

Gesunder Menschenverstand und eine Portion Pragmatismus!

v. RA(in) Tomke Claußen (18.06.2010)

Angesichts der anstehenden Neuorganisation der Pflegeberufe und Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus, herrscht gegenwärtig offensichtlich einige Unsicherheit nicht nur darüber, ob die Delegation ärztlicher Aufgaben schriftlich fixiert werden müssen, sondern bereits darüber, **ob nicht bereits diese Anordnung schriftlich festgehalten werden muss.**

Jedenfalls haben einige meiner Kollegen¹ diese Problemstellung bereits zum Anlass genommen, auf epischer Breite über dieses Thema zu philosophieren und letztlich einen Grabenkampf um die rechtsdogmatisch besseren Argumente zu liefern, der vermutlich in der praktischen Tätigkeit für niemanden einen Sieg einbringt.

In meinem Berufsleben bin ich vermutlich eher ein **Pragmatiker**.

Wikipedia schreibt dazu: Die Orientierung auf das Nützliche, eine zielorientierte, *pragmatische*, Strategie und Handlungsweise. Noch besser finde ich aber folgende Definition: In der Problemtheorie eine Lösung, die funktioniert, ohne dass Fachwissen einbezogen wird ("**gesunder Menschenverstand**"). Allerdings kann letztere Beschreibung gehässigen Zeitgenossen auch Munition an die Hand geben, dass mir das nötige Fachwissen fehlt. Aber auch damit kann ich im Zweifelsfall umgehen. Dieser Artikel versteht sich nämlich gar nicht als rein wissenschaftliche Diskussion, sondern eher als Denkanstoß und Appell an den gesunden Menschenverstand.

Einigkeit dürfte unter allen Beteiligten darin bestehen, dass spätestens die wirtschaftlichen Zwänge es erfordern, dass ärztliche Aufgaben an Pflegepersonal delegiert werden (müssen). Als Gründe hierfür würden mir spontan die vertikale Arbeitsteilung, der Ärztemangel und Kostendruck einfallen. Ihrer Fantasie sind diesbezüglich aber keine Grenzen gesetzt.

Gleichzeitig regt sich in mir Widerstand: Was ist mit dem Patientenschutz, der Beweissicherung, der Belastung für das Pflegepersonal und nicht zuletzt- Sie ahnen es vielleicht schon: Der Praktikabilität!?

Es besteht, so hat es auch der DBfK in einer aktuellen Stellungnahme² zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus gesagt, ein „erheblicher Bedarf für eine Prozessoptimierung“.

Dem werden die Ärzte nicht widersprechen, sollen doch primär solche ärztlichen Aufgaben delegiert werden, die nicht zum geschützten Kernbereich, darf man von diesem überhaupt noch sprechen, gehören, und zumeist niedrig vergütet werden. Angesichts des derzeitigen Ärztemangels ist der Konkurrenzkampf nicht so groß, dass man sich auch um diese Arbeit reißt. Außerdem ist das Arbeitspensum ohnehin schon so hoch, dass man bereitwillig delegiert.

Aber sehen wir einmal weiter: Das Krankenhaus ist immer an Einsparungen interessiert, Delegation an niedrig entlohntes Pflegepersonal passt also sehr gut in das Konzept.

Die Pflegedienste stehen auch bereits in den Startlöchern und sind wie alle selbständigen Dienstleister darum bemüht, ihr Auskommen zu finden. Solange die Entlohnung dieser Leistungen durch die Kranken- und Pflegekassen höher als die Lohnkosten sind, rechnet sich diese Form der Arbeitsteilung.

Verlierer könnten das Pflegepersonal werden. Eine Aufwertung ihrer Arbeit, durch die Übernahme weiterer Arbeiten, insbesondere in finanzieller Hinsicht, darf ernsthaft bezweifelt werden. Dieses würde den Bestrebungen nach Einsparungen zu widerlaufen.

Schließlich ist da noch der Patient, als Mittelpunkt der ganzen Aufregung. Sein erklärtes Ziel muss es sein, die bestmögliche Behandlung zu erfahren. Bei näherer Betrachtung sollte die Versorgung durch denjenigen erfolgen, der die meiste Routine in seiner praktischen Tätigkeit hat. Ob dies immer der Oberarzt sein muss, der sich die „Sahnestücke“ herauspickt, mag man kritisch bewerten. Dennoch werden wir vermutlich höheres Vertrauen

in die ärztliche Ausbildung und ihr jahrelanges Studium als in die eher praktische Ausbildung der pflegerischen Fachkräfte haben. Ob dies aber tatsächlich so ist, sollte auch ehrlich betrachtet werden. Die quantitative ärztliche Belastung ist sehr hoch, die ärztlichen Visiten dauern meist nur wenige Minuten. Die Berichte über die Schichtdauer und übermüdete Ärzte sind auch kein wirklich ermunternder Zustand. Wir werden nicht umhin kommen, anzuerkennen, dass die (vertikale) Arbeitsteilung von Arzt zu Pflegepersonal unabdingbar ist³.

Interessant wird es dann, wenn es in Folge der Arbeitsteilung zu Haftungsfragen kommt.

Kernaugenmerk muss daher die Frage der Beweissicherung sein.

Für die Patienten ist es ohnehin schwer genug, eine Schmerzensgeldanspruch durchzusetzen – dass weiß ich sowohl aus Erfahrung als Praktiker, wie auch als Pragmatiker. Je umfassender daher die Dokumentation der Behandlung ist, desto größer sind die Möglichkeiten, die mögliche Haftung des Arztes, des Pflegepersonals und/oder des Krankenhauses zu beweisen.

In umgekehrter Richtung ermöglicht eine umfassende Dokumentation auch die Möglichkeit eines Entlastungsbeweises.

Für das Pflegepersonal bedeuten mehr Arbeit und mehr Belastung immer ein höheres Risiko, Fehler zu begehen, also ein vermehrtes Haftungsrisiko. Aus diesem Grunde sollte insbesondere das Pflegepersonal großen Wert darauf legen, dass sie im Falle eines Falles so gut als möglich abgesichert sind. Wünschenswert wäre daher für sie in jedem Fall, dass die ärztlicherseits übertragene Aufgabe so genau wie möglich schriftlich fixiert wird. Zum einen dient dies als Orientierungshilfe für die Pflegepersonen zum anderen stellt dies eine wichtige Beweisfunktion in einem möglichen Haftungsprozess dar.

Fraglich ist nur, ob bereits die ärztliche Anordnung schriftlich zu fixieren ist oder die nachträgliche Dokumentation der Behandlung ausreicht. Außerdem wäre zu klären, ob die Dokumentation durch das Pflegepersonal erfolgt

und anschließend lediglich noch vom Arzt abgezeichnet werden muss, oder ob die eigentliche Dokumentation Aufgabe des Arztes bleiben muss. Für das Pflegepersonal würde dies eine noch höhere Arbeitsbelastung bedeuten, da sie sich auch noch um die entsprechende Dokumentation zu kümmern haben.

Hier kommt dann wieder mein gesunder Menschenverstand zum Tragen: Das Ganze stößt dort an seine Grenzen, wo der Umfang der Dokumentation letztlich in der Praxis nicht mehr umzusetzen ist, weil der praktische Aufwand zu groß wird. Sie werden auch kaum erwarten, dass ich in meinem Büro schriftlich die Anweisung erteile, jeden Morgen die Post aus dem Briefkasten zu holen. Es gibt tägliche wiederkehrende Aufgaben, die einer einmaligen (mündlichen) Anweisung bedürfen. Je nach Wichtigkeit wird dann entsprechend eine Überwachungspflicht anzunehmen sein.

Es muss daher im Regelfall ausreichen, dass der Arzt die Übertragung der Aufgaben anordnet und eine nachträgliche Dokumentation der Behandlung stattfindet. Diese kann sehr wohl durch das Pflegepersonal erfolgen und der Arzt muss sie gegenzeichnen. Ist man der Ansicht, dass das Pflegepersonal praktisch in der Lage ist, die übertragenen ärztlichen Aufgaben auszuführen, und man daher die Delegation an sie verantworten kann, dann kann man ihnen auch durchaus die Dokumentation hierfür zutrauen. Hält man es hingegen für erforderlich, dass das Pflegepersonal durch eine Vorab-Dokumentation der durchzuführenden eigentlichen ärztlichen Aufgaben eine quasi Behandlungsanweisung benötigt, sollte man sich ernsthaft fragen, ob in einem solchen Fall die zu übertragene Aufgabe nicht den Ausbildungsstand des Pflegepersonals in diesem Fall übersteigt.

Eine pragmatische Lösung wären dann allgemeine schriftliche Handlungsanweisungen, die für eine Vielzahl von Fällen gelten, und vom Krankenhaus erlassen werden, die dann dem Pflegepersonal als Orientierungshilfe an die Hand gegeben werden. Dies wird auch bereits vielfach erfolgreich praktiziert.

Und zu guter Letzt:

Der DBfK warnt – meiner Ansicht nach mit **gesundem Menschenverstand**- „vor einer Aufsplitterung in kleinste Schritte, die dann vom jeweils geringstmöglichen qualifizierten Mitarbeiter übernommen werden.“ Der Auf-

wand für die Kommunikation-, Anleitung- und Überwachung ist dann letztlich höher als der tatsächliche Nutzen.

RA(in) Tomke Claußen

¹ Sträßner, Rechtsfragen der Telefonnutzung in der Pflege, in PflR 2004, S. 336 ff. ; vgl. dazu Roßbruch, Replik auf Sträßner – Rechtsfragen der Telefonnutzung in der Pflege, PflR 2004, S. 343 ff. und die hierzu ergangene Duplik auf Roßbruch von Sträßner – Zur Anordnungs- und Dokumentationsverantwortung des Arztes, in PflR 2005, S. 103 ff.; nochmals zur Dublik von Sträßner, Roßbruch, in PflR 2005, S. 115 ff. Hinweis: Die vorstehenden Beiträge hat der Kollege Roßbruch auf der Webpräsenz der HTW-Saarland unter <https://www.htw-saarland.de/Members/robert.rossbruch/veroeffentlichungen/> zum Download bereitgestellt.

² „Position des DBfK zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“ (DBfK >>> http://www.dbfk.de/download/download/Position-DBfK-zu-Delegation-im-Krankenhaus_2010-03-29-final.pdf <<<

³ Zu klären bliebe dann nur die Frage, welche Aufgaben zwingend dem Arzt zu fallen, und welche Aufgaben unter Umständen abgegeben werden können und welche Maßnahmen zum Schutz der Qualitätssicherung nötig sind. Darüber gibt es glücklicherweise bereits zahlreiche wissenschaftliche Auseinandersetzungen.

