

Die rechtliche Stellung der Pflegekraft im Rahmen des Wundmanagements

Einleitung

Trotz einer Vielzahl von hochwirksamen Produkten und Behandlungsmöglichkeiten leiden in der Bundesrepublik Deutschland ca. 3-4 Millionen Menschen an Wunden mit schlechter oder fehlender Heilungstendenz. Viele dieser Patienten haben einen jahrelangen Leidensweg mit den unterschiedlichsten Therapieversuchen hinter sich. Neben der sozialen Dramatik in jedem Einzelfall ist die Versorgung von Problemwunden mit einem enormen Pflege- und Kostenaufwand verbunden. Der Pflegebedarf von Wundpatienten entsteht aus den wund- und therapiebedingten Einschränkungen auf das Alltagsleben der Betroffenen. Mit jeder chronischen Wunde sind Einschränkungen der Selbstständigkeit und des sozialen Lebens der Patienten verbunden. Die Förderung und Erhaltung des „Selbstmanagements“ der Betroffenen wird als eine originäre Aufgaben der Pflege verstanden. Der kompetenten Wahrnehmung der pflegerischen Aufgaben in der Wundversorgung hat sich in der Vergangenheit das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) angenommen. Auf der 6. Konsensus-Konferenz am 10. Oktober 2007 in Osnabrück wurden pflegerische Interventionen aus dem Bereich des modernen Wundmanagements vorgestellt und diskutiert. Ausdrücklich haben sich die 15 Mitglieder des Expertengremiums unter Leitung von Prof. Dr. Eva-Maria Panfil darauf beschränkt, den pflegerischen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden darzustellen. Zur Vermeidung einer inhaltlichen Überfrachtung wurden die interdisziplinären Aspekte der Wundversorgung in dem Expertenstandard weitgehend vermieden. Die Wechselwirkungen zwischen der jeweiligen Grunderkrankung und dem Wundheilungsverlauf sind, so Prof. Dr. Panfil, nicht Gegenstand des Expertenstandards. Den zahlreichen Wortmeldungen aus dem Publikum war jedoch zu entnehmen, dass das interdisziplinäre Zusammenwirken in der Wundversorgung nicht immer optimal verläuft. Insbesondere wurden Fragen nach der Reichweite des Haftungsrechts gestellt, denen im folgenden nachgegangen werden soll.

Prinzipien der interdisziplinären Zusammenarbeit

Wegen dem erhöhten Gefährdungspotenzial für den Patienten und der auf dieser Basis vorzunehmenden Risikoeinschätzung des Heilungsverlaufes ist die Wundbehandlung dem Bereich der Behandlungspflege zuzurechnen, so dass Diagnose und die darauf beruhende Auswahl der Wundtherapiemaßnahme dem ärztlichen Anordnungsgebot zuzurechnen ist. Die Behandlung chronischer Wunden vollzieht sich regelmäßig in einem langwierigen Prozess der vertikalen Arbeitsteilung zwischen Arzt und Pflegekraft, wobei Wundbehandlungsmaßnahmen in der Regel, besonders im ambulanten und stationären Altenpflegebereich von entsprechend geschultem Pflegepersonal erbracht werden.

Bezogen auf die Haftungssphären der beiden Berufsgruppen bedeutet dies, dass der Arzt für die ordnungsgemäße Feststellung der jeweiligen Wundversorgungstherapie sowie die ordnungsgemäße Delegation der Maßnahme an qualifiziertes Pflegepersonal die Verantwortung zu übernehmen hat. Die angewiesene Pflegekraft haftet hingegen für die sach- und fachgerechte Durchführung der übertragenen Aufgabe. Die Maßstabplatte des anzulegenden Sorgfaltsmaßstabes richtet sich dabei nach den individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen des Handelnden. Der ausgebildete Wundmanager oder Wundexperte wird an seinem Zertifizierungsstandard gemessen, während sich die Eigenhaftung von Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Altenpflegern an dem Profil der jeweiligen Ausbildungsordnung und der individuellen Fachkenntnisse orientiert.

Ursachen und Probleme des Praxisalltags

In einer nach Aufgabenbereichen geteilten medizinischen Behandlungssituation ist die Abstimmung und Koordinierung des ärztlichen Therapiekonzeptes eine zentrale Qualitätsanforderung. Zu verlangen ist daher, dass jede Phase der Wundheilung zwischen dem Arzt und der Pflegekraft mit dem Gesamtkonzept abgeglichen wird. In vielen Fällen belegt der Praxisalltag jedoch, dass diese dringliche interdisziplinäre Kommunikation mitunter Defizite aufweist und von unterschiedlichen Auffassungen bei der Anwendungsauswahl der geeigneten Wundversorgungsmaßnahme geprägt ist. Die Gründe dieser Uneinigigkeiten sind unterschiedlicher Natur.

Zwar ist das moderne Wundmanagement als Instrument der Verbesserung der Pflegepraxis verstärkt in das Bewusstsein der therapeutischen Teams gerückt, aber es besteht noch immer die Möglichkeit, dass die Versorgung einer Wunde als sekundäre Komplikation einer Begleiterkrankung (Diabetes, pAVK, Varizen, etc.), gegenüber der Primärrehabilitation einen nachgeordneten Stellenwert einnimmt. Noch immer können Wissensdefizite in der optimalen Wundversorgung auf beiden Seiten der am Behandlungsgeschehen beteiligten Professionen hierfür ursächlich sein. Hinzu kommen jene Meinungen in der Ärzteschaft, die den Professionalitätsbestrebungen der Pflege kritisch begegnen, aus denen wiederum eine resignative Haltung der Pflege resultieren kann. Eine der Ursachen für die Probleme einer sachadäquaten Wundbehandlung ist u. a. die eingeschränkte Handlungsautonomie der Pflegekräfte gegenüber der Ärzteschaft im weisungsgebundenen Aufgabenbereich „Wundversorgung“.

Das Ausbildungsgesetz der Gesundheits- und Krankenpfleger hebt zwar in § 3 KrPflG die Eigenständigkeit der Pflege in Abgrenzung zum ärztlichen Anordnungsgebot hervor, eine eindeutige, unmissverständliche Regelung ist indes leider nicht geschaffen worden. Bei der Auslegung und Interpretation der eigenständig wahrzunehmenden pflegerischen Handlungskreise verbleibt ein großer Freiraum. Das Gesetz belegt jedoch, dass eine verstärkte Eigenständigkeit der Pflege im Gesundheitswesen intendiert ist.

Ein weiterer Problempunkt im Bereich des Wundmanagements ist, dass es nur wenige evidenzbasierte Wundbehandlungsszenarien gibt. Eine solche Standardisierung ist schwer festzulegen, da jede Wundbehandlung grundsätzlich individualisiert auf die zu behandelnde Wunde und die Begleiterkrankungen des Patienten anzupassen ist. Insoweit kann es aus medizinischer Sicht durchaus erforderlich sein, dass bei einer bestimmten Wunde die trockene Wundversorgung der feuchten Wundbehandlung vorzuziehen ist. Ein Beispiel für die unterschiedliche Bewertung von Wundbehandlungsmethoden folgt aus einer Entscheidung des OLG Hamm (AZ: 3 U 200/01, RDG 5/2004, Karteikarte) in welchem die Wundreinigung mit Wasserstoffperoxyd grundsätzlich als behandlungsadäquat bewertet und nur in dem, der Entscheidung zugrunde liegenden Lebenssachverhalt als fehlerhaft eingestuft wurde. In einem Negativkatalog von Prof. Dr. Günter Hünefeld aus Gelsenkirchen wird die Anwendung von Wasserstoffperoxyd hingegen als ungeeignet bewertet (RDG 5/2004, S. 85). Aufgrund der Individualität der zu behandelnden Wunden wird nach der Meinung verschiedener Experten die Herausarbeitung eines positiven Behandlungsstandards jedoch schwierig sein. Insoweit wäre es wünschenswert, wenn zumindest eine evidenzbasierte Negativliste erstellt werden würde, aus welcher für alle am Wundprozess beteiligten Protagonisten eindeutig hervorgeht, welche Behandlung nicht mehr dem Stand der Wissenschaft und Forschung entspricht und nicht mehr zur Anwendung gebracht werden darf.

Es wird deutlich, dass es für die handelnde Pflegekraft problematisch ist, einer Anordnung des Arztes im Rahmen der Wundbehandlung zu widersprechen, wenn sie der Auffassung ist, dass die angeordnete Wundbehandlung fehlerhaft sei. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass für jeden Angewiesenen die Verpflichtung besteht die Durchführung einer Maßnahme zu verweigern, wenn diese objektiv fehlerhaft ist und die Fehlerhaftigkeit aufgrund des Ausbildungs- und Wissensstandards für den Handelnden hätte erkennbar sein können.

Eskalationsszenarien

Sofern die delegierte Versorgungsmaßnahme von der Pflegekraft als fehlerhaft eingeschätzt wird, sollte sie aus dem Gesichtspunkt des Patientenschutzes, aber auch im eigenen Interesse den Arzt an ihren Bedenken teilhaben lassen. Lässt sich das Problem auf der Ebene zwischen Arzt und Pflegekraft keiner Lösung zuführen, ist eine Eskalation notwendig. An dieser Stelle ist zwischen den Situationen im Krankenhaus auf der einen Seite und der ambulanten Versorgung und dem Alten- und Pflegeheim auf der anderen Seite zu unterscheiden. Im Krankenhaus lässt sich eine Eskalation über die dort etablierten Hierarchieebenen – Pflegekraft – Stationsleitung – Pflegedienstleitung – vornehmen. Häufig lässt sich auf der Ebene Pflegedienst- und ärztlicher Leitung der Streitgegenständliche Sachverhalt einer Lösung zuführen. Anders sieht die Situation in den Bereichen fehlender ärztlicher Dichte aus. Der ambulante Pflegebereich sowie die Versorgung in den Alten- und

Pflegeheimen basiert im Bereich der Behandlungspflege auf der ärztlichen Anordnung. Ist eine Therapieanordnung umstritten, tritt für die handelnde Pflegekraft dann ein Problem auf, wenn der Arzt trotz pflegeseitiger Intervention an der Anordnung festhält. In einem solchen Fall kann neben der Information des Patienten oder dessen gesetzlicher Vertreter nur die einrichtungsübergreifende Eskalation in Betracht kommen. Die betroffene Pflegekraft sollte allerdings, bevor sie den Eskalationsschritt über Dritte wagt, ihre Vorgehensweise innerhalb der eigenen Einrichtung abklären, um nachteilige arbeitsrechtliche Konsequenzen wegen der „Flucht in die Öffentlichkeit“ im Vorfeld zu vermeiden. Zur Konfliktlösung zwischen Arzt und Pflegekraft kommen Ansprechpartner bei den gesetzlichen Krankenversicherungen, Medizinischen Dienstes oder den Ärztekammern in Betracht. Die Eskalation sollte jedoch nur als letztes zur Verfügung stehendes Mittel gewählt werden. Die Bestrebungen aller Parteien sollten vielmehr auf ein gemeinsames Gespräch ausgerichtet sein, in dem unter Hinzuziehung der Wunddokumentation und mit Beteiligung des Patienten ein neues Behandlungskonzept entwickelt wird.

Fazit

Die demografische Veränderung der Gesellschaft, Personalnotstände in der ambulanten und stationären Versorgung, unzureichende Behandlungsvergütung, Zunahme der Diabetes- und Gefäßerkrankungen, sowie die lebenserhaltende Gerätemedizin sind einige der Gründe die eine Zunahme der Fallzahlen im Bereich der Versorgung von schweren und schwersten Wunden befürchten lassen. Für diese Herausforderung wird ein Gesundheitssystem benötigt, dass aufeinander abgestimmte Versorgungskonzepte anbietet. Insoweit sind die Arbeiten des DNQP sehr zu begrüßen. Daneben sollten aber auch Strukturen geschaffen werden, die allen Beteiligten in der Wundversorgung ein rechtssicheres Handeln ermöglichen.

Am 27. November 2007 findet in Köln ein Interdisziplinärer WundCongress statt, auf dem die unterschiedlichen Aspekte in der modernen Wundversorgung aus pflegerischer, ärztlicher, pharmakologischer, versicherungs- und haftungsrechtlicher Perspektive beleuchtet werden. Informationen und Anmeldung im Internet über www.pwg-seminare.de