

Expertise aus Salzburg zum ÖSG-Entwurf 2017 Nierenerkrankungen Kapitel 3.2.3.10 Nierenerkrankungen (NEP, DIA)

„Zwar wird ein vollqualifizierter Nephrologe als im KH anwesend gefordert (das ist derzeit an vielen Stellen Österreichs gar nicht durchführbar, weil es die Nephrologen dafür gar nicht gibt: unabhängig davon würde der Nephrologe, welche nur "im Krankenhaus" sein soll, gewiß nicht zufällig dort verplant sein, sondern einen Vollzeitjob an anderer Stelle erfüllen müssen und daher nicht regelhaft für die Dialyse verfügbar sein).

In der Tabelle ist aber die Anwesenheit eines Arztes (+/- jus practicandi) auf der Dialysestation während der Schicht zwar logisch ableitbar, aber nicht explizit tabellarisch zugeordnet ("DIA intramural" müßte zwar für alle gelten, ist aber für NEPZ und NEPS nicht ausgewiesen).

Das sorgt für weitere Dehnbarkeiten. Denn man kann sagen, daß wir den Nephrologen im KH nicht leisten können und für das NEPZ die Anwesenheit eines Arztes nicht explizit zugeordnet ist.

Mindestens ebenso schlimm ist die Verschlechterung in extramuralen Einrichtungen: dort soll künftig die Dialyse nach einer Visite GANZ OHNE ARZT laufen. Das bedeutet, daß sämtliche Notfälle, Probleme oder auch Medikamentenanordnungen de facto nicht erfolgen können. Was passiert im Fall einer Reanimation oder eines Kreislaufzusammenbruches - macht das die Pflege alleine? Wie sind die Verantwortlichkeiten (auch im Schadensfall) geregelt? Aus meiner Sicht ist das in höchstem Maße gefährlich. Und es erstaunt, daß die Pflege diese Verantwortung alleine tragen will/würde. Es ist unklar, ob die Pflege eine solche Verantwortung überhaupt übernehmen dürfte.

In den Forderungen wird auch die Anlage von Dialysezugängen nicht mehr in Hämo- und Peritonealdialyse differenziert und zugleich auf Krankensebene verlagert. Damit ist das Legen von Hämodialysezugängen der Verantwortung der Abt. enthoben - und damit die Ausbildung der Nephrologen (die dies ja lernen und vorweisen müssen) gefährdet.

Die Zuordnung von ärztlichem Personal wurde gleichermaßen erstmals seit langer Zeit verschlechtert: auch in NEPZ benötigt man künftig nicht mehr 1 VZÄ pro 300 HD/Monat sondern nur pro 350. Der in der Titelzeile angegebene Hinweis "exkl. Akut- und Risikodialysen" (der auch in Vorversionen bestanden hatte) wird wenig helfen. In NEPZ sind hohe Volumina von Akut- und Risikodialysen zu erbringen (de facto die Mehrzahl aller Behandlungen), es wird aber gänzlich ignoriert und ist so nicht quantifizierbar oder einzufordern.

Aus dem Entwurf ist auch nicht erkennbar, ob es noch Minimal-Maßstäbe (s. alle früheren Versionen des ÖSG) gibt, die definieren, ab wann ein Arzt als ausreichend kompetent für die Übernahme dieser Verantwortung gilt. Bisher war formuliert, daß der Betreffende mindestens 6 Monate auf einer Einrichtung mit mindestens 3000 Dialysen pro Jahr verbracht haben mußte, um für die Übernahme der Verantwortung ausgebildet zu sein. So hat auch die Fachgesellschaft stets argumentiert. Wie soll das künftig funktionieren? Sind Vorgaben, die früher stets angegeben waren, jetzt aber nicht mehr aufscheinen, noch als Standard gültig oder gänzlich abgeschafft?

Notabene: in der neuen Ausbildungsordnung sind die Dialysezahlen auf eine Anekdote von 500 pro Azubi reduziert worden. D.h., wir bilden nur noch das Sonderfach aus, aber zugleich so schlecht, daß der Proband selbst diesen kleinen Fachbereich nicht adäquat erlernen kann. Ähnliches gilt für die Zahlen zur Peritonealdialyse; das Thema Transplant-Nachsorge ist gar nicht geregelt - damit kann jeder selbstbewußte Ignorant ungehindert Patienten betreuen (und gefährden; das findet in unserem Bundesland auch bereits statt!), für die eine hohe, nur in Spezialeinrichtungen erwerbbarer Expertise erforderlich wäre (In Vorarlberg hat man hingegen diesen Aspekt ausschließlich dem NEPZ zugeordnet). Hier waren 2014/15 die Fachgesellschaften vom ministeriellen Ehrgeiz überrumpelt worden.

Das wären soweit die für mich derzeit ersichtlichen Veränderungen seit der Version von 7/2016. Interessanterweise hatte ich zwar die 7/2016-Version zur Kommentierung erhalten, die Verschlechterungen sind dann offensichtlich ohne fachliche Expertise erfolgt. Welchen Sinn all das haben soll, bleibt unklar.

Ergänzend darf ich noch anmerken, daß die Stellenkalkulationen des ÖSG für Hämodialyse zwar ausgedünnt worden sind (s. Vormail), aber zugleich nicht berücksichtigt wurde, daß sich aufgrund Änderung des AZG mit 2015 die tatsächlichen Stundenvolumina pro Arzt-VZÄ erheblich verändert haben. Daher kommt es vermutlich in Summe zu einer 30 %-Reduktion der tatsächlichen Arztanwesenheit gegenüber der ohnehin zuvor schon knappen ÖSG-Kalkulation. Das bedeutet auch, daß Ressourcen, um neue Ärzte auszubilden, aus meiner Sicht nicht mehr vorhanden sein werden.