

Mag^a. Drⁱⁿ. iur. Gertrude Allmer

Gesundheits- und Pflegerechtsexpertin, Riskmanagerin,
Allgemein beedete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige für Gesundheits- und
Krankenpflege, Berufskunde, Arbeitstechnik, Betriebsorganisation, Planung, Ausbildung,
Führung von Führungskräften;
Dornburggasse 82, A-7400 Oberwart; Tel: ++43/664/2407686; Fax: ++43/3335/39995;
e-mail: dr.gertrude.allmer@medizinrecht-pflegerecht.com
homepage: www.medicinrecht-pflegerecht.com

April, 2007

**Berufs- und haftungsrechtliche Aspekte des gehobenen Dienstes für
Gesundheits- und Krankenpflege im Wundmanagement**

1. Problemstellung.

Die **konsequente Transparenz und Nachvollziehbarkeit** der berufsrechtlichen Verantwortungsebenen, iS der Anordnungs- und Durchführungsverantwortung im Wundmanagement, im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe, stellen ein bedeutsames Instrument zur **haftungsminimierenden Struktur- und Prozessorganisation** dar. Qualitätssicherung und Kostenoptimierung, sowie ein objektiver Kostenvergleich, sind ua wesentliche Ziele des Wundmanagements.

Die **Frage der Delegationsfähigkeit** einer einzelnen ärztlichen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme, zB die Durchführung eines Verbandswechsels bei Ulcus cruris, **im Rahmen des Berufsbildes**, auf den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege zur Durchführung, hängt nicht nur vom formellen und tatsächlichen Ausbildungsstand der jeweiligen diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger ab, sondern auch davon, ob die Durchführung einer solchen Maßnahme gerade durch die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester die Gefährdung des Patienten/Klienten erhöhen – **Risikoerhöhung** – könnte.

Im vertikalen, aber auch horizontalen arbeitsteiligen Wundmanagement kommt der berufsrechtlichen Abgrenzungsproblematik von ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen, insb im Lichte einer möglichen strafrechtlichen Verantwortung und zivilrechtlichen Haftung, wesentliche praktische Bedeutung zu.

2. Berufs- und dienstrechtliche Weisungsbeziehungen im Wundmanagement.

Gemäß § 4 Abs 1 GuKG haben die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege ihren Beruf ohne Unterschied der Person **gewissenhaft iS des aktuellen pflegewissenschaftlichen und medizinwissenschaftlichen Stand** auszuüben. Dabei ist das Wohl und die Gesundheit des Patienten/Klienten/pflegebedürftigen Menschen unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften (zB GuKG, ÄrzteG,) nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren.

Gleichermaßen ist der Arzt gemäß § 49 Abs 1 ÄrzteG verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person **gewissenhaft** zu betreuen, und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung, sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

Die „gewissenhafte“ Berufsausübung impliziert insb, dass sich ärztliche wie nichtärztliche Gesundheitsberufe ständig fortbilden, was auch im Wundmanagement eine besondere Bedeutung erlangt hat.

Entsprechend dem Obersten Gerichtshof liegt im **Verhalten eines Arztes**, welches zu einer **fassbaren Erhöhung der Gesundheitsgefährdung des Patienten** führt, bereits eine **adäquate Schadensverursachung** vor (vgl ua OGH 16.09.1986, 14 Ob 140,141/86 in JBI 1987, 670, EvBl 1993/32, 167 = JBI 1992, 522= KRSIlg 753 =Ecolex 1993, 661 mit Anm von Haid/Rudolf).

Überzeugend erscheint mir die von F. Bydlinski (JBI 1992, 347 ff. Ähnlich schon Bydlinski in Klang, Kommentar zum ABGB 2 IV/2, 172 ff) entwickelte Auffassung, nämlich, ist von einem **zumindest objektiv sorgfaltswidrigen Verhalten auszugehen, kann Verschulden bereits vermutet werden** (vgl ua Sozialpolitische Monografien, H. Koziol in: Haftungsrechtliche Perspektiven der ärztlichen Behandlung, 1. Österr. Medizinrechtstage, Linz 1997).

Ein **dem Arzt anzulastendes Fehlverhalten** bei der Behandlung des Patienten liegt dann vor, wenn **er nicht nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung vorgegangen ist, oder die übliche Sorgfalt eines ordentlichen, pflichtgetreuen Durchschnittsarztes in der konkreten Situation vernachlässigt hat. Verletzt der Arzt seine Dokumentationspflicht, hat dies im Prozess beweisrechtliche Konsequenzen: Es wird vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme vom Arzt auch nicht getroffen worden ist** (vgl KRSIlg 780, OGH 25.01.1994, 1 Ob 532/94; auch Reischauer in Rummel, ABGB § 1299 Rz 25; JBI 1987, 104; JBI 1987, 670; SZ 62/53).

Im Unterschied zum Berufsrecht, welches das „Können“/“Dürfen“ festlegt, regelt das Dienstrecht das „Müssen“.

Ob daher einer Weisung Folge zu leisten ist, ist keine berufsrechtliche, sondern eine dienstrechtliche Frage. Die **berufsrechtlichen Regelungen dazu**, insb das **ÄrzteG** und das **GuKG, dürfen jedoch nicht außer acht gelassen werden und stecken die Grenzen des Weisungsrechtes ab**, was besonders aufgrund der oftmals schrankenlosen dienstrechtlichen Weisungsbefugnisse wichtig ist. Hinzu kommt, dass mangels ausdrücklicher vertraglicher Regelung das jeweilige **Berufsbild Vertragsgegenstand des einzelnen Dienstvertrages** wird (vgl Stärker, *Ärztliche Anordnungsbefugnisse nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, RdM, 1998, 3*).

Dienstrechtlich hat der gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich – sofern keine gegenteiligen Weisungen in der Hierarchie des Gesundheits- und Krankenpflegedienstes bestehen, zB in Stellenbeschreibungen festgelegt – den Weisungen des anordnenden Arztes – **im Rahmen des Berufsbildes des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und**

Krankenpflege - nachzukommen, soweit die ärztliche Anordnung rechtmäßig ist und dem aktuellen medizinwissenschaftlichen Stand entspricht.

§ 49 Abs 3 ÄrzteG ermächtigt den Arzt, im **Einzelfall** ärztliche Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe, zB gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, zu übertragen, **sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst** sind. Das wäre beispielsweise die Durchführung eines Verbandwechsels bei Ulcus cruris unter lokaler Aufbringung eines bestimmten Medikamentes.

Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen, was gegenüber dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege regelmäßig der Fall ist (*bis zu der ÄrzteG Nov BGBl I 1997/108, Art IV – die i Zuge der Erlassung des GuKG erfolgte – konnte nach § 22 Abs 3 ÄrzteG 1984 nur „der zur selbständigen Berufsausübung berechnigte Arzt“ im Einzelfall ärztliche Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe übertragen*).

Unter „**ärztliche Anordnung**“ ist **also keine generelle Delegation ärztlicher Tätigkeiten** durch den behandelnden Arzt zu verstehen ist, vielmehr hat die Vornahme der diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen **nach** eingehender Untersuchung und Beurteilung des Zustandes des Patienten/Klienten durch den Arzt „im Einzelfall“ zu erfolgen.

Der „Einzelfall“ bezieht sich auf den jeweiligen Patienten/Klienten und steht als ausdrücklicher und von seiner Wortwahl her unmissverständlicher Wille des Gesetzgebers jeder „**allgemeinen Erlaubnis**“ – auch durch den Abteilungsvorstand – **zur Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten entgegen**.

Die **generelle Delegation** von an sich ärztlichen Tätigkeiten, wie zB die Durchführung „aller“ septischen Verbandwechsel in einer Organisationseinheit, auf den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, **entspricht nicht der gebotenen Sorgfalt in der ärztlichen Berufsausübung** und ist **generell sorgfaltswidrig** (*vgl insb §§ 15, 20 GuKG iVm § 49 ÄrzteG*), da der **Arzt seinen Beruf grundsätzlich persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten auszuüben hat** (*vgl § 49 Abs 2 ÄrzteG*).

Ob eine Tätigkeit als ärztliche Vorbehaltstätigkeit zu qualifizieren ist, ergibt sich daraus, ob sie **nur von einem Arzt, der über medizinisch wissenschaftliche Kenntnisse verfügt**, beherrschbar ist oder nicht (*vgl ua Mazal, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung, 1992, 250*).

In der Rechtspraxis sprechen wir **von der Gefahreneignetheit einer Tätigkeit**. Der Arzt muss also bei der Entscheidung über die Delegation an sich ärztlicher Tätigkeiten die **möglichen Folgen und Risiken im Einzelfall abwägen** (*vgl insb Kienapfel, BT I § 80 Rz 105 ff; Kleewein, Zurechnungszusammenhang mit Normadäquanz in der Arzthaftung, ÖjZ 1993, 161 ff; Schick in, Die Haftung des Arztes in zivil- und strafrechtlicher Sicht unter Einschluss des Arzneimittelrechts, 1993, 23 ff; uvm*).

Der Arzt schuldet dem Patienten ua eine **gewissenhafte Betreuung nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung** (vgl § 2 Abs 2 ÄrzteG; KRSlg. 727, OGH 09.11.1989, 7 Ob 648/89; auch KRSlg. 693; 3 Ob 560/84; Reischauer in Rummel, ABGB, Rz 24 und 25 zu § 1299).

Im **Rahmen des Wundmanagement** bedeutet dies, dass die **Auswahl der Verbandsstoffe, die keine Medikamente iS des Arzneimittelgesetzes enthalten**, im Rahmen einer Wundbehandlung, jedenfalls dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten sind, was impliziert, dass dieser im Rahmen des Pflegeprozesses, den **pflegewissenschaftlich indizierten Verbandsstoff auszuwählen und als geplante Pflegeintervention anzuordnen** hat.

3. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

Gemäß § 14 Abs 1 GuKG umfasst die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltet die patienten- bzw klientenorientierte Gesundheits- und Krankenpflege nach dem Pflegeprozess, der mit der Einschätzung der Pflegebedürfnisse beginnt und mit der Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen endet.

Analog zum Regelkreis im medizinischen Behandlungsprozess, nämlich medizinische Anamnese, medizinische Diagnose, Planung von diagnostischen und therapeutischen medizinisch indizierten Maßnahmen, Durchführung der geplanten medizinischen Maßnahmen, medizinwissenschaftliche Evaluierung, sind im Abs 2 leg. cit. die einzelnen Stufen des Pflegeprozesses entsprechend der Pflegefachsprache aufgelistet:

- **Pflegeanamnese** – die Sammlung von Informationen über die Patientin/den Patienten, die als Grundlage für die Pflegeplanung dient. Dh die **Erhebung der Pflegebedürfnisse** und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen.
- **Pflegediagnose – Feststellung der Pflegebedürfnisse**. Dh die Feststellung und Einschätzung der patientenbezogenen Probleme und pflegerischen Bedürfnisse insb im Hinblick auf die Problemursachen. Sie liefert die Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele und schafft Rahmenbedingungen zur Anwendung der Pflegeplanung (vgl zB 1.6.2.1. Gewebeschädigung, 1.6.2.1.2.1. Hautdefekt, bestehend = NANDA Pflegediagnosen (North-American-Nursing-Diagnosis-Association) im Wundmanagement).
- **Pflegeplanung** – Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen.
- **Durchführung der Pflegemaßnahmen** – Durchführungsnachweis

- **Pflegeevaluation** – Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen. Durch kontinuierliche Pflegeevaluation wird es der Pflegeperson ermöglicht, die Effektivität der gesetzten pflegerischen Maßnahmen in Bezug auf die Bedürfnisse der Patientin/des Patienten zu steuern.

Zum eigenverantwortlichen Aufgabenbereich in der Gesundheits- und Krankenpflege zählt ebengleich die **Mitwirkung an der Pflegeforschung**. Wenn die gehobenen Dienste im Rahmen der Pflegeevaluation analysieren, hinterfragen, begründen und die geleistete Pflege sowie den erreichten Fortschritt bewerten, arbeiten sie insb im angewandten pflegewissenschaftlichen Bereich. Sie liefern unverzichtbare Kennzahlen für den theoretisch pflegewissenschaftlichen Ansatz.

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst des weiteren insbesondere:

- die Dokumentation des Pflegeprozesses
- die Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen
- die psychosoziale Betreuung
- die Organisation der Pflege
- die Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals
- Anleitung und Begleitung der SchülerInnen im Rahmen der Ausbildung.

Der **gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege** trägt im Pflegeprozess die **Anordnungsverantwortung** sowie die **Durchführungsverantwortung**. Im Einzelfall können vom gehobenen Dienst geplante Pflegemaßnahmen zur Durchführung auf die Pflegehilfe delegiert werden, wobei in diesen Fällen die Pflegehilfe die Durchführungsverantwortung trifft, diese aber ausschließlich unter Aufsicht der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester tätig werden darf (*vgl § 14 iVm § 84 Abs 2 und 3 GuKG*).

Daraus ergibt sich schlüssig, dass dem Arzt - auch nicht dem ärztlichen Leiter – im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege **keine berufsrechtliche Anordnungsberechtigung** zukommt.

3.1. Die Eigenverantwortlichkeit im rechtlichen Sinn – Einlassungsfahrlässigkeit.

Zum richtigen Verständnis des Begriffes „**Eigenverantwortlichkeit**“ ist klarzustellen, dass die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Ausübung der Tätigkeiten, die **ihr Berufsbild umfasst**, eigenverantwortlich handeln.

Der rechtliche Begriff der Eigenverantwortlichkeit bedeutet die **fachliche Weisungsfreiheit** – insb auch von ärztlichen „Anweisungen“ – jedes zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen seines Berufsbildes, freilich unbeschadet allfälliger grundlegender Anordnungen im Rahmen der Organisation des Pflegedienstes.

Mit dem Terminus „eigenverantwortlich“ wird aber auch zum Ausdruck gebracht, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für den „Erfolg“ im strafrechtlichen Sinn

bzw. den Schaden im zivilrechtlichen Sinn, der im kausalen Zusammenhang mit dem sorgfaltswidrigen Handeln in der Gesundheits- und Krankenpflege steht, auch in Haftung genommen werden können. Eingelebte Verkehrssitten, ein verbreitetes stationäres „Brauchtum“ rechtfertigen ein sorgfaltswidriges Handeln im Einzelfall nicht.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die strafrechtliche **Einlassungs- oder Übernahmefahrlässigkeit – die insb im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich von Bedeutung sein kann** - hinzuweisen. Ist zB eine subjektive Sorgfaltswidrigkeit iS von Durchführungsfahrlässigkeit beim therapeutischen Handeln iS der Durchführungsverantwortung im Einzelfall nicht nachweisbar, so greift die Rechtspraxis mit Vorliebe auf diese Einlassungsfahrlässigkeit zurück. Diese liegt vor, wenn die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger Tätigkeiten übernimmt, von denen **sie/er weiß oder wissen müsste**, dass sie/er diese Tätigkeiten nicht entsprechend der im Einzelfall gebotenen Sorgfalt durchführen kann, sei es aufgrund mangelnder Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw fehlender Ausbildung – zB eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester mit geringer Berufserfahrung und ohne Weiterbildung im Wundmanagement (*vgl § 64 GuKG*), oder aufgrund mangelnder Fähigkeiten und Fertigkeiten im Pflegeprozess, oder aufgrund eines situativen physischen oder psychischen Ausnahmezustandes.

In diesen Fällen hat der/die Berufsangehörige die Durchführung der Tätigkeit zu **unterlassen (im eigenverantwortlichen Bereich)** oder zu **verweigern (im mitverantwortlichen Bereich)**. Der Berufsangehörige hat also nach einer „**gesunden Selbsteinschätzung**“ zu prüfen, ob er sich selbst imstande sieht, die **Durchführungsverantwortung und Notfallkompetenz** im Einzelfall zu übernehmen.

Gleichermaßen wird die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester keiner ärztlichen Weisung folgen, welche im medizinwissenschaftlichen Sinn obsolet ist.

3.2. Die rechtswidrige Arbeitsverweigerung im Gegensatz zu den Leistungsverweigerungsgründen/-rechten.

Der **rechtswidrige Arbeitsverweigerung** geht eine ganz andere Ausgangslage voraus. Von ihr kann begrifflich nur gesprochen werden, wenn der Dienstnehmer verpflichtet ist, eine bestimmte Handlung oder Unterlassung vorzunehmen. Ob derartige Pflichten bestehen, ergibt sich aus dem Dienstvertrag, den einschlägigen berufsrechtlichen (*zB GuKG, ArztG, usw*) dienst- und organisationsrechtlichen Bestimmungen (*zB VBG, BDG, KAKuG*).

Pflichtwidrig ist jedes vertrags- oder sonst rechtswidriges Verhalten des Dienstnehmers, das mit dem ausdrücklich oder stillschweigend bedungenen arbeitsvertraglichen Pflichten, mit einer durch den Gegenstand der Arbeitsleistung gerechtfertigten Anordnung des Dienstgebers oder mit der Verpflichtung des Dienstnehmers zur Verrichtung der ihm zugewiesenen Arbeiten nach bestem Wissen und Können im Widerspruch steht.

Aber auch im Falle der Gefährdung seines Lebens, seiner Gesundheit oder seiner Sittlichkeit (personenbezogener Arbeitnehmerschutz, zB durch Bereitstellen von hygienisch einwandfreien Arbeitsmitteln) kann der Dienstnehmer bis zur Herstellung

des gesetzmäßigen Zustandes durch den Dienstgeber seine Arbeitsleistung verweigern (*vgl auch Schwarz – Löschnigg, Arbeitsrecht, 1999, 398; Geppert, Arbeitsinspektion und Arbeitnehmerschutzrecht, 212 ff*).

Die **beharrliche Vernachlässigung der Dienstpflichten** als Entlassungsgrund, erfasst jede Nichterfüllung oder nicht gehörige Erfüllung jener mit der Erbringung der Dienstleistung verbundenen und **zumutbaren** Pflichten, die den Dienstnehmer treffen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass **Leistungsverweigerungsgründe/-rechte** dann bestehen, wenn

- die Anordnung **gegen das Strafgesetz** verstößt, zB ärztliche Vorbehaltstätigkeit ;
- die Anordnung **nicht rechtmäßig**, also rechtswidrig ist, zB generelle ärztliche Anordnungen iS des § 49 Abs 3 ÄrzteG; ärztliche Anordnung die nicht dem aktuellen medizinwissenschaftlichen Stand entspricht;
- die Anordnung **nicht zu den dienstvertraglich** vereinbarten Aufgaben in der Berufsausübung gehört (*vgl insb Stellenbeschreibung als ergänzende Ausfertigung zum Dienstvertrag*);
- die Durchführung der ärztlichen Anordnung der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester **unmöglich** ist oder zum Teil nicht möglich, weil sie von ihr nicht ausreichend beherrscht wird,
- die Durchführung der ärztlichen Anordnung der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester **nicht zumutbar** ist, zB personelle, organisatorische, administrative, zB fehlende schriftliche ärztliche Anordnung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich bei medizin-wissenschaftlicher Indikation im Rahmen einer Wundbehandlung, medizin-technische Struktur- bzw Organisationsmängel (*vgl auch Böhme, Die individuelle und organisatorische Verweigerung in der Krankenpflege aus rechtlicher Sicht, Teil 1, Schw/Pfl 06/1990, 528 ff*).

3.3. Die Anordnung von Verbandstoffen.

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass das professionelle Wundmanagement interdisziplinär, iS der multiprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Arzt, gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Apotheker, Ernährungsexperte (Arzt, ernährungsmedizinischer Diätendienst), usw, zu organisieren ist.

Wiewohl die Anordnung von Medikamenten zur lokalen Wundbehandlung dem Arzt vorbehalten ist, kann die **pflegeindizierte Auswahl des Verbandstoffes** als Medizinprodukt, durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches, erfolgen.

Einerseits hat sich die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger, bereits in der Ausbildung umfassende Kenntnisse und Fertigkeiten im Rahmen des Lehrfaches „Gesundheits- und Krankenpflege“ erworben, andererseits hat sie/er vielfach diese Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in einschlägigen **Weiterbildungen zur/zum WundmanagerIn** umfassend vertieft.

4. Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege – vertikales arbeitsteiliges Teamhandeln.

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die **Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach schriftlicher** – mit Ausnahme des medizinisch begründeten Ausnahmefalles - ärztlichen Anordnung (vgl § 15 Abs 1 bis 4 GuKG).

Gemäß § 15 Abs 5 GuKG umfasst der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich insbesondere (beispielhafte Aufzählung!):

- Verabreichung von Arzneimitteln,
- Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegenden Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
- Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
- Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
- Durchführung von Darmeinläufen und
- Legen von Magensonden.

4.1. Der Vertrauensgrundsatz im vertikalen arbeitsteiligen Teamhandeln zwischen Arzt und diplomierter Gesundheits- und Krankenschwester.

Der im § 3 StVO für den Straßenverkehr verankerte Vertrauensgrundsatz ist eine explizite gesetzliche Ausformung des erlaubten Risikos und stellt eine wichtige Begrenzung der objektiven Sorgfaltswidrigkeit dar. Die moderne Strafrechtslehre hat diesen Grundsatz auch auf jede andere Form eines miteinander Arbeitens und Handelns ausgedehnt.

Im Rahmen der aus den jeweiligen Berufsbildern hergeleiteten Sorgfaltspflichten wird nach objektiven Pflichtenkreisen abgegrenzt, und die Verantwortung jedes einzelnen Teilnehmers an der Arbeitsteilung diesem Pflichtenkreis im Rahmen des **Grundsatzes der Eigenverantwortung**, der mit dem Vertrauensgrundsatz korrespondiert, zugeordnet (vgl ua Wilhelm, *Zur strafrechtlichen Fahrlässigkeit bei medizinischer Arbeitsteilung*, MedR 1983,45ff; Wilhelm, *Verantwortung und Vertrauen bei Arbeitsteilung in der Medizin*, Stuttgart 1984; uvm).

Im **vertikalen arbeitsteiligen Teamhandeln** an einer bettenführenden Abteilung oder Ambulanz (zB diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester – Facharzt für Allgemeinchirurgie) übernimmt jeder die seinem Wissen und seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechende Funktion und steht für die dafür notwendige bzw im Einzelfall gebotene Sorgfalt ein. Allerdings **muss er darauf vertrauen können**, dass das jeweils andere Teammitglied die ihm zukommende Sorgfalt ebenso aufwendet.

Ist die objektive Sorgfaltswidrigkeit des Verhaltens eines anderen bereits eindeutig erkennbar **oder doch konkret indiziert**, zB die ärztliche Anordnung eines konkret aktuell medizinwissenschaftlich nicht indizierten Wundtherapeutikums, so darf auf die Sorgfaltsgemäßheit freilich auch im gegebenen Zusammenhang nicht mehr vertraut werden.

Dies könnte der Fall sein, wenn sich ein Arzt nicht der gebotenen Sorgfalt entsprechend im Wundmanagement fort- bzw weitergebildet hat, und nunmehr eine Wundbehandlung anordnet, die nicht mehr dem aktuellen medizin-wissenschaftlichen Stand, entspricht.

Zusätzlich kann der Vertrauensgrundsatz beim Zusammenwirken mehrerer naturgemäß insoweit keine Anwendung finden, als sich eine Sorgfaltspflicht nachweisen lässt, die spezifisch auf Beaufsichtigung oder gar Überwachung des Verhaltens anderer (zB durch den Arzt gegenüber der Pflegehilfe, im Rahmen der Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen) gerichtet ist.

Bei einem Team, bei dem sich die Mitarbeiter bereits kennen und sich in **Kenntnis der wechselseitigen Fähigkeiten und Fertigkeiten** bewusst zusammengeschlossen haben, muss **ein Zweifel an der Deutlichkeit und Klarheit des Verhaltens eines der Mitarbeiter im Team**, zB auch Abweichen von der Formpflicht der schriftlichen ärztlichen Anordnung, oder ärztliche Anordnungen die als ärztliche Vorbehaltstätigkeiten nicht delegationsfähig sind, wie das Ausschneiden von nekrotischem Gewebe, das Entfernen von Wundnähten oder –klammern, Anlass genug sein, besondere Sorgfalt zu üben.

Die/Der diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger kann grundsätzlich den Anordnungen des Arztes vertrauen, nur bei eindeutig erkennbaren „falschen“ Anordnungen, zB trockene Wundtherapie, obwohl feuchte Wundtherapie konkret medizinwissenschaftlich indiziert ist, wird dieser Vertrauensgrundsatz durchbrochen.

Eine Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten durch diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger **ohne entsprechende ärztliche Anordnung** ist nicht zulässig, dies selbst dann nicht, wenn nach Einschätzung des gehobenen Dienstes eine ärztliche Maßnahme erforderlich wäre.

Ganz allgemein ist **ausschließlich der Arzt** iS § 2 ÄrzteG **zur Ausübung der Heilkunde** berufen. Dem gehobenen Diensten für Gesundheits- und Krankenpflege ist sohin die Ausübung der Heilkunde untersagt. Dieser Umstand kann gerade im Zusammenhang mit dem Formerfordernis der schriftlichen ärztlichen Anordnung oder der Übertragung einer nicht delegationsfähigen – also eine **ärztliche Vorbehaltstätigkeit** - Aufgabe an die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, eine besondere, auch haftungsrechtlich bedeutsame, Dimension bekommen.

Ärztliche Vorbehaltstätigkeiten, zB das Anordnen von Medikamenten, erfordern medizin-wissenschaftliche Erkenntnisse und sind daher den Ärzten vorbehalten und sohin auf nichtärztliche Gesundheitsberufe nicht delegierbar.

Gesundheits- und krankenpflegerische Vorbehaltstätigkeiten erfordern pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und sind daher den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen vorbehalten.

4.2. Anordnungsverantwortung – Durchführungsverantwortung im vertikalen arbeitsteiligen Teamhandeln.

Gemäß § 15 Abs 2 GuKG trägt der anordnende Arzt die Verantwortung für die Anordnung (**Anordnungsverantwortung**), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (**Durchführungsverantwortung**).

Die Anordnungsverantwortung bleibt also beim Arzt, die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger trägt die Durchführungsverantwortung. Vormalig im Krankenpflegegesetz und Ärztegesetz festgeschriebene Aufsichts-, Überwachungs- und Vergewisserungspflichten des Arztes sind weggefallen (vgl insb § 49 Abs 3 ÄrzteG).

Die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger hat die angeordnete Maßnahme **eigenverantwortlich** durchzuführen. Die/Der DelegationsempfängerIn muss nach einer „gesunden Selbsteinschätzung“ prüfen, ob sie/er sich selbst imstande sieht, die delegierte diagnostische oder therapeutische Maßnahme der gebotenen Sorgfalt entsprechend, durchzuführen; ggf muss sie/er die Durchführung einer ärztlichen Anordnung unter Hinweis auf ihre/seine Durchführungsverantwortung verweigern = **Leistungsverweigerung**.

Zu beachten ist aber, dass den nichtärztlichen Gesundheitsberufen keineswegs ein allgemeines Verweigerungsrecht zusteht, bzw insb nicht mit berufspolitischen Einwendungen begründet werden kann. Ausschließlich mit der eigenen Durchführungsverantwortung begründet, können die gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege ärztliche Anordnungen verweigern, wenn sie sich der gestellten Aufgabe – aus welchen Gründen immer – nicht gewachsen sehen bzw ihnen die Handlungskompetenz fehlt.

Dies bedeutet, dass insb bei Auftreten von Fragestellungen, die den Wissen- bzw Ausbildungsstand des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege überschreiten, umgehend der anordnende Arzt zu befragen ist.

4.3. Die schriftliche ärztliche Anordnung im Vorhinein.

Gemäß **§ 15 Abs 3 GuKG** hat im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich **jede ärztliche Anordnung vor Durchführung** der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen (Durchführungsnachweis im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich).

Der **behandelnde Arzt wird seiner schriftlichen ärztlichen Anordnungspflicht**, gerade im Lichte der jüngeren Rechtsprechung, allein schon im seinem **Selbstschutzinteresse** nachkommen wollen.

Gemäß **§ 15 Abs 4 GuKG** kann die ärztliche Anordnung in **medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich** erfolgen, sofern auch dabei die **Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit** sichergestellt sind. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die **schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich**, längstens aber innerhalb von **24 Stunden** zu erfolgen.

Der medizinisch begründete Ausnahmefall ist in der Praxis streng vom „**organisatorisch herbeigeführten Regelnotfall**“ zu unterscheiden und restriktiv zu interpretieren.

Insbesondere **für Krankenanstalten** hat gemäß § 8 Abs 1 B - KAKuG „**ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar**“ zu sein.

Für bettenführende Abteilungen und Ambulanzen in Krankenanstalten, wo generell besonders gefahrgeneigte Interventionen am Patienten/Klienten angeordnet und durchgeführt werden müssen, wird der „medizinisch begründete Ausnahmefall“ grundsätzlich nicht herangezogen werden können. Vielmehr könnte in diesen Fällen ein vorhersehbarer **ärztlich personeller und organisatorischer Strukturangel** iS eines **Organisationsmangels** vorliegen, der iS des Riskmanagements zu harmonisieren sein wird. Dies kann im Zusammenhang mit einem Haftungskonflikt, wo es ua immer häufiger auch um die Zuordnung eines Organisationsverschuldens geht, von wesentlicher Bedeutung sein.

4.4. Die Anordnungsverantwortung des Turnusarztes in Ausbildung zur Allgemeinmedizin.

Die selbstständige Ausübung des ärztlichen Berufes ist ausschließlich Ärzten für Allgemeinmedizin, den Fachärzten und den approbierten Ärzten vorbehalten, und die in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt befindlichen Ärzte (Turnusärzte) sind lediglich zur unselbstständigen Ausübung ärztlicher Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt sind (vgl § 3 Abs 3 ÄrzteG).

Sinnvollerweise ist daher zwischen **selbstständigen** = eigenverantwortlichen Anordnungen und „**abgeleiteten**“ **Anordnungen** zu differenzieren. Auch bei einer vom ausbildenden Facharzt auf den Turnusarzt abgeleiteten Anordnungsverantwortung, wird lediglich die Kompetenz zur Anordnung abgeleitet, die **Anordnung an sich erfolgt durch den Turnusarzt selbstständig**. Auch ein Erlass des BMAGS hält eine Anordnungsbefugnis von Turnusärzten grundsätzlich für zulässig, macht sie jedoch von der konkreten Situation des Einzelfalles abhängig (vgl BMAGS, ZI 21.101/23-VIII/D/GL/97).

4.4.1. Die Anordnung von lokal aufzubringenden Medikamenten.

Aus den bereits umfassend erörterten Anordnungs- und Durchführungsverantwortungsebenen im Rahmen des arbeitsteiligen Teamhandelns zwischen Arzt und gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ergibt sich schlüssig, dass auch im Rahmen des Wundmanagements jedes lokal auf die Wunde aufzubringendes Medikament, oder Verbandstoffe die Arzneimittel enthalten, vom Arzt schriftlich im Vorhinein anzuordnen sind (vgl § 15 Abs 3 GuKG iVm § 49 Abs 3 ÄrzteG)

5. Rechtsquellen aus der sich die Dokumentationspflicht der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie des Arztes herleiten.

5.1. Führung der Pflegedokumentation.

Gemäß **§ 5 Abs 1 GuKG** haben die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, dh gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehilfe, bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren.

Gemäß **§ 14 Abs 2 Z 8 GuKG** gehört die Dokumentation des Pflegeprozesses in den **eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der gehobenen Dienste** für Gesundheits- und Krankenpflege.

Gemäß **§ 84 Abs 3 Z 6 GuKG** hat die Pflegehilfe, im Rahmen der Durchführung von pflegerischen Maßnahmen, die ihr im Pflegeprozeß vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege angeordnet wurden, zu dokumentieren.

Die gesetzliche Normierung der Pflegedokumentation – ist die Niederschrift aller Stufen des Pflegeprozesses - trägt der Professionalisierung, die in der Gesundheits- und Krankenpflege in den letzten Jahren auf internationaler Ebene und auch in Österreich stattgefunden hat, Rechnung. Eine eigenständige Pflegedokumentation ist unverzichtbar für Maßnahmen der Qualitätssicherung, (vgl insb § 5 b B - KAKuG) und trägt zur Verbesserung der Pflegequalität im intra- und extramuralen Bereich bei.

5.2. Führung der Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen.

Gemäß § 10 Abs 1 B - KAKuG (vgl zB auch § 17 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 idgF) sind durch die Landesgesetzgebung die Krankenanstalten zu verpflichten:

1. Über die Aufnahme und die Entlassung des Patienten Vormerke zu führen sowie, im Fall **der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten**, die dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren; § 17 Abs 1 lit a des Wiener KAG führt hier ergänzend aus, dass insb die wichtigsten Personaldaten der Patienten, die Bezeichnung der Krankheit sowie der Aufnahme- und Entlassungstag oder der Todestag und die Todesursache einzutragen sind.
2. Krankengeschichten anzulegen, in denen
 - a) die Vorgeschichte der Erkrankung (**Anamnese**), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (**status praesens**), der Krankheitsverlauf (**decursus morbi**), die **angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen** einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform) und **Aufklärung** des Patienten und
 - b) sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, **insbesondere der pflegerischen**, einer allfälligen psychologischen bzw psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen sind;
3. die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren; für Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sowie bei ambulanter Behandlung kann durch die Landesgesetzgebung eine kürzere Aufbewahrungsfrist, mindestens jedoch 10 Jahre vorgesehen werden; (KAG-N 1988)
4. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern und Organen von Landesfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung bzw von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und

- ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln (BGBl 751/1996).
5. Den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind; (2. KAG-N 1974)
 6. Über **Entnahme von § 62 a** (Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation) Niederschriften zur Krankengeschichte aufzunehmen und gemäß Z 3 zu verwahren;
 7. Bei der Führung der Krankengeschichte **Verfügungen des Patienten** durch die dieser erst für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentieren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können;
Angesichts des bei Patienten kaum verbreiteten Wissens um die Möglichkeit der Errichtung einer Vorausverfügung „**Patiententestament**“ sollte der Gesetzgeber die Krankenanstalten verpflichten, dass sie ihre Patienten auf diese Möglichkeit hinzuweisen haben (vgl auch Kopetzki, *Unterbringungsrecht II* 849, Bernat, *RdM* 1995, 60; Memmer, *Das Patiententestament*, *RdM* 1996, 99 ff; Kerschner, *Arzthaftung bei Patientenverfügungen*, *RdM* 1998, 131 ff; *Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte*, BGBl I 1999/195).
 8. Im Rahmen der Krankengeschichte allfällige **Widersprüche** gemäß § 62 a Abs 1 zu dokumentieren. (Die Organentnahme ist unzulässig, wenn den Ärzten eine Erklärung vorliegt, mit welcher der Verstorbene oder, vor dessen Tod, sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat).

Gemäß § 10 Abs 3 B - KAKuG obliegt die Führung der Krankengeschichte hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. hinsichtlich des **medizinischen Prozesses** (medizinische Anamnese, status praesens, decursus morbi, „Fieberkurve“) dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt,
2. hinsichtlich **des Pflegeprozesses** den gehobenen Diensten für Gesundheits- und Krankenpflege,
3. hinsichtlich allfälliger psychologischer, psychotherapeutischer Betreuung und Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, der jeweils für die erbrachten Leistungen verantwortliche Person, zB klinische Psychologin, diplomierte Physiotherapeutin, Hebamme, usw (vgl insb § 17 Abs 7 WrKAG).

Gemäß § 10 Abs 4 B - KAKuG dürfen Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen sowie Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke **nicht geführt** werden (BGBl 801/1993).

Der Krankengeschichte kommt eine besondere Bedeutung zur Dokumentation medizinischer und pflegerischer Handlungsabläufe zu, insb um auch im nachhinein jederzeit die vorgenommenen Maßnahmen feststellen zu können, woraus Rückschlüsse auf fortzusetzende oder neu einzuleitende Therapien und Pflegeinterventionen zu ziehen sind. Aus diesem Grund soll schon

grundsatzgesetzlich vorgesehen werden, in der Krankengeschichte auch die verabreichte Medikation sowie wesentliche Leistungen wie pflegerische, psychologische und psychotherapeutische Betreuung zu dokumentieren.

Es ist sohin Intention des Gesetzgebers, dass **die Pflegedokumentation (Pflegeprozess) Bestandteil der Krankengeschichte ist** (vgl auch § 15 Tir. KAG)

Der Krankengeschichte kommt aber auch erhebliche Bedeutung als Beweismittel im rechtlichen Sinn zu. Aus diesem Grund ist in der Krankengeschichte auch die ärztliche Aufklärung, die der Patient zu erhalten hat, zu dokumentieren.

Auch im Rahmen des Pflegeprozesses hat iS § 9 GuKG eine **Aufklärung über alle gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen**, durch den gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, insb die **Aufklärung über Pflegediagnose(n), geplante Pflegeziele und Pflegeintervention(en) und potentielle Pflegerisiken**, nachvollziehbar zu erfolgen.

5.3. Führung der medizinischen Verlaufsdokumentation durch den Arzt.

Die berufsrechtliche Dokumentationspflicht des Arztes ergibt sich insb aus § 51 ÄrzteG (BGBl I 169/1998). Danach ist **der Arzt verpflichtet**, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insb über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der **Anwendung von Arzneyspezialitäten** und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl 158/1983, **erforderlichen Daten zu führen** und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person **alle Auskünfte** zu erteilen.

Im **mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich** hat jede ärztliche Anordnung an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege **vor Durchführung** der betreffenden diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen.

Ist es bereits zu einem Dekubitalgeschwür gekommen, hat der anordnende Arzt medizin - wissenschaftlich indizierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, zB lokale Medikationen, zur Wundtherapie schriftlich anzuordnen.

Die **Dokumentationspflicht des Arztes ergibt sich auch als Nebenpflicht iS einer „Bringschuld“ aus dem Behandlungsvertrag zwischen Krankenanstalt/ Arzt und Patient/Klient**, wie eine Reihe weiterer Nebenpflichten, zB die Auskunftspflicht, Leistungen müssen medizinwissenschaftlich begründbar sein, das Einsichtnahmerecht des Patienten in seine Dokumentation, usw).

5.4. Dokumentationspflichten im Rahmen der Entlassung des Patienten.

Gemäß **§ 24 Abs 2 B - KAKuG** ist bei der Entlassung eines Patienten neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige

weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige **Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich** zu enthalten hat.

Dieser Arztbrief ist **nach Entscheidung des Patienten**

1. diesem, oder
2. dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt und
3. bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung oder dem entsprechenden Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu übermitteln. Bei Bedarf sind **dem Arztbrief auch Angaben zu Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich** anzufügen (vgl BGBl 95/1998).

Diese Bestimmung korrespondiert insb mit § 16 Abs 3 Z 2 GuKG, wo zum **interdisziplinären Tätigkeitsbereich der gehobenen Dienste** für Gesundheits- und Krankenpflege insb die „Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung“ gehört.

Die „Schnittstellen“, iS eines professionellen Case Management, in der gesundheitlichen Betreuung sind von besonderer Bedeutung für die Qualität und Kontinuität im Wundmanagement(vgl auch RV zum GuKG).

6. Mindestsorgfaltsmaßstab in der Pflegedokumentation – Wunddokumentation.

- a) Die Dokumentation ist so zu führen, dass für einen sachkundigen Dritten zB allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege oder auch SV für Hauterkrankungen, in angemessener Zeit nachvollziehbar ist, **WER hat hier WAS, WANN, WARUM, angeordnet und WER hat hier WAS, WANN, WARUM durchgeführt.** Dieser Dokumentationsgrundsatz impliziert, dass sämtliche Anordnungen iS der Anordnungsverantwortung und sämtliche Durchführungen iS der Durchführungsverantwortung im Pflegeprozess mit Datum, Handzeichen oder Unterschrift und Uhrzeit zu dokumentieren sind.

Die Eintragungen müssen also **vollständig, richtig, zeitgerecht, geordnet und lesbar** sein.

Das Handzeichen leitet sich grundsätzlich von den ersten beiden Anfangsbuchstaben des Nachnamens ab. Vornamen haben keinen Urkundencharakter. In der Dokumentation hat es sich im Selbstschutzinteresse der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe „ausgeschwesterlt“.

Bei Namensgleichheit ist bei einem der Handzeichen ein weiterer Buchstabe hinzuzufügen. Ob abstrakte Handzeichen zugelassen werden, wird im Sinne der gebotenen Sorgfalt und raschen Nachvollziehbarkeit der Handlungsabläufe im Haftungskonflikt, vom Rechtsträger zu entscheiden sein. Erfahrungsgemäß können abstrakte Handzeichen im Einzelfall schlecht zur handelnden Person zuzuordnen sein.

Die Handzeichen müssen mit der aktuell datierten und geführten Handzeichenliste, die sinnvollerweise auch die volle Unterschrift (Vor- und Zuname) der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe enthält, korrespondieren.

Die Handzeichenliste wird analog der Aufbewahrungsfrist für Krankengeschichten zu archivieren sein.

Non est in actis non est in mundo – Was nicht in den Akten aufscheint, existiert für die in einer Rechtssache erkennenden Behörde so gut wie nicht. Damit folgt die jüngere Rechtsprechung einem altrömisch-rechtlichen Grundsatz:“Es wird vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht getroffen worden ist“..... „ Die ärztliche Dokumentation in Form von Operationsberichten und dergleichen ist nicht nur eine interne Gedächtnisstütze des Arztes, die er führen kann oder auch nicht, sondern wird im Rahmen der ordnungsgemäßen Erfüllung des abgeschlossenen Behandlungsvertrages geschuldet“..... (Vgl ua OGH 25.01.1994, 1 Ob 532/94, KRSlg 780; OGH 23.04.1996, 1Ob 2020/96g, RdM 1997, 26 ff, uvm) „Fehlende Pflegedokumentation ist ein Indiz für einen Pflegefehler“ (BGH bereits 1986 – AZ: VIU ZR 215/84, NJW 1986, 2365/2367).

- b) Die **händisch geführte Pflegedokumentation - Wunddokumentation** hat im Selbstschutzinteresse der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen keine unlesbaren Durchstreichungen, Auslackungen oder Überklebungen zu enthalten. **Korrekturen** haben entsprechend einer **ordnungsgemäßen** Buchführung (vgl insb §§ 189 und 190 HGB) so zu erfolgen, dass das ursprünglich Geschriebene lesbar bzw ersichtlich ist. ZB wird ein verfehlter Dokumentationsakt mit einem geraden Strich durchgestrichen, mit einem Korrekturzeichen versehen und mit Datum der Korrektur und Unterschrift/Handzeichen abgezeichnet.
- c) Die Bedeutung von **verwendeten Abkürzungen und Symbolen** in der Dokumentation muss im Einzelfall eindeutig festliegen, bzw ist in einem mit der jeweiligen Pflegedokumentation - Wunddokumentation korrespondierenden Handbuch auszuführen.
- d) Werden **elektronische Datenträger** verwendet, muss die vollständige, geordnete und inhaltsgleiche Wiedergabe bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist (30 Jahre!) gewährleistet sein.
- e) Die Dokumentation enthält ausschließlich festgestellte Tatsachen; Formulierungen im Pflegebericht wie“ Es wäre denkbar, dass“. „Es könnte sein, dass.....“. „Es scheint so, als ob.....“ sind zu vermeiden.
- f) Die Dokumentation enthält **keinerlei sozio-kulturelle Wertungen oder medizinische Diagnosen**, wie zB: asozial, Querulant, verwahrlost, Alkoholiker,..... In der pflegediagnosenorientierten Pflegeanamnese werden physische, psychische, kulturelle, soziale und emotionale Parameter **festgestellt und nicht bewertet**. Willensbekundungen des Patienten/Klienten werden im Anlassfall mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen wörtlich zitiert. Erscheint bei einer systematisch, chronologisch, dem Regelkreis folgenden Pflegedokumentation als glaubhaft und wird daher in der Prozesspraxis belohnt.
- g) Auf dem Umstand, dass „Geheimnisse“ iS § 10 Abs 4 B - KAKuG **nicht** zu dokumentieren sind, ist insb bei der Erhebung der Pflegeanamnese und im Pflegeberichtwesen Rücksicht zu nehmen.

Schließlich ist auszuführen, dass Dokumentationsmängel/-fehler in der Pflegedokumentation, natürlich auch in der medizinischen Dokumentation dazu führen, dass dem Patienten/Klienten im Schadenersatzprozess weitreichende – häufig prozessentscheidende – Beweiserleichterungen zugute kommen.

Die systematisch, chronologisch und vor allem ausschließlich patientenbezogene (keine zusätzlichen Aufzeichnungen, Hefte, Bücher, „Zettel“, usw führen) Pflegedokumentation und der Mut, auch Vertrauensbekundungen des Patienten/Klienten zu dokumentieren, zB im Rahmen des Aufklärungsgespräches: „Schwester, Sie wissen schon, was für mich gut ist“, wird in der Prozesspraxis belohnt.

Mag^a. Drⁱⁿ. iur. Gertrude Allmer

Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige
für Gesundheits- und Krankenpflege, Berufskunde,
Arbeitstechnik und Betriebsorganisation.



The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to read "G. Allmer". Overlaid on the signature is a circular official seal. The seal contains the following text: "Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige" around the perimeter, and in the center: "Dipl. GUKS. Mag. Dr. iuris Gertrude Allmer".

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung vorbehalten. Kein Teil des Gutachtens darf in irgendeiner Form (zB durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Autorin Mag^a. Drⁱⁿ. iur. Gertrude Allmer verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.