

Rechtliche Aspekte der modernen Wundversorgung im Überblick

Von Prof. Dr. Volker Großkopf und Michael Schanz

Einleitung

Chronische Wunden stellen für Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, niedergelassene Ärzte und betroffene Patienten eine große Herausforderung dar. Chronische Wunden werden traditionell von mehreren Disziplinen betreut. Die häufig jahrelange Therapieresistenz der Wunden und die damit verbundenen sozialen Beeinträchtigungen der Patienten führen nicht selten zu dauerhaftem Erwerbsausfall mit Frühberentung. Alleine bis zu 14% aller stationär aufgenommenen Patienten und bis zu 40% der Menschen in häuslicher Pflege leiden an Dekubitalulzerationen. Unzureichende Standardisierung und Koordination des Versorgungsprozesses chronischer Wunden haben darüber hinaus zu hohen volkswirtschaftlichen Belastungen für die Kostenträger und der Gesellschaft geführt. In den letzten Jahren hat sich zunehmend gezeigt, dass gerade diese Patienten von multidisziplinärer Betreuung profitieren können. Darüber hinaus ist die Versorgung der betroffenen Patienten nach wie vor in vielen Fällen unbefriedigend. Lediglich 20 Prozent der niedergelassenen Ärzte verordnen moderne Wundauflagen, die die Wundheilung wesentlich beschleunigen können und wirkungsvoller sind, als die herkömmliche Wundbehandlung. Die Vergütungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und die Ängste vor Budgetrestriktionen und dem Überschreiten des Arznei-Richtgrößenvolumens führen oftmals zu nicht adäquater umfassender Therapie für die betroffenen Patienten. Auch in vielen Kliniken werden chronische Wunden nach wie vor nicht entsprechend den aktuellen Erkenntnissen der modernen Wundbehandlung versorgt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere die beschleunigte Reepithelisation durch feuchtigkeitserhaltende Wundauflagen, die Vakuumtherapie oder das Einsetzen von Labormaden sich als zukunftssträchtige Behandlungsalternativen gegenüber der klassischen Wundbehandlung erwiesen haben. Die individuelle und phasengerechte Auswahl des geeigneten Wundversorgungssystems hat dem klinischen und ambulanten Alltag große Therapieerfolge beschert. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch, dass die Vornahme einer nichtindizierten, risikoreichen Maßnahme den Heilungsprozess verzögern oder verhindern kann.

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 ist¹. Die Behandlung chronischer Wunden vollzieht sich insoweit 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 und qualifiziertem Personal erbracht werden.

Bezogen auf die Haftungssphären bedeutet dies, dass der Arzt für die ordnungsgemäße Feststellung der jeweiligen Wundversorgungstherapie sowie die ordnungsgemäße Delegation der Maßnahme an qualifiziertes Personal die Verantwortung zu übernehmen hat.

¹ Siehe hierzu OLG Düsseldorf vom 16.06.2004 (1-15 U 160/03), RDG 2005, S. 61 f.



Die angewiesene Kraft haftet hingegen für die sach- und fachgerechte Durchführung der angewiesenen Maßnahme. Die Maßlatte des anzulegenden Sorgfaltsmaßstabes richtet sich dabei nach den individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen des Handelnden. Der ausgebildete Wundmanager wird an seinem Zertifizierungsstandard gemessen, während sich die Eigenhaftung von Gesundheits- und Krankenpflegern, Altenpflegern oder Arzthelferinnen nach dem Profil der jeweiligen Ausbildungsordnung und den individuellen Fachkenntnissen zu richten haben².

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 den handelnden Personen mit dem Gesamtkonzept abgeglichen wird. Oftmals belegt der Praxisalltag jedoch, dass diese dringliche interdisziplinäre Kommunikation mitunter Defizite aufweist und von unterschiedlichen Auffassungen bei der Anwendungsauswahl der geeigneten Wundversorgungsmaßnahmen geprägt ist. Die Gründe dieser Uneinigigkeiten sind unterschiedlicher Natur. Zwar ist die 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.

Ein weiterer Problempunkt im Bereich des Wundmanagements ist, dass es keine standardisierte Wundbehandlung 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 deutliches Beispiel zu der Individualität der Wundbehandlung folgt aus der Entscheidung des OLG Hamm vom 28.10.2002³ in welchem die Wundreinigung mit Wasserstoffperoxyd grundsätzlich als behandlungsadäquat bewertet wurde und nur in dem, der Entscheidung zugrunde liegenden Lebenssachverhalt als fehlerhaft eingestuft wurde.

Ausblick

Dies zeigt, dass es derzeit noch keinen evidenzbasierten Wundbehandlungsstandard gibt. Aufgrund der Individualität der zu behandelnden Wunden wird die Herausarbeitung eines positiven Behandlungsstandards 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. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass es eine Reihe von Publikationen bereits solche Negativlisten enthalten. Diese genügen allerdings nicht den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin.

² Siehe auch Krankenpflege und Recht, Großkopf + Klein, 2. Auflage, 2002 Seite 191 ff.

³ OLG Hamm vom 28.10.2002, AZ: 3 U 200/01, RDG 2004, Seite 107 Karteikarte