



Recht in der Pflege

Zeitschrift für das gesamte Pflegerecht

Inhalt

Pflege Aktuell	I-II
Aufsätze	
Wer bestimmt die Standards – Betriebswirte, Juristen oder Mediziner? – Anmerkungen zur Sorgfaltspflicht in Rehabilitations-Einrichtungen – Josef J. Leßmann, Rüdiger Holzbach, Heinfried Duncker, Christian Koller	83
DGHS informiert	
Selbstbestimmung ist nicht teilbar! Neuer Gesetzentwurf zu Patientenverfügungen	90
Studien/Berichte/Gutachten	
Studie: Herausforderungen einer alternden Gesellschaft – Was kann ihr die pharmazeutische Industrie geben? Eine Bestandsaufnahme (Teil 1)	92
Entscheidungen	
Homecare Apotheke Deutschland OLG Düsseldorf, Urt. v. 15.01.2008 – I-20 U 99/07	98
Unterlassene Nachfrage auf ein präsuizidales Syndrom kann mangelnde Befunderhebung darstellen KG Berlin, Urt. v. 10.03.2008 – 20 U 224/04	101
Keine Eingruppierung als examinierte Altenpflegerin bei 8-monatiger statt einjähriger Ausbildung LAG München, Urt. v. 01.07.2008 – 8 Sa 1193/07	104
Leistungsangebot für Betreuungseinrichtung muss zwingend Leistungen nach Art, Ziel und Qualität den jeweiligen zu betreuenden Personenkreisen zuordnen OVG Niedersachsen, Beschl. v. 22.07.2008 – 4 LA 22/06	109
Impressum	87
Beirat	91



pmi Verlag AG
Oberfeldstraße 29 · 60439 Frankfurt am Main
www.pmi-verlag.de · pmiverlag@t-online.de

4/2008

Wer bestimmt die Standards – Betriebswirte, Juristen oder Mediziner? – Anmerkungen zur Sorgfaltspflicht in Rehabilitations-Einrichtungen –

Dr. med. Josef J. Leßmann¹, Dr. Rüdiger Holzbach¹, Prof. Dr. Heinfried Duncker², Christian Koller³

Zusammenfassung:

Die diskrepante Entwicklung zwischen Ressourcen-Zufluss und qualitativ / quantitativer Leistungsanforderung an das Gesundheitssystem führt zu erheblichen Sparzwängen bei Krankenhäusern, Rehabilitations-Einrichtungen und Pflegeheimen. Die „Rationalisierungsreserven“ sind bei den meisten Einrichtungen mittlerweile aufgebraucht. Weitere Einsparungen gehen entweder zu Lasten der Leistungsqualität oder der Beschäftigten, da gesellschaftlich über eine quantitative Begrenzung der Leistungen nicht diskutiert wird.

Die vorliegende Arbeit stellt die rechtlichen Rahmenbedingungen vor und diskutiert die relevanten medizinisch-fachlichen Aspekte, die häufig bei der Diskussion um „Rationalisierungsreserven“ nur wenig Beachtung finden.

Dem Arzt kommt die Schlüsselrolle zu bei der medizinischen Leistungserbringung und Team-Koordination. Aus medizinischer Sicht ist – je nach Behandlungsspektrum der Rehabilitationseinrichtung – ein ärztlicher Bereitschaftsdienst zu fordern, der wenigstens innerhalb von 20 Minuten am Patienten sein kann. Dies gilt unabhängig von der Größe der Einrichtung. Anhand eines konkreten Beispiels wird der Unterschied zwischen medizinischer, juristischer und ökonomischer Sicht dargestellt.

Dementsprechend bedarf es der Formulierung von Leitlinien, die nicht nur ein System von fachlich begründeten Eigengesetzlichkeiten und Handlungsempfehlungen sind, sondern auch stets einen normativen und wertenden Charakter haben. Verantwortliche und ethisch anspruchsvolle Therapie basiert auf dem Konsens aktueller fachlicher Leitlinien, beachtet aber immer unter Würdigung der individuellen Situation und Bedürfnisse des Patienten/Rehabilitanden sowie seines Zustandbildes die erforderliche Sorgfalt und das auf Gefahrenabwehr und Be-

schwerdenminimierung ausgerichtete Behandlungs-/Rehabilitationsziel.

In Zeiten finanzieller Ressourcen-Knappheit ist eine effiziente und sparsame Leistungserbringung selbstverständlich. Behandlung, Rehabilitation und Pflege brauchen aber zur Erreichung eines nachhaltigen Interventionseffektes eine ausreichend gute Struktur der personellen und sachlichen Ausstattung.

Einleitung

Die erheblichen Belastungen der bundesdeutschen Sozialversicherungssysteme wirken sich bereits seit einiger Zeit auf die ökonomische Situation von Krankenhäusern, Rehabilitations-Einrichtungen und Pflegeheimen aus. Hier ist auch noch kein Ende absehbar. Das Gesundheitssystem insgesamt ist weiterem finanziellen Druck und einschneidenden Veränderungen ausgesetzt. Dementsprechend drängen Kostenträger auf Kostensenkung seitens der Leistungserbringer. Die Gesundheitsdienstleister werden insofern nur unter konsequenter Beachtung betriebswirtschaftlicher Prinzipien erfolgreich am Markt bestehen können. Die sogenannte „Hebung wirtschaftlicher Reserven“, „Optimierung“ und Personalabbau sind Alltagsrealitäten in einem Arbeitsfeld, das Gesundheit „produzieren“ soll, aber dies zunehmend nur unter erheblicher Belastung der Gesundheit der Mitarbeiter bei angespannten Personalsituationen leisten kann.

Neben der sicherlich beachtenswerten Dimension der Arbeitssituation für die (verbliebenen) Beschäftigten ist die bedeutendste Limitierung aller Effizienzsteigerungen aber durch den überragenden Grundsatz des Patientenschutzes gekennzeichnet (8/9).

Diese Entwicklungen stellen eine besondere Herausforderung dar für die Träger und Verantwortlichen solcher Einrichtungen. Sorgfältiger Umgang mit Personalressourcen, Organisationsüberprüfung tradierter Arbeitsabläufe und eine eventuell dauerhafte Delegation bestimmter ärztlicher Aufgabenbereiche auf das Pflegepersonal werden bereits als probate Lösungsansätze diskutiert und zunehmend realisiert.

¹ LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt (Fachkrankenhäuser für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)

² Honorarprofessor an der Universität Kassel, Moringen

³ Fachanwalt für Medizinrecht, München

Das hier grob skizzierte Szenario gilt prinzipiell für Krankenhäuser genauso wie für Rehabilitations-Einrichtungen oder auch Pflegezentren. Problembereiche in diesem Zusammenhang wurden für Pflegeheime (10/13/15) bereits verschiedentlich benannt.

Diese Themen sollen in der vorliegenden Arbeit am Beispiel der rehabilitativen Medizin aufgezeigt werden. Durch die Einsparungen der letzten Jahre – in einem nicht unerheblichen Teil zu Lasten von Qualität und Quantität des vorgehaltenen Personals – sind sogenannte „Rationalisierungsreserven“ in Einrichtungen der rehabilitativen Medizin absehbar nicht mehr vorhanden.

Gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen rehabilitativer Behandlung

Psychische Erkrankungen und Behinderungen inklusive Sucht-Krankheiten nehmen einen wachsenden Raum in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein. Im Sinne der patienten-zentrierten und sektor-übergreifenden Versorgung sind je nach Schweregrad der Erkrankung ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V / Krankenhausbehandlung § 39 SGB V) zu Lasten der gesetzlichen/privaten Krankenversicherungen indiziert.

Reicht bei Versicherten eine solche Krankenbehandlung nicht aus, um eine Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder Verminderung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden bzw. zu mindern, können entsprechend § 111 SGB V Rehabilitationsmaßnahmen auf Kosten der zuständigen Rentenversicherung angezeigt sein, welche allerdings subsidiär auch die Krankenkassen aus medizinischen Gründen gemäß §§ 11, 40 SGB V anbieten und leisten können.

Sowohl für die medizinische Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen als auch Suchtkranke ist die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) definiert, welche der Abbildung, Bewertung und Sicherung der Prozessqualität der rehabilitativen Arbeit dient. Hierin ist das personelle und inhaltliche Leistungsverzeichnis in 11 Kapiteln konkret beschrieben (6). Der Katalog dieser Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ergibt sich aus § 15 SGB VI in Verbindung mit den §§ 26 - 31 SGB IX. Diese können sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden.

Für die interne Organisation der Rehabilitationseinrichtungen ist stets darauf zu achten, dass eine saubere Leis-

tungstrennung gewährleistet bleibt: Die krankheitsbildbezogene Rehabilitationsbehandlung beinhaltet im engeren Sinne Maßnahmen, die über den Katalog der therapeutischen Leistungen definiert sind, aber auch diagnose-bezogene medizinische Behandlungsinterventionen beinhalten. Darüber hinaus verwehrt sich eine solche Reha-Einrichtung aber auch nicht anderweitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Rehabilitanden, wenn diese beispielsweise andere somatische Beschwerden haben, die der Intervention bedürfen. Diese ernst zu nehmen und differential-diagnostisch einzuordnen bzw. auch eine darüber hinausgehende Indikation für Folgemaßnahmen zu stellen, stellt sicher einen sach- und fachgerechten Service für die Rehabilitanden dar; diese Leistungen sind aber in Bezug auf letztliche diagnostische Abklärung, zielgerichtete Behandlung und medikamentöse oder sonstige Intervention aus den Ressourcen des kassenärztlichen Versorgungssystems zu erbringen und müssen in diesem Rahmen (KV-Notdienst, niedergelassene Fachärzte oder somatische Krankenhäuser) in Anspruch genommen werden. Um es auf den Punkt zu bringen: Beispielsweise eine Sucht-Rehabilitationsklinik darf nicht dazu gebracht werden, Leistungen aus dem eigenen Budget zu erbringen, die nicht zur Behandlung von Sucht- und/oder Suchtfolgeerkrankungen im eigentlichen Sinne zählen und deren Behandlung in ungerechtfertigter Weise das Budget dieser Rehaklinik belasten würde. Umgekehrt muss natürlich genauso strikt darauf geachtet werden, dass nicht unter dem Deckmantel der „interkurrenten Erkrankung“ Behandlungsaufwendungen der kassenärztlichen Versorgung zugeschoben werden, die eigentlich durch den Rehabilitationsauftrag und die dafür vorgesehenen Leistungsentgelte abgedeckt sind.

Im Zusammenhang der aktuellen Diskussion um weitere Delegationen von medizinischen und pflegerischen Aufgaben an andere Berufsgruppen ist darauf hinzuweisen, dass in Einrichtungen der Drogenhilfe schon über viele Jahre eine Verlagerung von ärztlichen Aufgaben hin zum Pflegepersonal zu beobachten war bzw. ist. Diese Einrichtungen sehen häufig ihren Versorgungsauftrag außerhalb eines arbeitsmedizinisch-rehabilitativen Rahmens. Über lange Zeiträume standen diese Reha-Einrichtungen nicht unter ärztlicher Leitung und fühlten sich auch nicht dem direkten Feld der arbeitsmedizinischen Rehabilitation zugeordnet.

Die Bedarfslagen der Drogenabhängigen änderten sich mit deren zunehmendem Alter und den damit einhergehenden Komorbiditäten: Gruppendynamische Prozesse in der „therapeutischen Gemeinschaft“ treten zunehmend in den Schatten gegenüber sozialmedizinischen

Bedarfen und Rehabilitationsschwerpunkten. Diese Veränderung hat aber in vielen Einrichtungen noch nicht zu einer Umstellung der Arbeitsgewohnheiten geführt. Hier muss vor Traditionen und Entwicklungen gewarnt werden, welche Aufgaben aus dem pflegerischen Bereich auf Mitarbeiter übertragen haben, die keine entsprechende krankenpflegerische Grundausbildung haben (z.B. Pädagogen, Schreibkräfte oder Verwaltungsmitarbeiter). Dies betrifft im Bereitschaftsdienst sowohl die Versorgung kleiner interkurrenter Erkrankungen oder Wunden als auch die zum Teil systematische Verteilung von Medikamenten durch hierzu nicht ausgebildete Personen.

Hier ist nicht nur auf eine Verschiebung der qualitativen Merkmale zu achten sondern auch darauf, dass gerade die in der ärztlichen Leitung stehenden Mitarbeiter Gefahr laufen, ohne ihr direktes Wissen sich an dieser unzulässigen Verlagerung zu beteiligen und durch ihre Duldung den Eindruck zu erwecken, dass sie die Möglichkeit der Delegation dieser Aufgabe auf nicht-medizinisch/pflegerisch gebildete Mitarbeiter geprüft und gebilligt haben.

Die Rolle des Arztes in der Rehabilitation

Im Aufgabenfeld der medizinischen Rehabilitation kommt dem Arzt die Rolle des medizinischen Leistungserbringers und Team-Koordinators zu (3). Er hat in Kenntnis der beim Patienten entstandenen Schädigung und der individuellen Prognose zunächst die Möglichkeit des Wiederaufbaus der funktionellen Leistungsfähigkeit zu prüfen. Gemeinsam mit dem multiprofessionellen Team ist er verantwortlich für die Erstellung des Rehabilitationsplans. Insofern hat der Arzt in der psychiatrischen und suchtherapeutischen Rehabilitation eine Schlüsselfunktion inne: er ist neben der medizinischen Versorgung einschließlich der medikamentösen Behandlung insbesondere für die Einleitung, die Klärung des Umfangs und die Beendigung von notwendigen Leistungen zur Rehabilitation verantwortlich. Zur ärztlichen Leistungserbringung gehören auch im rehabilitativen Rahmen die Hilfeleistungen anderer Personen (u. a. Pflegepersonal), die vom Arzt angeordnet werden und von ihm zu verantworten sind (§ 28 SGB V) (4). Das bedeutet natürlich, dass im Falle eines Fehlverhaltens der nichtärztlichen Mitarbeiter – z.B. Verteilung einer falschen Medikation – der ärztliche Dienst persönlich in der Verantwortung stehen kann. Insbesondere muss der Arzt, der sich fremder Hilfe bedient, gegen die bei der Arbeitsteilung auftretenden besonderen Gefahrenquellen – wie Qualifikationsmängel, Missverständnisse,

Informationslücken, Eigenmächtigkeiten – Vorsorgetreffen (4a). Hat er dies nicht getan, muss er auch das fehlerhafte Ergebnis verantworten. Das kann u.U. dazu führen, straf- und zivilrechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden. Dieses Faktum ist unabhängig davon, ob der ärztliche Dienst durch die Organisationsverantwortung administrativer Vorgesetzter zu solchen Delegationen gezwungen wurde. Die ärztliche Letztentscheidung kann fachlich nicht der organisatorischen Weisung unterworfen werden und Ärzte dürfen insofern keinen Anweisungen Folge leisten, die ein gesetzwidriges bzw. nicht gesetzeskonformes Verhalten fordern.

Gerade im Bereich der Rehabilitation Drogenabhängiger arbeiten viele Einrichtungen noch nach den Konzepten der früheren „Therapeutischen Gemeinschaft“, die nicht immer unter ärztlicher Letztverantwortung steht. In Bezug auf wachsende Einrichtungen, die sich konzeptuell auch inhaltlich weiter entwickeln in Richtung arbeitsmedizinischer Rehabilitation, kann diese Tradition nicht mehr fortgesetzt werden. Hier müssen sich auch die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe für Abhängige von illegalen Drogen den Usancen anpassen, wie sie in der suchtmmedizinischen Rehabilitation Alkoholkranker üblich sind. Das aber bedeutet, dass – unabhängig von der Tatsache, dass die Leitung meist mit einem Pädagogen oder Psychologen besetzt ist – die arbeitsmedizinische Rehabilitation immer unter ärztlicher Leitung und damit Letztverantwortung zu stehen hat, welche auch dafür verantwortlich ist, dass die oben genannten leistungsrechtlichen Trennungen eingehalten werden. Diese Betonung verunmöglicht nicht eine gleichberechtigte kooperierende Leitung (ärztliche und psychotherapeutische bzw. pädagogische).

Krisenmanagement und Bereitschaftsdienst

Medizinische Notfälle bedürfen unzweifelhaft der möglichst zeitnahen ärztlichen Interventionen. Gerade auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation können solche Situationen unvorhergesehen zu jeder Tageszeit auftreten. Insofern ist wenigstens ein ärztlicher Bereitschaftsdienst für die Versorgung derartiger Notfallsituationen vorzuhalten. Es gibt im Drogen-Rehabilitationsbereich jedoch auch Einrichtungen, welche in akuten Bedarfssituationen den KV-Notdienst (ärztlicher Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte) in Anspruch nehmen. Hier muss aber berücksichtigt werden, dass eine nicht unerhebliche Anzahl solcher Rehabilitationseinrichtungen dezentral angesiedelt ist und eine notwendige schnelle Erreichbarkeit bzw. Inanspruchnahme

durch zeitlich aufwendige Wegstrecken erschwert wird. Auch ein anderweitig vertraglich organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst muss spätestens in 20 Minuten vor Ort am Patienten sein können. Je nach Akuität der in einer Reha-Einrichtung behandelten Patienten bzw. der dementsprechend dort vorhandenen Krankheitsbilder kann es selbst in der medizinischen Rehabilitation notwendig sein, dass ein rufbereiter Arzt im Haus bzw. in unmittelbarer Nähe ist. Dabei spielt die Größe der Einrichtung keine Rolle – dies interessiert nur im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit einer solchen Maßnahme.

Auch aus jüngster Erfahrung kann berichtet werden, dass diesen Themen gegenüber im Bereich der Rehabilitation Drogenabhängiger Widerstände bzw. Missmanagement bestehen. Diese betreffen zum einen den Zugriff der ärztlichen Kompetenz in der Rehabilitation, andererseits auch das Thema der ärztlichen und pflegerischen Präsenz. Von Geschäftsführern oder Trägern dieser Einrichtungen wird mitunter darauf hingewiesen, aus den Tagessätzen der Institutionen medizinischer Rehabilitation für illegal Drogenabhängige seien derartige Präsenzen und Aufwendungen nicht bezahlbar.

Dies ist nicht nachvollziehbar, da häufig Einrichtungen zur Versorgung von illegal Drogenabhängigen höhere Tagessätze zuerkannt bekommen als Institutionen, die sich dem Versorgungsvertrag der Rehabilitation Alkohol- und/oder Medikamentenabhängiger verschrieben haben. Die Einrichtungen werden sich im Falle eines medizinisch begründeten Zwischenfalles auch juristischereits fragen lassen müssen, wie sie ihrer fachlichen Sorgfaltspflicht Genüge geleistet haben. Der Hinweis auf unzureichende Mittel jedenfalls kann angesichts der Tagessätze nicht stechen.

Auch in Bezug auf solche Krisen- oder Notfallsituationen gilt es zu beachten, dass diese im Rahmen und in Folge der primär in der Reha-Einrichtung behandelten Krankheitsbilder auftreten können, denen dann mit den „Bord-Mitteln“ begegnet werden muss; andererseits können aber auch akute Zwischenfälle (z.B. akute Bauchschmerzen, Migräneanfälle, etc.) auftreten, welche in den Zuständigkeitsbereich der kassenärztlichen Versorgung gehören.

Wird der kassenärztliche Notdienst in Person des diensthabenden Vertragsarztes für Leistungen in Anspruch genommen, die zum originären Rehabilitationsauftrag der Einrichtung selbst gehören, wird eine solche Einrichtung quasi doppelt bezahlt: Zum einen erhält sie für solche potentiell notwendig werdenden Leistungen im Rahmen ihres Auftrages eine Vergütung durch den Tagessatz,

zum anderen wird der Vertragsarzt seine Leistung abrechnen. Es ist unschwer zu erkennen, dass ein solches Vorgehen ausgeschlossen ist. Für die Rehabilitationseinrichtung steht sogar der Tatbestand des Abrechnungsbetruges gemäß § 263 StGB im Raum.

Ein Szenario

Ein von illegalen Drogen abhängiger Patient kommt nach abgeschlossenem Entzug vom Krankenhaus in eine Reha-Klinik. In der ersten Nacht klagt er über starke Kopf- und Muskelschmerzen, die für ihn eine bisher nicht gekannte Qualität und Intensität haben, weshalb er sich an das Bereitschaftspersonal wendet.

Wie wird in einer Reha-Einrichtung mit solch einer Problematik verfahren? Erfahrungsgemäß können die Vorgehensweisen sehr vielfältig sein:

Klinik A: Ein Mitarbeiter des Hauses verteilt aus dem Klinik-Medikamentenbestand ein freiverkäufliches Schmerzmittel.

Klinik B: Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Einrichtung wird angerufen und ordnet telefonisch eine entsprechende Medikation an.

Klinik C: Das Personal organisiert die Rückverlegung des Patienten in das Entzugskrankenhaus.

Klinik D: Ein Mitarbeiter fährt mit dem Patienten zur Apotheke, wo sich der Patient selber ein Schmerzmittel kauft.

Klinik E: Ein Mitarbeiter fährt mit dem Patienten zum KV-Notdienst, der eine entsprechende Medikation verschreibt.

Klinik F: Der Bereitschaftsarzt der Reha-Klinik kommt, macht sich kundig, diagnostiziert und ordnet z.B. eine entsprechende Medikation an.

Klinik G: Das Personal gibt dem Patienten entsprechend der vom Arzt benannten „Bedarfsmedikation“ ein Schmerzmittel aus dem klinik-internen Medikamentenvorrat.

Es ist unschwer zu vermuten, dass von den exemplarisch hier aufgeführten Vorgehensweisen ein Ökonom, ein Jurist und ein Mediziner unterschiedliche Lösungen als die aus ihrer Sicht günstigsten ansehen würden.

Die aus medizinischer Sicht notwendige Variante ist aber eindeutig die Vorgehensweise der Klinik F. Sieht das aber so auch der Träger oder Geschäftsführer einer solchen Einrichtung?

Die betriebswirtschaftliche Seite ist immer bestrebt, möglichst kostengünstig bzw. gewinnmaximierend zu ar-

beiten und die Patientenversorgung so sparsam wie möglich zu gestalten. Vom juristischen Standpunkt aus ist eine möglichst korrekte und nach anerkannten Standards durchgeführte Rehabilitation durchzuführen, was außerdem nachvollziehbar belegt werden muss.

Notwendigkeit adäquater Dokumentation

Verständlicherweise erwarten alle (Kosten-) Leistungsträger transparente Rechenschaft über Inhalte und Ziele von Behandlung und Rehabilitation. Je nach Blickwinkel, aus dem Rechenschaft zu welchem Zweck und in welchem Kontext erwartet wird, sind dabei die Vorstellungen und Kriterien für die zu erreichende Qualität nicht immer deckungsgleich. Gerade in diesem Spannungsfeld stellt eine adäquate Dokumentation als Instrument des Qualitätsmanagements eine wesentliche Voraussetzung dar zum Nachweis der Regelmäßigkeit des Behandlungsverlaufes (Prozessqualität) sowie zur Beurteilung des Behandlungs-, Pflege- und Reha-Erfolges (Ergebnisqualität). Es muss nämlich ersichtlich werden, gemäß welcher Indikationen mit welchen Mitteln, zu welchem Zweck und in welcher Intensität das Rehabilitationsziel angestrebt wird. Der therapeutische Prozess kann so abgebildet werden von der Symptomerfassung über die diagnostische Einordnung bis hin zum jeweiligen Grad der Erreichung des Rehabilitationsziels. Nur dadurch ist eine fortlaufende Anpassung der therapeutischen und pflegerischen Arbeit möglich (12). Dabei wird dem Qualitätsanspruch nicht durch die Aneinanderreihung von separaten Leistungen Genüge getan (2), vielmehr kommt der Integration und dem Zusammenwirken der einzelnen Maßnahmen des multiprofessionellen Teams hinsichtlich des Therapie- und Reha-Prozesses eine entscheidende Bedeutung zu.

Von der ärztlichen Letztverantwortung

Gerade im Bereich der illegalen Drogen sind Rehabilitationskliniken häufig kleine Einheiten, die aufgrund ihrer Entstehungsgeschichte, Behandlungsphilosophie und z.T. ökonomischen Situation nicht immer ärztlich geleitet werden, was auch für die meisten Pflegeheime gilt.

In unserem oben geschilderten Fall des Rehabilitanden mit Kopf- und Muskelschmerzen wird ein zentrales Problem deutlich: Eine zumindest subjektiv geklagte pathologische Symptomatik bedarf auch im Rahmen von Rehabilitationsleistungen einer verlässlichen fachlichen Überprüfung, Einordnung und gegebenenfalls therapeutischen Intervention mit dem Ziel der Symptom-(Beschwerden-)Reduzierung.

Bereits an dieser Stelle ist die ärztliche Sorgfaltspflicht gefragt! Allein zum Leistungsbild des Arztes gehört das Diagnostizieren und Rezeptieren. Hier sind der Delegierbarkeit auf pflegerisches, pädagogisches oder psychologisches Personal – geschweige denn Verwaltungspersonal – extrem enge Grenzen gesetzt. So schließt die Bundesärztekammer in einer übereinstimmenden Stellungnahme mit der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Schwesternverbände und der deutschen Krankenhausgesellschaft eine Delegation diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an Krankenpflegepersonen dann aus, wenn die Durchführung wegen ihrer technischen Schwierigkeit oder ihres hohen Risikos spezifische ärztliche Kenntnisse und Erfahrungen erfordert (17). Jedwede Medikation erfordert grundsätzlich eine vorausgehende Diagnose des verordnenden Arztes wegen der jeder medizinischen Maßnahme innewohnenden Gefahrgeneigntheit (9). Die persönliche Leistungserbringungspflicht des Arztes hat zum Ziel, den Patienten vor den Gefahren der Heilbehandlung (wie es sie auch im Rahmen des Re-

Impressum

Herausgeber: pmi Verlag AG · **Geschäftsführer und Chefredaktion:** Peter Hoffmann (V.i.S.d.P.) · **Redaktionskoordination:** Karin Hoffmann · **Verlagsanschrift:** pmi Verlag AG, Oberfeldstraße 29, 60439 Frankfurt am Main, Tel.: 0 69/54 80 00-0, Fax: 0 69/54 80 00-66, E-Mail: pmiverlag@t-online.de · **Bezugsbedingungen:** Recht in der Pflege erscheint 4 × jährlich (2008) und ist für Euro 60,00 incl. MwSt. zzgl. Versandkosten im Abonnement bei der pmi Verlag AG, Oberfeldstraße 29, 60439 Frankfurt, zu beziehen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 6 Wochen zum Jahresende mit eingeschriebenem Brief gekündigt wird. **Bankverbindung:** Volksbank Dreieich e. G. (BLZ 50592200) Konto-Nr. 8 501 319 · **Gerichtsstand:** Frankfurt/Main · **Anzeigenpreisliste:** Es gilt die Anzeigenpreisliste 1 vom 01.01.2008 · **Technische Gesamtherstellung:** paginamedia GmbH, Am Hinterrot 2, 69502 Hemsbach.

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2008 pmi Verlag AG · Printed in Germany

habilitationsprozesses gibt) zu schützen, weshalb sichergestellt sein muss, dass sich die objektive Gefährlichkeit der Heilbehandlung durch die Delegation der ärztlichen Leistung nicht erhöht (13/14). Jeder Ökonom bzw. Träger einer Rehabilitationseinrichtung muss sich darüber im Klaren sein, dass der Umfang der persönlichen ärztlichen Leistungserbringungspflicht im Sinne des § 613 S. 1 BGB durch eine sorgfältige Wertung im Einzelfall definiert wird. Wenn also Aufgaben an nichtärztliches Personal delegiert werden, bedarf es der eigenverantwortlichen Mitwirkung eines Arztes, um der Leistung des nichtärztlichen Personals sein persönliches Gepräge zu geben (14).

In unserem hier geschilderten Fall bedeutet dies, dass eine nichtärztliche Mitarbeiterin ohne ärztliche Intervention eben kein Medikament verordnen darf.

Eine ähnliche Symptomatik (z.B. Kopfschmerzen) bei einem schon länger im Rehabilitationsprozess befindlichen Patienten mag jedoch transparenter einschätzbar sein hinsichtlich seines Gefährdungspotentials. In solchen Fällen könnte durchaus eine ungefährlichere und ärztlich prophylaktisch klar schriftlich definierte Maßnahme auf nichtärztliches Personal übertragen werden; denn je geringer die Komplikationsdichte und die Gefährdungsnähe der zu delegierenden Maßnahme ist, desto übertragbarer ist diese (9).

Hier gilt es aber zu beachten, dass der delegierende Arzt sich zuvor von der subjektiven Fähigkeit der handelnden Mitarbeiter überzeugt hat. Eine solche Überprüfung der subjektiven Fähigkeiten richtet sich an der formellen und materiellen Qualifikation des Angewiesenen aus. Es gilt also zu beurteilen, inwieweit die delegationsempfangende Person (der pflegerische, pädagogische, sozialarbeiterische oder psychologische Mitarbeiter) ganz individuell befähigt ist zur Durchführung der Maßnahme.

Die Grenzen der „Bedarfsmedikation“

Beim Begriff der „Bedarfsmedikation“ handelt es sich um eine sehr unscharfe Definition, was de jure große Schwierigkeiten in sich birgt. In praxi wird darunter verstanden, dass der Arzt dem nichtärztlichen Personal aufgibt, ein bestimmtes Medikament bei Vorliegen bestimmter Symptome („Bedarf“) zu verabreichen oder eine Behandlungsmaßnahme vorzunehmen. Das Problem daran ist aber, dass diese Ordination nicht auf eine konkrete Situation des Patienten hin erfolgt. Damit wird eine potentiell eintretende Befindlichkeitsänderung des Patienten dem eigenen Entscheidungsspielraum des Pfl-

ge- bzw. nichtärztlichen Personals überlassen, wodurch der Mitarbeiter diagnostische und therapeutische Indikationsstellungen aufgebürdet bekäme, was nicht zulässig ist (1). Eine Gefahrenminimierung und geringeres Gefährdungspotential bestehen allerdings, wenn der Arzt vorher genau die Art des Medikaments und dessen Dosierung nebst konkreter Beschreibung der potentiellen pathologischen Symptomatik des Patienten bei Anordnung der Bedarfsmedikation schriftlich festlegt, so dass ein nichtärztlicher Mitarbeiter eine klare Grundlage und Entscheidungskompetenz über den Vergabezeitpunkt und damit über delegierte medikamentöse Behandlung erhält. Das bedeutet letztlich, dass die pflegende oder assistierende Person bei Umsetzung der „Bedarfsmedikation“ nicht eigenständig diagnostisch oder therapeutisch tätig werden muss (13). Insbesondere bei einer Patientenklintel Suchtkranker, deren Problem darin besteht, den Umgang mit dem Arzneimittelgesetz und mit dem Betäubungsmittelgesetz locker oder sogar gesetzeswidrig zu handhaben, sollte das nichtärztliche Personal bei jeder Medikamentenverabreichung eine einzelfall-bezogene Anweisung des Arztes einholen.

Erst recht wenn es um die Rehabilitation Suchtkranker geht, darf – wie im hier genannten Beispiel – nicht lediglich auf Wunsch/Druck des Patienten die Vergabe von schmerzlindernden Präparaten erfolgen, da z.B. auch Analgetika von Abhängigen als Substitut ihrer sonst konsumierten Noxen erstrebt und benutzt werden (11).

Diese Zusammenhänge machen deutlich, dass es nicht zulässig ist, Bedarfmedikationen für sogenannte „Routinefälle“ festzulegen. Streng genommen kann eine „Bedarfsmedikation“ lediglich Empfehlungshinweise für diensthabende Ärztinnen oder Ärzte geben. Selbst wenn bei konkret definiertem Bedarfsfall die Medikation von nichtärztlichem Personal an den Patienten gegeben wird, liegt die Verantwortung hierfür komplett beim anordnenden Arzt.

Auch bei einer „telefonischen Verordnung“ von Medikamenten durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst, die dann von dem nichtärztlichen Personal ausgeführt wird, trägt der Arzt voll-umfänglich die Verantwortung und er selbst auch das Risiko, wenn er z.B. nicht vollständig oder falsch über den Zustand des Patienten und dessen bisherige Medikation informiert wurde. Das pflegerische, pädagogische oder psychologische Personal behält dabei stets die Option, wegen z.B. des eigenen Grades der Befähigung oder Nichtbefähigung die Ausführung einer telefonischen ärztlichen Anordnung auch zu verweigern.

Die hier aufgezeigte Problematik verschärft sich umso mehr, wenn eine Reha-Einrichtung aus Sparzwängen nachts beispielsweise nicht-examiniertes oder fachfremdes Personal für eine notwendige Versorgung der Rehabilitanden einsetzt.

Schlussfolgerungen

- Der finanzielle Druck im Gesundheitssystem ist offensichtlich in vielen Bereichen (inklusive der medizinischen Rehabilitation) sehr hoch und zeigt Auswirkungen in unterschiedlichen Schattierungen bei allen Beteiligten. Qualitätsstandards und Leitlinien für die Behandlung und Rehabilitation müssen primär von den originär zuständigen Fach- und Landesorganisationen wissenschaftlich fundiert formuliert und aufgestellt werden, da sie für alle am Behandlungs- oder Reha-Prozess Beteiligten Handlungskorridore beschreiben, die der normativen Sorgfaltspflicht genüge leisten und insbesondere Gefahren für die Patienten/Rehabilitanden minimieren bzw. eine Gesundheitsverschlechterung oder Nichtbesserung abwenden sollen (11).
- In diesem Kontext muss eine ärztlich verantwortete Führung von Behandlung und Rehabilitation gewährleistet und ersichtlich sein. Die Bedeutung der Kooperation und Beziehungsqualität zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal gerade auch in einer Reha-Einrichtung sollte nicht unterschätzt werden hinsichtlich deren Gesamteffizienz.
- Leitlinien im Rahmen der Qualitätssicherung, wie sie die Sozialleistungsträger seit einigen Jahren sicherlich auch zurecht gefordert und formuliert haben, dürfen nicht zugunsten fahrlässiger Einsparungen instrumentalisiert werden. Es ist – so Clade schon 1999 (5) – ein offenes Geheimnis, dass Politik und Sozialleistungsträger alles daran setzen, auch über die Qualitätssicherung und die damit verbundenen Sanktionsmechanismen Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu stärken und diese als Kostendämpfungsinstrument einzusetzen. Leitlinien sind aber nicht nur ausschließlich ein System von fachlich begründeten Eigengesetzlichkeiten und Handlungsempfehlungen, sie haben vielmehr auch stets einen normativen und wertenden Charakter, ohne den Anspruch erheben zu können, jedem individuellen Fall fachlich gerecht zu werden. Verantwortliche und ethisch anspruchsvolle Therapie basiert auf dem Konsens mit aktuellen fachlichen Leitlinien, beachtet aber immer unter Würdigung der individuellen Situation und Bedürfnisse des Patienten/Rehabilitanden sowie seines Zustandbildes die er-

forderliche Sorgfalt und das auf Gefahrenabwehr und Beschwerdenminimierung ausgerichtete Behandlungs-/Rehabilitationsziel.

- Eine Laissezfaire-Haltung seitens der Einrichtungsverantwortlichen oder -träger in Bezug auf „lockere“ Bedarfsmedikations-Regelungen oder eine unzureichende Bereitschaftsärztliche Organisation stellen ein massives Organisationsverschulden dar, die im Schadensfall den beteiligten Ärzten wegen deren Mitwissens um solche Missstände ein erhebliches Maß an Schuld belassen. Wegen der medizinischen Letztverantwortung der Ärzte müssen diese Sorge tragen, dass gesetzeswidrige Anordnungen überwunden werden.
- Die Qualitätskontrollen müssen vermehrt bei den strukturellen Standards ansetzen.

Es ist legitim, in Zeiten finanzieller Ressourcen-Knappheit eine effiziente und sparsame Leistungserbringung einzufordern und Leistungen auf das Notwendige zu beschränken. Behandlung, Rehabilitation und Pflege brauchen aber zur Erreichung eines nachhaltigen Interventionseffektes eine ausreichend gute Struktur der personellen und sachlichen Ausstattung.

Ganz gleich ob in öffentlich-rechtlicher, privater oder caritativer Trägerschaft: sachliche und personelle Ressourcen dürfen einen Mindeststandard nicht unterschreiten (Qualifikation des Personals, Regelung der ärztlichen Verantwortlichkeit und des Bereitschaftsdienstes, der Notfall-Versorgung sowie des Umgangs mit Arzneimitteln). Gerade vor dem Hintergrund des ökonomischen Drucks auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens und der umfangreichen Anforderungen an das ärztliche Aufgabengebiet bedarf es in dem hier aufgezeigten haftungsträchtigen Gefahrenbereich einer klaren Festlegung des Umfangs und der Inhalte ärztlicher und nichtärztlicher Tätigkeitsbereiche zur Erlangung von Rechtssicherheit.

Literaturverzeichnis

1. Barth, L.: Der „Ärztliche Kernbereich“ im Rahmen einer angeordneten „Bedarfsmedikation“ – Grund und Grenzen der Bedarfsmedikation beim Alterspatienten. IQB-Kurzbeitrag 2005; S. 3–7
2. Beutel, M.; Brünger, M. et al.: Qualitätssicherung in der stationären Suchtbehandlung. Positionspapier des Fachverbandes Sucht e.V., Bonn / Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Kassel; Bonn: FV Sucht / Kassel: B. U. S. S., Januar 1995; auch abgedruckt in Sucht, Nr. 41, 1995, S. 141–149

3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rehabilitation Behinderter. Schädigung – Diagnostik – Therapie – Nachsorge; Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation, 3. Aufl.; Dt. Ärzte-Verlag, Köln (2005)
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Schriftenreihe Heft 9, Hassmüller KG Graphische Betriebe, Frankfurt am Main, Ausgabe 2033, S. 57–58, 64–66, 86
5. Clade, H.: Gesundheitsreform: Krankenhäuser befürchten Kassenstaat, Dt. Ärztebl. 1999/28, S. 1875
6. Deutsche Rentenversicherung Bund: KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Druckerei Buck, Berlin. 5. Aufl. (2007)
7. Frowein, M.: Unsicherheit über die Rechtslage bei der Durchführung von Injektionen. Pflegezeitschrift 10/95, S. 624–626
8. Großkopf, V.: Der arztfreie Bereich in der Krankenpflege, Gutachten, erstellt im Auftrage der Bundesvereinigung Leitender Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie.
9. Großkopf, V.: Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten; in: KlinikManagement Aktuell, 09/2003, S. 42 ff.
10. Hallauer, J.; Bienstein, Ch.; Lehr, U.; Röntsch, H.: SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Vincentz Network Marketing Service, Wiesbaden, 09/2005, ISBN 3-87870-138-1
11. Leßmann, J. J.: Drogen-Substitution: Behandlung versus Körperverletzung. Sucht 6/1994; S. 435–440
12. Leßmann, J. J.: Qualität der Dokumentation von Diagnostik und Behandlung. In: Lessmann, J. J.; Schuhmann-Wessolek, H.; Spöhring, W. (Hrsg.): Qualitätssteigerung in der Behandlung Suchtkranker – Entwicklung eines Zweiges der Psychiatrie. Lambertus-Verlag, Freiburg, 1997, S. 126–129
13. Pantel, J.; Bockenheimer-Lucius, G.; Ebsen, I.: Abschlussbericht „Psychopharmaka im Altenpflegeheim“, 2005, S. 253–260; unter <http://www.bhaf-bank-stiftung.de/abschlussbericht.pdf>
14. Peikert, P.: Persönliche Leistungserbringungspflicht. MedR 8/2000, S. 352, 353, 355
15. Welz-Barth, A.; Fügen, I.: Dementia patients in nursing homes. European Journal off Gereiatrics, Vol. 9 (2007), Supplementum, S. 23–28
16. Ulsenheimer, K.: Arztstrafrecht in der Praxis, 3. Auflage, Rn. 180
17. Vgl. Opderbecke/Weissauer, in: Anästhesiologie und Intensivmedizin 1980, 287ff

Korrespondenzanschrift:

*Dr. med. Josef J. Leßmann
LWL-Klinik Warstein
Franz-Hegemann-Straße 23
59581 Warstein
josef.lessmann@wkp-lwl.org*

DGHS informiert

Selbstbestimmung ist nicht teilbar! Neuer Gesetzentwurf zu Patientenverfügungen

Volker Leisten – Medizinjournalist und regionaler Ansprechpartner der DGHS

Es geht um Ängste. Um Angst vor Schmerzen, um Angst vor den Missständen im Pflege – und Sterbealltag, um Angst vor einem unwürdigen Lebensende. Im Wissen um all diese Risiken sowie vor dem Hintergrund einer fehlenden, seit Jahrzehnten angemahnten gesetzlichen Regelung zu Sterbebegleitung und Sterbehilfe, ist die Patientenverfügung für den mündigen Bürger bzw. Patienten oft die einzige Möglichkeit, seine Autonomie d.h. sein Selbstbestimmungsrecht eigenverantwortlich zum Ausdruck zu bringen und durchzusetzen. Die DGHS hat das Hinauszögern und Blockieren von gesetzlichen Regelungen seit Jahren öffentlich angepran-

gert. Es gibt Petitionen, Appelle und Mahnungen, nicht zuletzt aber auch konstruktive Vorschläge an alle möglichen offiziellen Stellen, an die Parlamentarier von Bund und Ländern, an Ausschüsse und Kommissionen wie Ethikrat oder die zentrale Ethikkommission.

Es wurde und wird immer noch viel geredet, aber nichts passiert. Dabei kann die Politik schnell reagieren, wenn sie denn nur will. Beispiel ist die schnelle gesetzliche Regelung in der Familienpolitik. KiTa, Elterngeld, Erziehungsgeld, Kindergeld sind nur einige Stichworte. Auch in der aktuellen Finanzkrise z.B. haben Kanzlerin und