut sich gerade im Pflegebereich?

- Impfpflicht ab 1.2.2022 – sohin keine Impfpflicht speziell für Gesundheitsberufe. 3-G am Arbeitsplatz bleibt.
- Info-Plattform: www.pflege.gv.at ging online
- Pflegestarter*innen: Ausbildung zu einem Pflegeberuf ab 15 Jahren ([Link](#))
- Austausch über GuKG-Novelle durch Expert*innen im Oktober 2021 ([Link](#))
- Digitalisierung und Pflege (Beitrag ÖZPR dazu wird ausgesendet).
- Arbeitszeitverkürzung: Mit 1.1.2022 wurde die wöchentliche Normalarbeitszeit im Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ-KV) von 38 Stunden auf 37 Stunden verkürzt. (Beitrag ÖZPR dazu wird ausgesendet).
- [Handreichung OPG](#): Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid

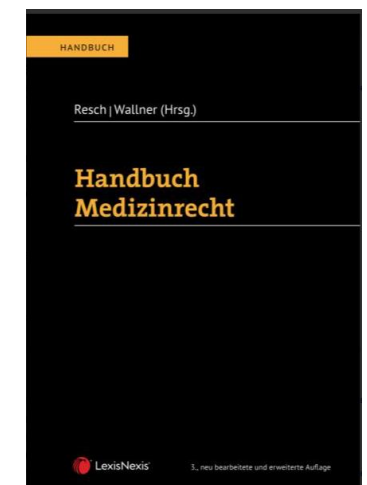
Prof. Dr. Johannes Rüdä
Referatsleiter im Hauptverband der Sozialversicherungsträger i. B.

Pflege und Digitalisierung

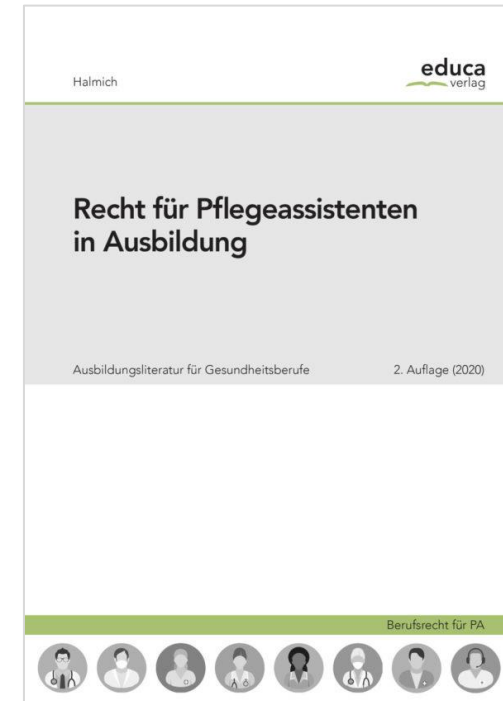
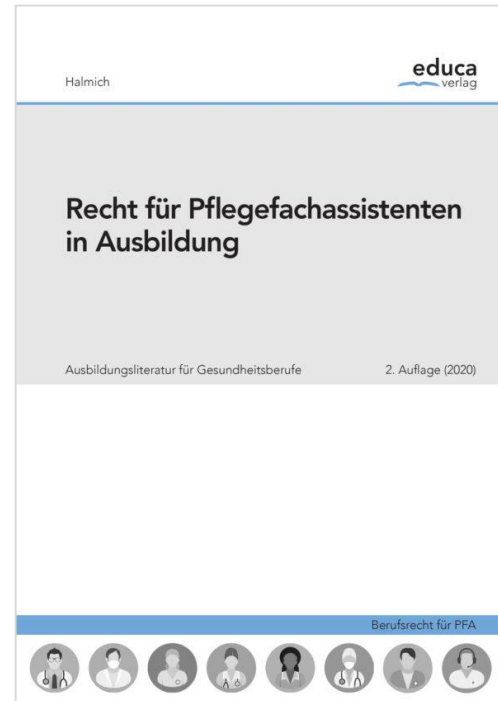
Telemedizin, Teletherapie und Telerehabilitation. Die Taskforce Pflege hat in ihrem Ergebnisbericht Mitte Februar 2021 eine Reihe von Vorschlägen zur Erleichterung der Langzeitpflege durch Digitalisierung und technische Assistenzen präsentiert. Durch verstärkten Einsatz von Telecare und Telemonitoring sowie technischen Assistenzsystemen soll eine Unterstützungsmöglichkeit bei der Pflege geschaffen werden. Besonders soll die Digitalisierung mit technischer Assistenz als Chance genutzt und ausgebaut werden. Ein wesentliches Ziel könnte dabei mit der Telerehabilitation erreicht werden.

Literaturhinweise für den Unterricht

- Juristische Pflege-Ausbildungsbücher vom [Educa Verlag](#) (DGKP², PFA², PA²), 2020
- [Weiss/Lust, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG⁹, Kommentar, neu 10/2021](#)
- [Schwamberger/Biechl/Habel, GuKG-Kommentar⁸, 2018](#)
- [Gruber, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz \(GuKG\), 2017](#)
- [Sladeczek/Marzi/Meißl-Riedl, Recht für Gesundheitsberufe¹⁰, 2021](#)
- [Hauser/Kröll/Stock, Grundzüge des Gesundheitsrechts⁴, 2020](#)
- [Resch/Wallner \(Hrsg.\), Handbuch Medizinrecht³, 2020](#)
- [Neumayr/Resch/Wallner \(Hrsg.\), Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht², 2022](#)
- [Gasser/Hausreither, Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen, 2017](#)



Anregungen für Neuauflagen



Plan: Überarbeitung Sommer 2022,
Erscheinen zum Unterrichtsstart Herbst 2022



PAUSE bis 17.15 Uhr

3. Vernetzungstreffen für Rechtsvortragende im Gesundheitswesen

- Wir starten um 16 Uhr!
- Ab 16.00 Uhr: Schwerpunkt Pflegerecht
- **Ab 17.15 Uhr: Update und Sterbeverfügungsgesetz**
- Ab 18.15 Uhr: Schwerpunkt andere Gesundheitsberufe
- Bringen Sie sich ein!



Block 2: Update (bis 18.00 Uhr)

Lt. Agenda Update im Medizin- und Gesundheitsrecht

- Was tut sich gerade? Welche rechtlichen Themen eignen sich für die Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe?
- Schwerpunkt: Sterbeverfügungsgesetz (Vortrag Dr.ⁱⁿ *Stefanie Konrad Langer*)

Mitgebrachte Themen?



Update / News

- Impfpflicht ab 1.2.2022. Sohin keine Impfpflicht speziell für Gesundheitsberufe. 3-G am Arbeitsplatz bleibt.
- DE: Der Gesetzgeber muss Vorkehrungen zum Schutz behinderter Menschen für den Fall einer pandemiebedingt auftretenden Triage treffen ([Link](#))
- ÖGARI-Positionspapier zu Organspende und Todeseintritt ([Link](#))
- Neuer Gesundheitsberuf: Operationstechnische/r Assistent/in soll mit Juli 2022 kommen (mehr dazu im 3. Block; [Link](#))
- Toolbox für Opferschutz geht online ([Link](#))
- Jahresberichte zur Sicherheit von Patient*innen downloadbar ([Link](#))
- Berichte Volksanwaltschaft / OPCAT zur präventiven Menschenrechtskontrolle ([Link](#))
- Hospiz- und Palliativfondsgesetz noch ausständig ([Link](#))
- UbG Novelle stockt ([Link](#))
- Erneute Ankündigung einer Reform des Maßnahmenvollzugs durch Justizministerium ([Link](#))
- Dauerthema: Medikamentöse Freiheitsbeschränkung: Beitrag in RdM u. Replik zwecks Klarstellung der OGH-Judikatur (Beiträge dazu werden ausgesendet).

OGH seit Letzttreffen Sept. 2021

- Haftung des Gynäkologen und des Radiologen für verspäteten Behandlungsbeginn bei einem Mammakarzinom (OGH 1 Ob 159/21w | 12.10.2021 | [Link](#))
- Heimaufenthaltsrecht: Zu den Bestimmtheitserfordernissen eines Antrags auf Überprüfung freiheitsbeschränkender Maßnahmen, zur Beiziehung eines Sachverständigen aus dem Fachbereich Kinder- und Jugendpsychologie und zu § 15 HeimAufG (OGH 7 Ob 161/21h | 29.09.2021 | [Link](#))
- § 7 Abs 1a des Epidemiegesetzes (EpiG) – Kompetenz der ordentlichen Gerichte? (OGH 7 Ob 122/21y | 29.09.2021 | [Link](#))
- Kündigung eines Diplomkrankenschweflers wegen Verweigerung regelmäßiger Corona-Tests (OGH 8 ObA 42/21s | 14.09.2021 | [Link](#))
- Entlassung einer Dienstnehmerin wegen Missachtung der angeordneten Absonderung als Corona-Verdachtsfall (OGH 8 ObA 54/21f | 14.09.2021 | [Link](#))
- Ausbildungskostenrückerersatz nach § 2d AVRAG: Vereinbarung über den Rückerersatz auch erst nach absolvierter Ausbildung möglich? (OGH 9 ObA 85/21x | 02.09.2021 | [Link](#))

Arzthaftung – RdM-Zusammenschau

– 2021

– kommt als PDF!

[ARZTHAFTUNG]

Rechtsprechungsübersicht Arzthaftung

RdM 2021/336

Entscheidungsübersicht zur Arzthaftung von Juli 2020 bis Juni 2021		
Stichwort(e)	Entscheidungs zitat	Leitsatz (-sätze)
Behandlungs- aufklärung	OGH 7. 7. 2020, 5 Ob 107/20 a ¹⁾ (aoRev zurückgewiesen)	Ist eine in Österreich wenig verbreitete Operationsmethode [hier: netzlose Shouldice-Operationstechnik zur Versorgung einer Leistenhernie] als Methode der Wahl von anderen [hier: kunststoffverstärkenden] Techniken abgelöst worden, weil diese gegenüber den anderen Methoden gravierende Nachteile aufweist, ohne dass für den Patienten relevante Vorteile gegenüberstünden, ist nicht zu beanstanden, wenn über die grds bestehende Möglichkeit dieser [überholten] Operationstechnik nicht aufgeklärt wird.
Risikoaufklärung; Aufklärungsform	OGH 22. 7. 2020, 1 Ob 71/20 b ²⁾ (aoRev zurückgewiesen)	1. Weist ein Arzt auf eine mögliche Nervenverletzung nur iZm der Lagerung durch Druckschädigung, aber nicht durch die mechanische Irritation im Operationsgebiet hin, darf nicht der Schluss gezogen werden, dass für den Patienten nur das Ergebnis entscheidend ist, nicht aber wie eine Schädigung oder Verletzung herbeigeführt wird. Dies verkennt das Ziel der ärztlichen Aufklärung, dem Patienten selbst die Entscheidung darüber zu ermöglichen und zu überlassen, welche (typischen) Risiken er in Kauf nehmen möchte. 2. Eine nur formularmäßige Aufklärung ohne ein ärztliches Aufklärungsgespräch reicht nicht aus. Das Schwergewicht ist jedenfalls auf die Äußerungen des Arztes im unmittelbaren Gespräch mit dem Patienten zu legen.
Heilungskosten	OGH 17. 9. 2020, 2 Ob 99/20 b ³⁾ (aoRev zurückgewiesen)	Der bloße Zeitaufwand eines den Krankentransport vornehmenden Angehörigen ist dem Geschädigten nicht zu ersetzen.
Zwischenurteil; Verjährung	OGH 22. 9. 2020, 4 Ob 96/20 a ⁴⁾	1. Bei Anspruchshäufung [hier: Schmerzensgeld, Verdienstentgang, Pflegekostenersatz, sonstige Spesen] in einer Klage kann ein Zwischenurteil schon dann gefällt werden, wenn auch



Einblick in das neue Sterbeverfügungsgesetz für Rechtsvortragende im Gesundheitswesen

Dr.ⁱⁿ Stefanie Konrad-Langer
Juristin mit Schwerpunkt Medizinrecht

Foliensatz: © Dr. Michael Halmich LL.M.

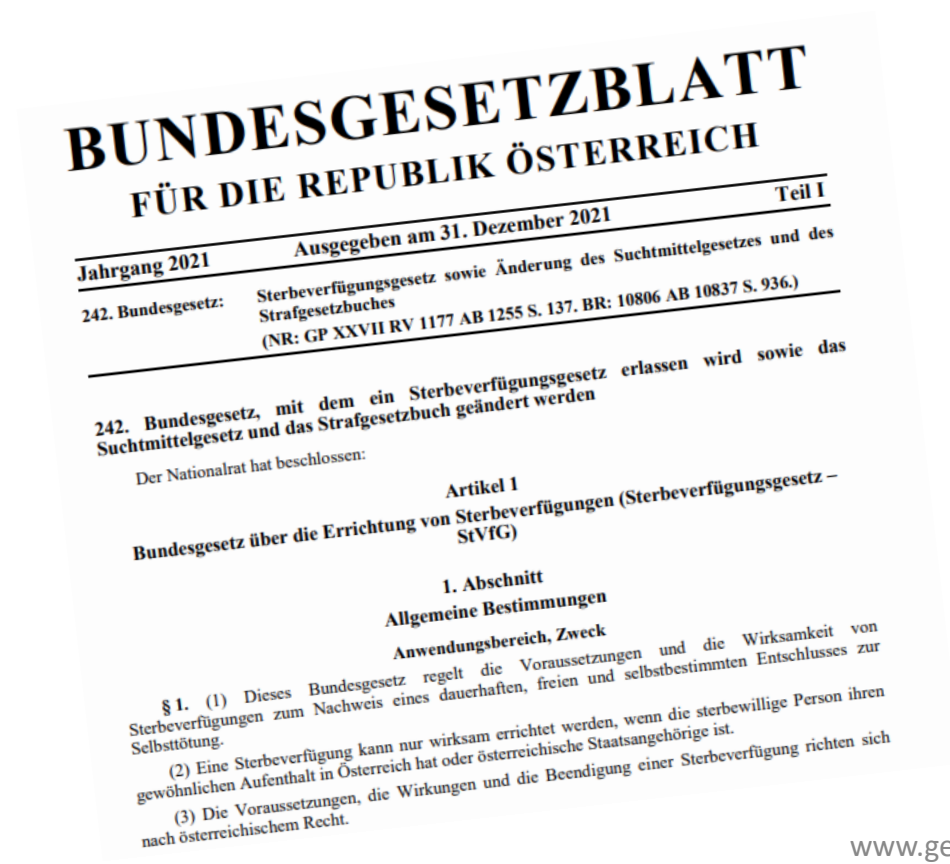


Ab 1.1.2022

Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Errichtung von Sterbeverfügungen

([Sterbeverfügungsgesetz – StVfG](#)) – zudem: [Parlamentarische Gesetzesmaterialien](#)

zudem kundgemacht: [Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung](#)



Noch ausständig

Hospiz- und Palliativfondsgesetz ([Link zur Gesetzwerdungshistorie](#))

- Überführung dieses Bereiches in eine Regelfinanzierung
- Drittelfinanzierung: Ein Drittel finanziert der Bund, mindestens ein weiteres Drittel das jeweilige Bundesland und maximal ein Drittel die Sozialversicherungsträger.
- Für das Jahr 2022 sind Bundesmittel von insgesamt 21 Mio. € vorgesehen. 2023 soll es 36 Mio. und 2024 51 Mio. € aus dem Bundesbudget geben. Der Fonds ist von 2022 bis 2024 also mit 108 Mio. € dotiert.
- Die Gelder sind zweckgewidmet und können von den Ländern für mobile Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, Hospizteams, Tageshospize und stationäre Hospize – jeweils für Kinder und Erwachsene – verwendet werden.
- Aktuell Zuweisung des Gesetzesvorhabens an Sozialausschuss (Stand 19.1.2022 / [Link](#)).
- Rückwirkendes Inkrafttreten mit 1.1.2022 vorgesehen.

Wichtige Differenzierung

Therapie am Lebensende (**geboten**)

- Nichtbeginn oder Beenden von lebenserhaltenden Maßnahmen wg. Therapieverzicht oder wg. fehlender Indikation
- Therapiezieländerung in Richtung Palliative Care
- Symptombehandlung (ggf. hochdosierte bei schwersten Schmerzen u. Qualen, auch wenn dadurch Lebensverkürzung in Kauf genommen wird; [§ 49a ÄrzteG](#))

Assistierter Suizid / Sterbeverfügung (**seit 1.1.2022 gemäß Sterbeverfügungsgesetz erlaubt**)

- Hilfestellung bei Suizid durch z.B. Beschaffung / Vorbereitung einer tödlichen Substanz (Natrium-Pentobarbital)
- Letzte Handlung setzt die Person selbst, die es betrifft; und nicht etwa eine andere Person!

Sterbehilfe (**verboten**)

- Gezielte Beendigung des Lebens einer Person durch eine andere Person (Tötung).
- Letzte Handlung setzt also eine andere Person. Es handelt sich somit nicht um einen Suizid.
- Dies kann z.B. auf Wunsch einer Person erfolgen oder aus Mitleid. Beides ist strafbar!
- Entwicklungen sind abzuwarten. Befürworter liberaler Regeln möchten auch den § 77 StGB beseitigen!

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

[Link Buch](#)



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.

Der Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, muss frei und selbstbestimmt, insbesondere frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte gefasst werden.

Eine Sterbeverfügung kann nur eine Person errichten, die

- an einer **unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit** (§ 120 Z 1 ASVG) oder
- an einer **schweren, dauerhaften Krankheit** (§ 120 Z 1 ASVG) 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.
- RV: „Ergibt die Abklärung, dass die betroffene Person hinsichtlich ihres Sterbewunsches nicht entscheidungsfähig ist, so darf keine Bestätigung [...] ausgestellt und die Errichtung einer Sterbeverfügung somit nicht durchgeführt werden. Bei einem ausschließlich aufgrund und im Zustand einer psychischen Krankheit gefassten Sterbewunsch wird in der Regel keine Entscheidungsfähigkeit vorliegen.“

RV 1177, S. 13

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

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.

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
- die Dosierung des Präparats (Natrium-Pentobarbital) und die für die Verträglichkeit des Präparats notwendige Begleitmedikation,
- Art der Einnahme des Präparats, Auswirkungen und mögliche Komplikationen bei der Einnahme des Präparats und dass mit einer Patientenverfügung lebensrettende Behandlungen abgelehnt werden können,
- einen Hinweis auf konkrete Angebote für ein psychotherapeutisches Gespräch sowie für suizidpräventive Beratung, und
- einen Hinweis auf allfällige weitere im konkreten Fall zielführende Beratungsangebote.

PSYCH-Abklärung

- Wenn sich im Rahmen der ärztlichen Aufklärung ein Hinweis darauf ergibt, dass bei der sterbewilligen Person eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, deren Folge der Wunsch zur Beendigung ihres Lebens sein könnte, ist vor der Bestätigung eine Abklärung dieser Störung einschließlich einer Beratung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder eine klinische Psychologin bzw. einen klinischen Psychologen zu veranlassen.
- Hinweis darauf kommt entweder durch Studium der Krankengeschichte mit entsprechender Diagnostik in der Vergangenheit oder durch aktuelle Hinweise. Relevant sind aber aktuelle Symptome.
- Kein automatischer Ausschluss von Personen mit psychischer Krankheit!

Errichtung

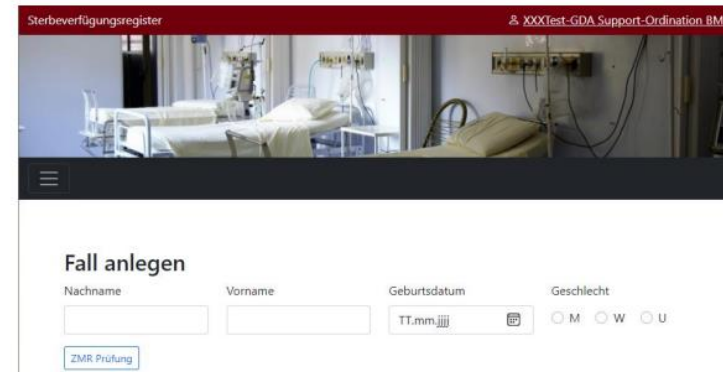
- Eine Sterbeverfügung kann wirksam frühestens **zwölf Wochen** nach der ersten ärztlichen Aufklärung errichtet werden. Hat eine ärztliche Person bestätigt, dass die sterbewillige Person an einer unheilbaren, zum Tod führenden Erkrankung leidet und in die **terminale Phase** eingetreten ist, so ist eine Errichtung nach zwei Wochen zulässig. Wird eine Sterbeverfügung nicht innerhalb eines Jahres nach der zweiten ärztlichen Aufklärung errichtet, so muss die sterbewillige Person eine neuerliche Bestätigung einer ärztlichen Person beibringen, die ein Jahr gültig ist.
- Die Sterbeverfügung ist schriftlich vor einer dokumentierenden Person zu errichten. Aufzusuchen ist dabei ein Notariat oder die [Patientenvertretung](#) (nicht Patientenanwäl*innen nach UbG).
- Umfassende Rechtsfolgenbelehrung (PatV, VV, Errichtung letztwillige Verfügung, Strafrecht, Versicherungsfragen). Auch Bestätigung, dass kein Hinweis darauf vorliegt, dass im Zeitpunkt der Errichtung die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person beeinträchtigt ist.

Sterbeverfügungsregister

- Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat ein elektronisches Sterbeverfügungsregister zu führen (läuft über www.gesundheit.gv.at – Einstieg mit Handysignatur).



Abb. 5



- Die dokumentierende Person hat das Original der Sterbeverfügung der sterbewilligen Person auszuhändigen.

Arztgespräch

Geführte Aufklärungsgespräche

Noch kein Gespräch erfasst

Neues Gespräch erfassen

Gespräch anlegen **1**

Typ des Arztgesprächs	Datum und Uhrzeit	Grund für Todeswunsch				
- bitte wählen -	TT.mm.jjjj --:--	- bitte wählen -				
Arzt	PLZ	Ort				
Dr. Christian Weninger	1234	Testort				
Straße	HausNr	Stiege	Tür	Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Palliativ-Mediziner
Teststraße	1	2	3	123456	test@abc.com	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N
Präparat	Informationen zum Begleitmedikament	Hinweis auf Behandlungs- und Handlungsalternativen erfolgt?	Terminale Phase?			
- bitte wählen -		<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N			
Menge		Hinweis auf mögliche Komplikationen bei der Einnahme des Präparats erfolgt?	Zweifel an Entscheidungsfähigkeit?			
		<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N			
Einnahmeform		Hinweis auf Angebote zur suizidpräventiven Beratung erfolgt?				
- bitte wählen -		<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N				
		Hinweis auf die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung erfolgt?				
		<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N				
Speichern		Abbrechen 2				

Rolle der Apotheken

- Ein Präparat (Natrium-Pentobarbital) darf nur von einer **öffentlichen Apotheke** (keine Hausapotheke von Ärzten) in der in der Sterbeverfügung angegebenen Dosierung samt der erforderlichen Begleitmedikation an die sterbewillige oder eine in der Sterbeverfügung namentlich genannte Hilfe leistende Person nach Vorlage einer wirksamen Sterbeverfügung abgegeben werden.
- Dokumentation im Sterbeverfügungsregister.
- Die sterbewillige Person und die Hilfe leistende Person, der das Präparat ausgefolgt wurde, haben das Präparat durch **geeignete, den jeweiligen Umständen entsprechende Maßnahmen gegen eine unbefugte Entnahme zu sichern**. Im Fall einer Aufgabe ihres Sterbewillens hat die sterbewillige Person das Präparat bei der Apotheke zurückzugeben. Die Apothekerin bzw. der Apotheker hat zurückgegebene Präparate zu entsorgen.

Rolle der Apotheken

- Die Österreichische Apothekerkammer hat auf Anfrage den dokumentierenden Personen diejenigen Apotheken in der Nähe der sterbewilligen Person bekannt zu geben, bei denen diese das Präparat beziehen kann. Zusätzlich hat die Österreichische Apothekerkammer dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister zum 30. Juni des jeweiligen Jahres die zur Abgabe bereiten Apotheken zu nennen.
- Sohin wird es keine veröffentlichte Liste auf der Website der Apothekerkammer geben.

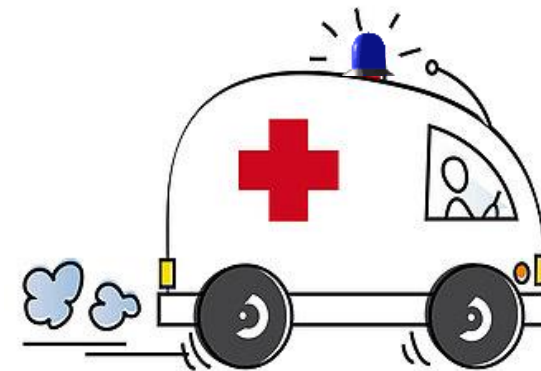
locus mortis

- Die konkrete Ausführung des lebensbeendenden Entschlusses soll dann in einem privaten Rahmen erfolgen.
- Das Gesetz sieht von einer Institutionalisierung der Suizidassistenz in Form von staatlichen Einrichtungen oder „Suizidstationen“ ebenso ab wie von der Überwälzung dieser Aufgabe ausschließlich an die Ärzteschaft oder der Einrichtung eines Berufsbildes von professionellen Suizidassistentinnen und Suizidassistenten oder einer Suizidorganisation.
- Nach der Konzeption des vorliegenden Entwurfs 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.

RV 1177, S. 5

Auswirkungen?

- 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 kommen (über Notruf 144).



Selbsttötung: Eingesetztes Präparat

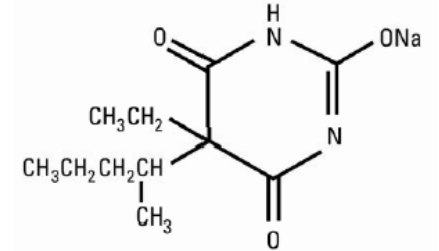
Natrium-Pentobarbital (Handelsname „Nembutal“)

=> Applikationsweg?

Durch [Verordnung](#) nun klargestellt:

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.

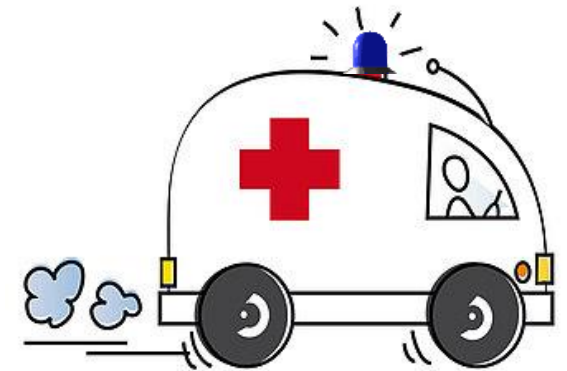


- Dieses Präparat wirkt lt. VO in der Dosierung von 15g des Reinwirkstoffs in beiden Einnahmeformen bei vollständiger Einnahme verlässlich letal.

Zwischenfälle und Noteinsatz

Mögliche Zwischenfälle

- Präparat wird in Dosen und nicht zur Gänze eingenommen
- Erbrechen
- Aspiration
- kein unmittelbarer Todeseintritt (Wirkungseintritt oral zw. 20 und 60 Minuten).
- ... ?



Grundsatz bei Zwischenfall

Handlungspflicht zur Lebensrettung bzw. zur Symptombehandlung (§ 49a ÄrzteG)



Einschränkung nur durch verbindliche Patientenverfügung möglich

§ 253 Abs. 4 ABGB:

Hat die im Behandlungszeitpunkt nicht entscheidungsfähige Person die medizinische Behandlung in einer verbindlichen Patientenverfügung abgelehnt und gibt es keine Hinweise auf die Unwirksamkeit der Patientenverfügung, so muss die Behandlung ohne Befassung eines Vertreters unterbleiben.

Bindet alle Gesundheitsberufe (und auch An-/Zugehörige) gleichermaßen, sofern

- die verbindliche Patientenverfügung vorliegt (keine Suchpflicht!) und
- diese zweifelsfrei und ohne Gefährdung der Patient*innen (§ 12 PatVG) ausgelegt werden kann.

Umsetzung in Kliniken oder Heimen

- Keine natürliche oder juristische Person ist verpflichtet, eine Hilfeleistung, wie etwa die Abgabe des Präparats, 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).**
- Daher Duldung bei fremder Hilfe in Institution?

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.
- Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.

Klinik als Ort der Behandlung und nicht Wohnort.

- Argumentation: Wunsch nach Selbsttötung ist keine Behandlung, daher Entlassung?
- Letztlich 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 Durchführung einer Selbsttötung durch fremde Suizidassistenz in Pflege- und Betreuungseinrichtungen einfordern können.

Und was ist nun strafbar?

Mitwirkung an der Selbsttötung

§ 78. (1) Wer eine andere Person dazu verleitet, sich selbst zu töten, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(2) Ebenso ist zu bestrafen, wer

1. einer minderjährigen Person,
2. einer Person aus einem verwerflichen Beweggrund oder
3. einer Person, die nicht an einer Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 3 des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG), [BGBl. I Nr. 242/2021](#), leidet oder die nicht gemäß § 7 StVfG ärztlich aufgeklärt wurde,

dazu physisch Hilfe leistet, sich selbst zu töten.



PAUSE bis 18.15 Uhr

3. Vernetzungstreffen für Rechtsvortragende im Gesundheitswesen

- Wir starten um 16 Uhr!
- Ab 16.00 Uhr: Schwerpunkt Pflegerecht
- Ab 17.15 Uhr: Update und Sterbeverfügungsgesetz
- **Ab 18.15 Uhr: Schwerpunkt andere Gesundheitsberufe**
- Bringen Sie sich ein!



Block 3: Andere Gesundheitsberufe

(bis 18.45 Uhr)

Lt. Agenda

- Buch Recht und Ethik für MAB-Ausbildung (von M. Halmich)
- Neuer Beruf: Operationstechnische/r Assistent/in ab Juli 2022
- ARGE Palliative Psychiatrie
- Hintergrundwissen vom Öst. Parlament zur Sterbehilfe (Hinweis auf informative Website)

Mitgebrachte Themen?



Buch MAB



Inhaltsübersicht	
1. Ausbildungsregeln	8–13
1.1. Rechtliche Grundlagen	
1.2. Medizinische Assistenzberufe	
1.3. Ausbildungsumfang	
1.4. Ausbildungsort und -zulassung	
1.5. Ausbildungsmodule	
1.6. Abgedeckte Fächer durch dieses Buch	
2. Gesundheitswesen / Gesundheitsberufe	14–35
2.1. Ziel und Zweck des Gesundheitswesens	
2.2. Drei Grundmodelle für ein Gesundheitssystem	
2.3. Österreichisches Sozialversicherungssystem	
2.4. Behörden und Aufgabenverteilung in Österreich	
2.5. Kontrolle und Aufsicht	
2.6. Der Weg von Patient*innen durch das System	
2.7. Einsatz von MAB im Gesundheitswesen	
2.8. Krankenanstalten	
2.9. Gesundheitspersonal mit eigener Ordination / Praxis	
2.10. Primärversorgungseinheiten	
2.11. Rettungs- und Krankenbeförderungsdienste	
2.12. Pflege- und Betreuungseinrichtungen	
2.13. Apotheken	
2.14. Berufsgruppen im Gesundheitswesen	
3. Ethische Aspekte der Gesundheitsversorgung	36–49
3.1. Einführung in die Ethik	
3.2. Ethische Ansätze	
3.3. Pragmatische Prinzipien (Prinzipienethik)	
3.4. Ethische Fragen in der Praxis	
3.5. Ethikberatung im Gesundheitswesen	
4. Berufsrecht für Medizinische Assistenzberufe	50–73
4.1. Überblick über die medizinischen Assistenzberufe	
4.2. Berufsbilder und Kompetenzen	
4.3. Desinfektionsassistenz	
4.4. Gipsassistenz	
4.5. Laborassistenz	
4.6. Obduktionsassistenz	
4.7. Operationsassistenz	
4.8. Ordinationsassistenz	
4.9. Röntgenassistenz	
4.10. Abstrichnahme in COVID-Zeiten	
4.11. Erlangen und Verlust der Berufsberechtigung	
4.12. Berufsausübung	
4.13. Berufspflichten	
4.14. Berufsrelevante Strafbestimmungen	

5. Berufsrecht für Trainingstherapeut*innen	74–79
5.1. Berufsbild	
5.2. Qualifikationsprofil	
5.3. Ausbildung	
5.4. Berufsausübung und Berufspflichten	
6. Rechte der Patient*innen	80–91
6.1. Rechte der Patient*innen im Allgemeinen	
6.2. Rechte der Patient*innen im Spital	
6.3. Rechte der Bewohner*innen in Pflege- / Betreuungseinrichtungen	
6.4. Behandlungsentscheidungen	
7. Berufsrelevante Sonderbestimmungen	92–101
7.1. Medizinproduktrecht	
7.2. Rezeptpflicht	
7.3. Suchtmittelrecht	
7.4. ELGA	
7.5. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung	
7.6. Schwangerschaftsabbruch	
7.7. Organtransplantation	
7.8. Obduktion	
7.9. Leichen- und Bestattungswesen	
7.10. Unterbringungsrecht	
7.11. Sanitätspolizeiliche Vorschriften	

1. Auflage 2021
107 Seiten | € 22,00

[Link](#)

Neuer Beruf: OTA

- Beruf der Operationstechnischen Assistenz soll mit 1.7.2022 starten.
- Wird im Medizinisches Assistenzberufe-Gesetz eingeführt.
- Stand parlamentarisches Verfahren: NR und BR bereits zugestimmt (Dez. 2021 | [Link](#))
- Kompetenzen auf der nächsten Folie!
- Ausbildung: Die Ausbildung in der Operationstechnischen Assistenz dauert **drei Jahre** und umfasst 4 600 Stunden, von denen 1 600 Stunden auf die theoretische Ausbildung und 3 000 Stunden auf die praktische Ausbildung entfallen.
- Ausbildungsstätte: Schulen für med. Ass.-Berufe, GuKPS, Ausbildungsstätten für OP-Pflege.
- Zukünftige Berufsausübung: Spital, ärztlicher Ordination, Primärversorgungseinheit.
- Auch Registrierungspflicht im Gesundheitsberuferegister.
- Details dazu auch in einem ÖZPR-Beitrag (wird ausgesendet).

DDr.ⁱⁿ Meinhild Hausreither/Mag.^a Alexandra Lust

OTA-Gesetz in parlamentarischer Behandlung

Operationstechnische Assistenz. Ausbildungs- und berufsrechtliche Regelungen für den neuen Gesundheitsberuf der Operationstechnischen Assistenz (OTA)

Kompetenzen OTA

1. Abschnitt

Berufsrecht der Operationstechnischen Assistenz

Berufsbild

§ 26a. (1) Die Operationstechnische Assistenz umfasst

1. die eigenverantwortliche perioperative Betreuung und Versorgung der Patienten/-innen sowie
2. die Assistenz des/der Arztes/Ärztin

bei operativen Eingriffen nach ärztlicher Anordnung.

(2) Die Kernaufgaben der Operationstechnischen Assistenz umfassen

1. das Instrumentieren in allen operativen Fachrichtungen einschließlich Vorbereitung der erforderlichen Instrumente, Apparate und Materialien,
2. die Durchführung operationsspezifischer Lagerungen und Positionierungen,
3. einfache intraoperative Assistenz,
4. die Vorbereitung und Koordination der Arbeitsabläufe zur Herstellung der Funktionsfähigkeit einer Operationseinheit für die Durchführung operativer Eingriffe (Beidiensttätigkeit, unsterile Assistenz),
5. die OP-Dokumentation und
6. die präoperative Übernahme und postoperative Übergabe der Patienten/-innen und Patientendaten

unter Berücksichtigung der notwendigen Ablauf-, Aufbereitungs-, Desinfektions- und Sterilisationsprozesse und -maßnahmen im Rahmen des Medizinproduktkreislaufs.

Kompetenzen OTA

(3) Die Kompetenz der Operationstechnischen Assistenz in Notfällen umfasst

1. das Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen sowie
2. die eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein/eine Arzt/Ärztin 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 unverzügliche Verständigung eines/einer Arztes/Ärztin ist zu veranlassen.

(4) In der multiprofessionellen Zusammenarbeit trägt die Operationstechnische Assistenz im Rahmen ihres Berufsbildes zur Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität bei, insbesondere bei

1. Hygienemanagement,
2. Versorgung von Präparaten und Explantaten,
3. Mitwirkung beim Qualitäts- und Risikomanagement (z.B. OP-Checklisten, Teamtimeout, WHO-Checkliste),
4. Mitwirkung bei der Planung des Operationsbetriebes,
5. Mitwirkung in der Ausbildung und Anleitung von Auszubildenden,
6. Mitwirkung an der Weiterentwicklung von Handlungsabläufen, Standards, Prozessoptimierung, Medizinprodukten, Zulassungsverfahren.

(5) Die Operationstechnische Assistenz kann im Rahmen ihres Berufsbildes gemäß Abs. 1 bis 3 auch in der Notfallambulanz und im Schockraum, in der Endoskopie und in der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) eingesetzt werden.

Covid-Regeln im Rettungsdienst

- Hemmung der Fortbildungsfrist aufgrund Covid nicht mehr möglich (Auslaufen per 31.3.2021).
- Aussetzen Berufsmodul aufgrund Covid nicht mehr möglich (Auslaufen per 31.12.2021).
- Covid-Sonderkompetenzen für RS (und demnach auch für NFS) verlängert bis 30.6.2022.
=> Covid-Test, Blutentnahme aus der Kapillare, Mitwirken beim Covid-Impfen
Rechtsgrundlage: § 64 SanG
- § 28d Abs. 3 Epidemiegesetz nach wie vor aufrecht: Covid-Tests auch außerhalb RettOrg.

Telemedizin im Rettungswesen

- Sanitäter*innen handeln eigenverantwortlich.
- Sanitäter*in als „Datensammler“ (Erhebung relevanter Parameter) für Telenotärzt*in?
- § 49 ÄrzteG: Berufsausübung „persönlich und unmittelbar“
- Lt. *Aigner* et al.: Face-to-Face nicht verpflichtend.
- Ärzt*in: Möglichkeit der Gefahrenbeherrschung.
- Grundsatz: Keine Risikoerhöhung für Patient*innen!

RdM
[TELEMEDIZIN]

Anwendbarkeit von Telemedizin im Rahmen der Tätigkeit von Sanitätern

Die fortschreitende Digitalisierung führte in den letzten 20 Jahren in zahlreichen Arbeitsprozessen zu substantiellen Veränderungen; so auch im Rettungswesen. Mit den technischen Entwicklungen geht auch eine Vielzahl rechtlicher Fragestellungen auf dem Gebiet der Gesundheitsberufe einher. In der Folge wird geprüft, inwiefern Sanitäter mittels telemedizinischer Tools die situativ relevanten Patientendaten als Grundlage einer Diagnostik für einen virtuell anwesenden Arzt erheben dürfen.

Von Gerhard Aigner, Klara Doppler und Harald Willschke

Inhaltsübersicht:

- A. Einleitung
- B. Abgrenzungen der Tätigkeitsbereiche von Rettungs- und Notfallsanitätern
 - 1. § 9: Rettungsanitäter
 - 2. § 10: Notfallsanitäter
 - 3. Gemeinsame Bestimmungen
- C. Anwendung von Telemedizin
 - 1. Telemedizin und unmittelbare Berufsausübung
 - 2. EKG durch Rettungsanitäter in Zusammenarbeit mit einem Telemed-Arzt

Die rechtliche Fragestellung, ob und in welchem Ausmaß diese telemedizinische Erstevaluierung durch die Zusammenarbeit von Arzt und Sanitäter zulässig ist, wird im Folgenden näher beleuchtet.

B. Abgrenzungen der Tätigkeitsbereiche von Rettungs- und Notfallsanitätern

Durch § 1 SanG werden die zwei Qualifikationsstufen des Sanitäterdienstes festgelegt, namentlich jene des Rettungs- und des Notfallsanitäters. In weiterer Folge

RdM 2021/298
SanG;
§ 49 ÄrzteG;
RezeptpflichtG
Telemedizin;
Sanitäter;
Belassung;
ELGA

ARGE Palliative Psychiatrie

- Seit September 2019 gibt es die ARGE Palliative Psychiatrie. Vertreter*innen der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) und das FORUM Gesundheitsrecht veranstalten seither 3x jährlich einen Austausch zu diesem Thema.
- Wer steht da im Fokus?
 - ✓ Patient*innen, die sich aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Krankheit in einer palliativen Situation befinden
 - ✓ Psychisch kranke Patient*innen, die sich aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen in einer palliativen Situation befinden
 - ✓ Somatisch schwer erkrankte Patient*innen in einer Palliative-Care-Situation mit psychischen Symptomen
- Nächstes Treffen: Mittwoch, den 2. Februar 2022 (15-18 Uhr) – Teilnahme kostenfrei!

[Link](#)

Internationale Regelungen: Sterbehilfe

**Tabelle 1: Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid:
Aktueller Status in ausgewählten Staaten**



REPUBLIK ÖSTERREICH
Parlament

Staat	Tötung auf Verlangen erlaubt/verboten (seit wann?)	Beihilfe zum Suizid erlaubt/verboten (seit wann?)	Betroffene	Besonderheiten
Belgien	Erlaubt (2002)	Erlaubt (2002)	- Psychisch oder physisch unheilbar kranke Volljährige - Physisch unheilbar kranke Minderjährige (bei Einverständniserklärung der gesetzlichen VertreterInnen)	Es gibt die Möglichkeit, eine Willenserklärung zu erstellen, der zufolge eine Ärztin/ein Arzt in Zukunft Sterbehilfe leisten kann, wenn die Person nicht mehr in der Lage ist, ihren Willen zu äußern.
Deutschland	Verboten	Nicht verboten	-	-
Luxemburg	Erlaubt (2009)	Erlaubt (2009)	- Volljährige, die an einer physisch oder psychisch unerträglichen, unheilbaren Krankheit leiden.	Siehe Belgien.
Niederlande	Erlaubt (2002)	Erlaubt (2002)	- Psychisch oder physisch unheilbar kranke 12-16-Jährige (wenn Eltern/Vormund zustimmen) - Psychisch oder physisch unheilbar kranke 16-18-Jährige (wenn Eltern/Vormund in Entscheidung eingebunden) - Psychisch oder physisch unheilbar kranke Volljährige	Wenn das verantwortliche Komitee zu dem Schluss kommt, dass Vorgaben nicht eingehalten wurden, wird der Fall automatisch an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet.
Oregon (USA)	Verboten	Erlaubt (1997)	- Psychisch gesunde, aber physisch unheilbar kranke Volljährige mit einer Lebenserwartung unter sechs Monaten	Zwei mündliche und ein schriftlicher Antrag auf Beihilfe zum Suizid in einem Zeitraum von 15 Tagen müssen durch Gesundheitsbehörde bewilligt werden.
Schweiz	Verboten	Verboten, wenn aus selbstsüchtigen Motiven (1937)	-	Starke Rolle der Sterbehilfeorganisationen.
Spanien	Erlaubt (2021)	Erlaubt (2021)	- Personen, die unerträglich leiden an einer ernsthaften, unheilbaren oder einer ernsthaften, chronischen und Fähigkeitsverlust verursachenden Krankheit	Der Sterbewunsch muss unter Berufung auf medizinische Befunde und der Erläuterung von Alternativen vier Mal geäußert werden. Nach der Bewilligung durch eine Evaluierungskommission muss die Patientin/der Patient ein weiteres Mal zustimmen.

Quelle:
Fachinfos zu aktuellen Parlamentsthemen,
Öst. Parlament (2021) - [Link](#)