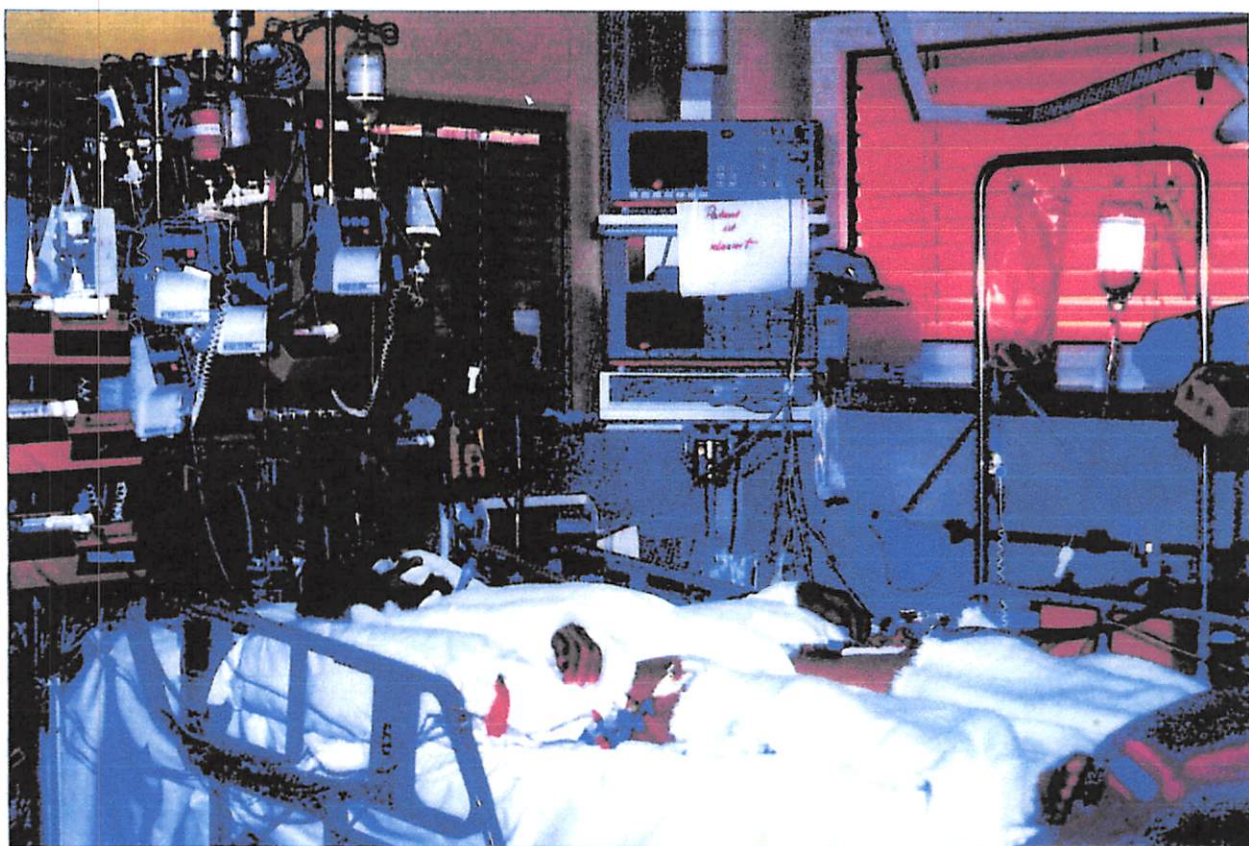


Zeitschrift für die Mitglieder der
Deutschen Gesellschaft für
Fachkrankenpflege e.V.
4/1996 November

DGF mitteilungen



**Die besondere Situation des
Patienten auf der Intensivstation**

Pflegestandards als ein wesentliches Instrument zur Qualitätserhöhung und rechtlichen Absicherung

von Christian Henning, Dozent, Rechtsanwalt für Medizinrecht und
Maren Töpfer, Autorin, Dozentin und Fachkrankenschwester für Pädiatrie und Intensivmedizin

1. Einführung

Aufgrund der dramatischen Ausgabenentwicklung im Krankenwesen sah sich der Gesetzgeber gezwungen, die Gesundheitsstrukturreformgesetze auf den Weg zu bringen.

Dieses Gesetzespaket verlangt nun von Ärzten und Pflegepersonal, daß unter einer strengen Kürzung der Finanzmittel die Krankenhäuser verpflichtet sind, auf einem deutlich höheren Qualitätsniveau zu arbeiten (insbesondere durch die Einführung von Standards).

Daß diese, zugegebenermaßen durchaus erstrebenswerten Ziele, nicht gleichfalls vereinbar sind, bedarf keiner weiteren Diskussion. Der Gesetzgeber versucht durch diese »Rosskur« das gesamte Gesundheitswesen völlig neu zu organisieren. Er vergisst hierbei aber allem Anschein nach, daß das ärztliche wie auch das pflegerische Personal gerade nicht ausschließlich seine Tätigkeit nach Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten auszulegen hat, sondern in erster Linie dem Menschen mit allen in seiner Macht stehenden Mitteln zu helfen.

Wie dieses Spannungsverhältnis sinnvoll in den Griff zu bekommen ist, ist derzeit das eigentliche Problem.

Unter diesem Druck der Kostendämpfung um jeden Preis, wird von den Krankenhäusern die Einführung von Qualitätssicherungskonzepten gefordert.

2. Rechtliche Aspekte

a. Gesetzliche Grundlage und Standpunkt der Rechtsprechung

Durch diese gesetzlichen Vorgaben sind Krankenhäuser zur Einführung von Pflegestandards und Verbesserung der Dokumentationssysteme verpflichtet worden. Hierbei wird jedoch eins völlig übersehen:

Kaum einem ist bekannt, welche Kriterien die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes an die Dokumentation schon seit etlichen Jahren stellt, damit das pflegerische und ärztliche Personal nicht selbst auf Schmerzensgeld in einem Schadenersatzfalle haftet.

b. Historischer Rückblick

Anfang der 70iger Jahre sah die Rechtsprechung in der Dokumentation eher eine Gedächtnisstütze für Kollegen und Kolleginnen, um diese über den Verlauf der Therapie und Pflege unterrichten zu können.

Beweiskraft kam diesen Unterlagen kaum zu. Dies hat sich in den Folgejahren geändert. Seit Ende der 70iger Jahre ist durch den Bundesgerichtshof anerkannt (BGH NJW 78, 2237), daß es zu den wesentlichen Pflichten eines Arztes und des Pflegepersonals gehört, alle patientenorientierten diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen schriftlich festzuhalten. Die Dokumentation hat sich auf alle für die Behandlung erheblichen Fakten zu erstrecken (BGH NJW 84, 1403).

Den meisten ist überhaupt gar nicht bewußt, welche Konsequenzen mit einer mangelhaften Dokumentation verbunden sind. Im Bereich des Medizinrechts gibt

es nämlich eine rechtliche Besonderheit, die der Jurist Beweislastumkehrung und Umkehr nennt.

c. Beweislastumkehr

Der Patient, der dem Krankenhaus versucht einen Behandlungs- oder Pflegefehler nachzuweisen, befindet sich regelmäßig in Beweisnot, da er den genauen Hergang der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit kaum nachvollziehen kann. Im hektischen Klinikalltag kann sich kaum jemand daran erinnern, wann er bei welchem Patienten nun genau welche Behandlung durchgeführt hat, geschweige denn, mit welchem detaillierten Befund. Dies sind aber die Ansatzpunkte, ohne die die Geltendmachung eines Schadenersatzanspruches unmöglich ist.

Um hier wieder eine »Waffengleichheit« zwischen Krankenhaus und Arzt herzustellen, hat die Rechtsprechung Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr im Bereich des Krankenhauses entwickelt. Aus diesem Grund verlangt der Bundesgerichtshof von dem Krankenhauspersonal eine detaillierte und umfassende Dokumentation, damit der Patient an Hand dieser Unterlagen einen Fehler nachweisen kann.

Unterbleibt nun die Dokumentation oder ist sie unvollständig, so kommen dem Patienten Beweiserleichterungen zugute. Das Fehlen eines Vermerkes über eine Behandlungsmaßnahme wird dann als Indiz dafür gesehen, daß die Maßnahme unterlassen wurde. Gleichfalls kann dann auch noch unterstellt werden, daß

dieser Dokumentationsmangel auch tatsächlich die Ursache für die Komplikation war (BGH MedR 89,195).

In diesem Falle muss also nicht mehr der Patient den Behandlungs- oder Pflegefehler beweisen, sondern das Krankenhaus muss versuchen, diese Vermutung aus der Welt zu bekommen.

Da fast immer Mängel in der Dokumentation vorhanden sind, beginnt der Jurist die Prüfung eines möglichen Haftungsfalles immer mit dem genauen Studium der Dokumentation. Er sucht quasi akribisch nach Dokumentationsmängeln, um so auf einfache Art und Weise in der Beweislastumkehr Gebrauch zu machen.

Daher ist es außerordentlich wichtig, daß möglichst genau dokumentiert wird, um diese Gefahr zu vermeiden. Der Haftungsgedanke ist daher der eigentliche Grund für die Dokumentationspflicht, die Gesundheitsstrukturgesetze haben nur den Anstoß gegeben, sich mit dieser Problematik auseinander zu setzen.

3. Vorteile durch den Einsatz von Pflegestandards

Durch die Einführung von Pflegestandards erreicht man nun, daß man eine erhebliche Zeitersparnis hat, da nur noch Standardnummern zu dokumentieren sind. Sofern Standards auf den Stationen eingeführt sind, brauchen neben der Standardnummer nur noch die Abweichungen vom Standard vermerkt zu werden. Außerdem steht jungen Kolleginnen und Kollegen dann auch Ausbildungs- und Lehrmaterial zur Verfügung.

Durch die Pflegestandards erreicht man nicht nur, daß die Dokumentationsarbeit erleichtert wird, sondern auch, daß später noch nachvollzogen werden kann, wie die einzelne Maßnahme genau durchgeführt wurde. Hierdurch erreicht man auch eine noch weitergehende juristische Absicherung.

4. Niveau der Standards

In der genauen Schilderung des Handlungsablaufes eines Pflegestandards liegt

aber auch eine große Gefahr, der man sich bewußt sein muss.

Immer wieder hören wir von Arbeitsgruppen, die sich mit der Erarbeitung von Pflegestandards befassen, daß sie sich sehr ehrgeizige Ziele in den Standards setzen. Gleichfalls aber genau wissen, daß sie dieses Leistungsniveau gar nicht umsetzen bzw. erfüllen können. Vor einem so falsch verstandenen Ehrgeiz muss dringend gewarnt werden. Nur das Leistungsniveau, das jederzeit auf den Stationen auch gewährleistet werden kann, darf der Standard als Leistungsbild charakterisieren. Sofern Vorgaben in dem Standard gemacht werden, die dann doch niemand einhalten kann, so haftet die Klinik und das Personal schon durch die Nichteinhaltung derselbst aufgestellten Richtlinien. Schon durch ein solches Verhalten werden Behandlungsfehler gemacht. Vorsicht!

Der Pflegestandard setzt das garantierte Mindestmaß an Qualität (vgl. hierzu Töpfer, Pflegestandards für die Pädiatrie und Intensivmedizin 5.9f).

Anderenfalls muss genau dargelegt werden, welche Maßnahmen genau nicht gemacht wurden und warum vom Standard abgewichen werden mußte.

5. Zukünftige Entwicklung

Mit dem Fortschreiten der Wissenschaft steigt auch die ärztliche und pflegerische Sorgfalt stetig an.

Je größer der medizinische Fortschritt, um so vielfältiger sind auch die ärztlichen Möglichkeiten, um so höher ist auch das Behandlungs- und Pflegestandardniveau. Mithin auch der Sorgfaltsmaßstab, den jedes Krankenhaus vorzuweisen hat. Wie dies unter der stetigen Kürzung der Finanzmittel zu realisieren ist, läßt der Gesetzgeber offen.

Letztlich kann es dem Gesetzgeber aber auch gleichgültig sein, da es bisher von Seiten der Krankenhäuser nicht zu einer solchen Gegenwehr gekommen ist, die dem Gesetzgeber Anlaß geben, den eingeschlagenen Weg der Kürzungen zu überdenken. Sofern die Krankenhäuser,

die Ärzte und das Pflegepersonal nicht abschließend die Verantwortung ablehnen, sondern sich vielmehr der Kostendeckelung fügen, bringen sie damit stillschweigend zum Ausdruck, daß sie trotz aller Kostensparmaßnahmen noch in der Lage sind, den Versorgungsauftrag entsprechend dem Stand der Wissenschaft und Technik zu gewährleisten.

Das erschreckende an diesen Kostensparmaßnahmen ist, daß schon jetzt nach den Reformgesetzen viele Behandlungsmaßnahmen nicht als notwendig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes eingestuft werden, mithin also auch nicht erstattungsfähig sind, gleichzeitig aber medizinisch erforderlich und haftungsrechtlich zwingend geboten sind.

Dieses Haftungsrisiko hat dazu geführt, daß das Krankenhauspersonal quasi aus Selbstschutzgründen den Weg des geringsten Risikos gehen muss. Das heißt, daß diagnostische und therapeutische Maßnahmen unter Vermeidung risikanter Eingriffe, ausgedehnt werden.

Unter diesem Gesichtspunkt wird klar, daß sich das Personal gerade durch gute Pflegestandards und ein ausgefeiltes zeitsparendes Dokumentationssystem absichern muss, da die Risiken durch die Einsparmaßnahmen des Gesetzgebers immer größer werden.

Christian Henning

Maren Töpfer

Für Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung: Samerstraße 11, D 24118 Kiel