

Beitragsrezension**zugleich eine kritische Anmerkung zu der „Qualität“
in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

von Ass. Lutz Barth, im September 2004

**Patientenzufriedenheit mit Psychopharmakotherapie
- Generierung und Überprüfung multivariabler Erklärungsmodelle**von A. **Scope** und U. **Baumann**,**in Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Heft 3 / 2004 / S. 218 –229**

1	Problemstellung	1
2	Inhaltliche Rezension des Beitrages von Scope und Baumann.....	2
2.1	Allgemeines	2
2.2	Wesentliche Ergebnisse der Studie	4
3	Rechtliche Folgerungen ?	8
3.1	Vorbemerkung	8
3.2	Grundsätze der „Qualität und Qualitätssicherung“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen	11
3.2.1	Die „Zufriedenheit des Bewohners“ als Qualitätsmerkmal.....	12
3.2.1.1	Die allgemeine „Zufriedenheit“ des Bewohners ?	12
3.2.1.2	Ursachenforschung ?.....	14
4	Ausblick.....	16

1 Problemstellung

Die beiden Autoren Scope und Baumann haben mit ihrer Studie aus dem Bereich der „Zufriedenheitsforschung“ mit Blick auf die Patientenzufriedenheit vor dem Hintergrund einer Psychopharmakotherapie jüngst ein Thema aufgegriffen, dass gerade auch im Medizinrecht - speziell auf die Haftungsmodalitäten der Pharmakotherapie bezogen - besonderes Interesse hervorrufen dürfte.

Es kann vorab festgestellt werden, dass sämtliche Therapierichtungen trotz unterschiedlicher Akzentuierung der **Arzt-Patient-Beziehung**¹ in ihrer Gesamtheit eine erhebliche Bedeutung beimessen und zwar gerade auch im Bereich der Arzneimittelbehandlung²; aus der Sicht des Juristen gilt dies nicht nur für die Psychopharmakotherapie, sondern allgemein für die Therapie eines Patienten und zwar unabhängig davon, ob es sich dabei um die Behandlung eines Alterspatienten handelt.

Freilich gilt es zu betonen, dass die Arzneimitteltherapie eines Alterspatienten den Therapeuten mit speziellen pharmakologischen Problemen konfrontiert, wonach u.a. die Pharmakotherapie des Alterspatienten multikonditional programmiert ist³ und bei hochaltrigen multimorbiden Patienten eine „kritische Selektion der medikamentösen

¹ Vgl. auch den Beitrag „mündige Patienten“, in Niedersächsisches Ärzteblatt 4/2004, S. 78 ff. über Verordnungsentscheidungen in Hausarztpraxen / Patientenbefragung zur Pharmakotherapie

² Hart, Arzneimitteltherapie und ärztliche Verantwortung, 1990, S. 38 ff. m.w.N.

³ Vgl. hierzu Barth, L., Die Arzneimitteltherapie des Alterspatienten – Teil I /2004 in Webpräsenz des IQB unter www.iqb-info.de unter der Rubrik (Link) „Aktuelles / Beiträge“, insbesondere S. 4 ff (S.6)

Substanzen unerlässlich (ist), die sich als eine Schwerpunkttherapie auf vorherrschende vitale krankhafte Störungen konzentriert und Nebenbefunde (zunächst) außer Acht lässt⁴.

Die (geronto)psychiatrische Behandlung eines Alterspatienten beruht auf mehreren Säulen⁵, wobei die Psychopharmakotherapie⁶ als integraler Bestandteil des somatotherapeutischen Verfahrens eine besonders zentrale Rolle einnimmt.

Anlass genug, sich mit der „Zufriedenheit“ des Alterspatienten mit „seiner“ Psychopharmakotherapie nach der Rezension der o.a. Studie der beiden Autoren Scope und Baumann thematisch auseinanderzusetzen, auch wenn diese insoweit den Prädiktoren „älter und weiblich“ keinen besonderen Stellenwert eingeräumt haben⁷.

2 Inhaltliche Rezension des Beitrages von Scope und Baumann

2.1 Allgemeines

Die Patientenzufriedenheit als Evaluationskriterium mit Blick auf die Qualität stationärer Versorgung lässt sich im wesentlichen auf die drei folgenden Ebenen fokussieren⁸:

- **Patientenzufriedenheit als Qualitätskomponente:**

⇒ Patienten werden als Betroffene betrachtet, deren Zufriedenstellung eines von mehreren Behandlungszielen ist. Zufriedenheit dient der Bewältigung der Krankheit und wird als Element der Gesundheit angesehen.

- **Patientenzufriedenheit als Qualitätsindikator:**

⇒ Hier steht die Rolle des Patienten als Beobachter und Bewerter im Vordergrund. Ihre Aussagen liefern einen von mehreren Messwerten für die Güte der Behandlung.

- **Patientenzufriedenheit als Qualitätsfaktor:**

⇒ Dieser Aspekt bezieht sich auf die Patienten als Handelnde, die Konsequenzen aus den in der Behandlung erlebten Erfahrungen ziehen. Zufriedene Patienten halten sich eher an professionellen Empfehlungen und helfen damit ihrer Genesung.

⁴ Oesterreich, Klaus, Gerontopsychiatrie – Forschung/Lehre/Praxis/Persektiven, 1993, S. 94

⁵ Vgl. statt vieler: Böger/Kanowski, Gerontologie und Geriatrie für Krankenpflegeberufe, 3. neubearb. Aufl., 1995, S. 347, wonach die psychiatrische Behandlung durch somatische, psychotherapeutische und sozialtherapeutische Verfahren gekennzeichnet ist und keiner der vorgenannten Therapieansätze/-richtungen sich ausschließen sollten.

⁶ Böger/Kanowski, ebenda, S. 349 ff.; ebenso Oesterreich, Gerontopsychiatrie, S. 90 ff.

⁷ Vgl. hierzu Leimkühler (1995), Die Qualität medizinischer Versorgung im Urteil des Patienten, in Hrsg. Gaebel, Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus (S. 163 – 172), wo diese Prädiktoren mit höheren Zufriedenheitswerten in Verbindung gebracht werden.

⁸ Scope und Baumann mit Verweis auf Satzinger, W. (1995), Patient als „Qualitätsmonitor“. Zur Rolle von Patientenbefragungen beim Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Schriftliche Fassung des Vortrages auf dem Ersatzkassenforum, 14.11.95, Bonn; siehe auch Jacob und Bengel (2000), Das Konstrukt Patientenzufriedenheit. Eine kritische Bestandsaufnahme, in Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 48 / S. 280 – 301.

Auch wenn sich bezüglich der „Zufriedenheit“ der Patienten mit einer Psychopharmakotherapie relativ wenige Untersuchungen finden lassen, so kann gleichwohl generell festgestellt werden, dass interpersonelle Aspekte der Versorgung, wie etwa das Gefühl von Sicherheit, Arzt- und Medikamentenvertrauen, Verständnis und Interesse seitens der Therapeuten im Vergleich zu den soziodemographischen Variablen eine bedeutende Komponente der allgemeinen Behandlungszufriedenheit darstellen.

Neuere Ansätze in der Zufriedenheitsforschung im Bereich der ambulanten Behandlung berücksichtigen Konzepte wie Verpflichtung und Entschuldbarkeit (z.B. wenn Patienten die geringe Zuwendung des Pflegepersonals im Rahmen ihres Aufenthalts bemängeln, dies aber aufgrund der sichtbaren Überlastung entschuldigen).

Ohne hier im Detail auf die Methodik des Untersuchungsverfahrens der beiden Autoren mit den differenten Parametern eingehen zu wollen⁹, sollen jedoch zwei Aspekte besonders hervorgehoben werden:

- die **Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung** mit den folgenden Subskalen:

Zufriedenheit mit der

- ⇒ Information
- ⇒ Mitgestaltung
- ⇒ Wirkung der medikamentösen Behandlung
- ⇒ Beziehung zu den Behandlern/Therapeuten

und

- aus dem Bereich der untersuchten **Behandlungsmerkmale**

⇒ bezüglich der Information, wo die Patienten nach Erhalt und Ausführlichkeit der Informationen zu verschiedenen Bereichen befragt wurden; so u.a. Art und Hintergrund ihrer Störung, Wirkung und unerwünschte Wirkungen der medikamentösen Therapie

und

⇒ im Hinblick auf die

⇒ Wirkungsbeurteilung der Pharmakotherapie (erwünschte oder unerwünschte Wirkungen)

⇒ den Beziehungsaspekten

⇒ und auf die Items zur Erfassung der Mitgestaltung, die sich auf Wahl und Dosierung der verordneten Medikamente beziehen.

⁹ Scope/Baumann, aao., S. 221 - 223

Scope und Baumann geben allerdings zu bedenken, dass es problematisch erscheint, wie auf die Zufriedenheit der Patienten mit Blick auf die Information und Mitgestaltung geschlossen werden kann, wenn diese den Erhalt von Informationen oder die Möglichkeit der Mitgestaltung verneinen.

„Die einfachste Möglichkeit besteht darin, nach der Überlegung `was nicht ist, kann nicht zufrieden stellen` keine Zufriedenheitswerte zu berücksichtigen. Als Alternative erscheint die Berücksichtigung von Wünschen und Erwartungen der Patienten an ihre Behandlung sinnvoll. Wenn sich jemand etwas wünscht und nicht erhält, so ist die Vermutung sinnvoll, dass der betreffende Patient weniger zufrieden ist, als wenn er sich nichts wünscht und nichts erhält. Nach dieser Argumentationslogik wurde in unserer Studie vorgegangen¹⁰.

Bei der Untersuchung wurde daher bei der Verneinung nach dem Erhalt von Informationen und der Mitgestaltung durch die Patienten ergänzend gefragt, ob diesbezüglich der Wunsch danach bestanden hat. Je größer der Wunsch war, desto niedriger war der zugeordnete Zufriedenheitswert.

Die vorgelegte Studie der beiden Autoren gliedert sich in drei Stufen, die von den Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung über die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung bis hin zu einem Modell, dass neben den Merkmalen der Behandlung auch Merkmale der Patienten berücksichtigt¹¹.

Folgende Fragestellungen erscheinen speziell für den Bereich der Patientenzufriedenheit mit der Pharmakotherapie von besonderem Interesse zu sein und sollen hier besonders hervorgehoben werden:

- Wirkungen auf eine globale Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung durch den Einfluss folgender Komponenten:
 - ⇒ Information
 - ⇒ Mitgestaltung
 - ⇒ Behandler – Patient – Beziehung
 - ⇒ Wirkung der medikamentösen Behandlung
- Erweiterung von der Zufriedenheit mit der Therapie auf die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung im allgemeinen
 - ⇒ Angaben des Patienten über Psychotherapie, Sozialarbeit, Autonomie und Verpflegung bei stationärem Aufenthalt.

2.2 Wesentliche Ergebnisse der Studie

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass dem Autor der Rezension im Hinblick auf die von Scope und Baumann vorgelegte Studie über die Patientenzufriedenheit einerseits Respekt und Zurückhaltung auferlegt wird und dass andererseits bereits an dieser

¹⁰ Scope/Baumann, aaO., S. 222

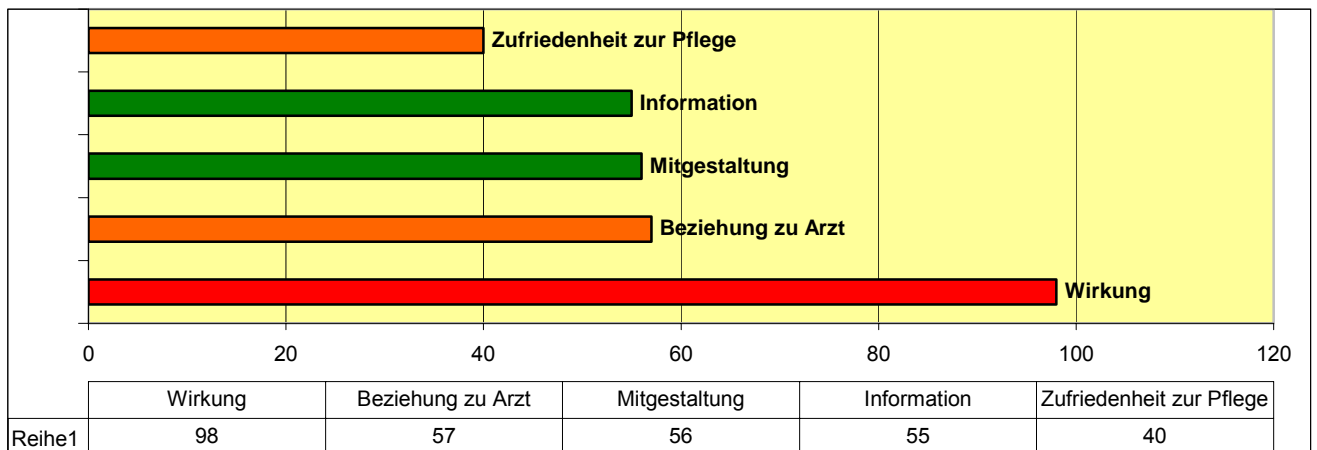
¹¹ Scope/Baumann, aaO., S. 220 zu den Fragestellung der Studie.

Stelle eine ausdrückliche Empfehlung zum Originalstudium des Beitrages der beiden Autoren ausgesprochen werden darf, da es keineswegs die Absicht des Verfassers ist, im Detail die einzelnen Ergebnisse in den erstellten Pfadanalysen darzustellen. Vielmehr kommt es hier darauf an, ggf. aus der Studie einen Erkenntnisgewinn zu ziehen, der letztlich dazu beiträgt, einen weiteren Beitrag zur Absicherung der Patientenrechte des Alterspatienten leisten und hieraus folgend ggf. Empfehlungen für die Praxis aussprechen zu können.

• **Zufriedenheitsbeurteilung bei medikamentöser Behandlung**

Folgende Einzelkomponenten sind in der Studie einer genaueren Analyse unterzogen worden:

- ⇒ Wirkung (.98)¹²
- ⇒ Beziehung zu Arzt (.57)
- ⇒ Mitgestaltung (.56)
- ⇒ Information (.55)
- ⇒ Zufriedenheit mit der Beziehung zur Pflege (.40)



• **Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung als Komponente der Zufriedenheit mit stationärer Behandlung**

Zufriedenheit des Patienten

- bezogen auf die Aspekte der stationären Behandlung

- ⇒ Autonomie (.85)
- ⇒ Mitpatienten (.43)

- mit nicht-medikamentösen Behandlungsangeboten

- ⇒ Krisenreaktion (.56)

¹² numerisches Ergebnis: der Wert bezeichnet die „Zufriedenheit“; je höher, um so „zufriedener“; vgl. hierzu aber die Ergebnisse als auch die Pfadanalysen bei den Autoren in ihrem Beitrag.

- ⇒ Gruppentherapie (.67)
- ⇒ Einzelpsychotherapie (.20)

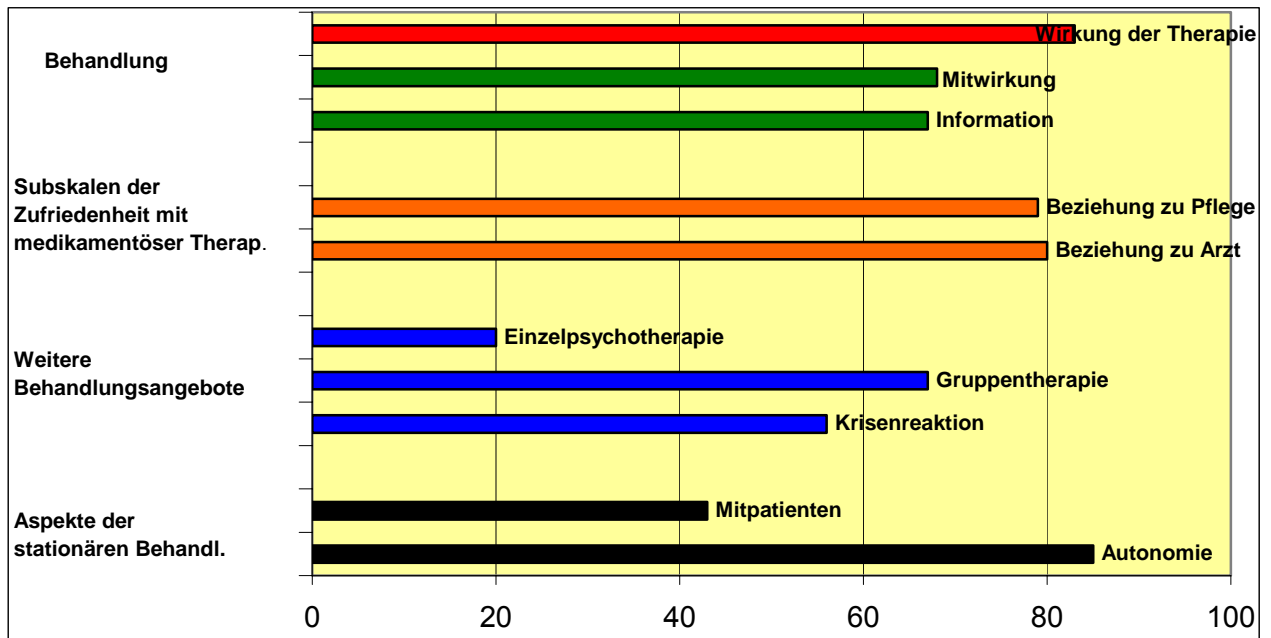
○ und den folgenden **Subskalen der Zufriedenheit** mit der medikamentösen Behandlung

Beziehung

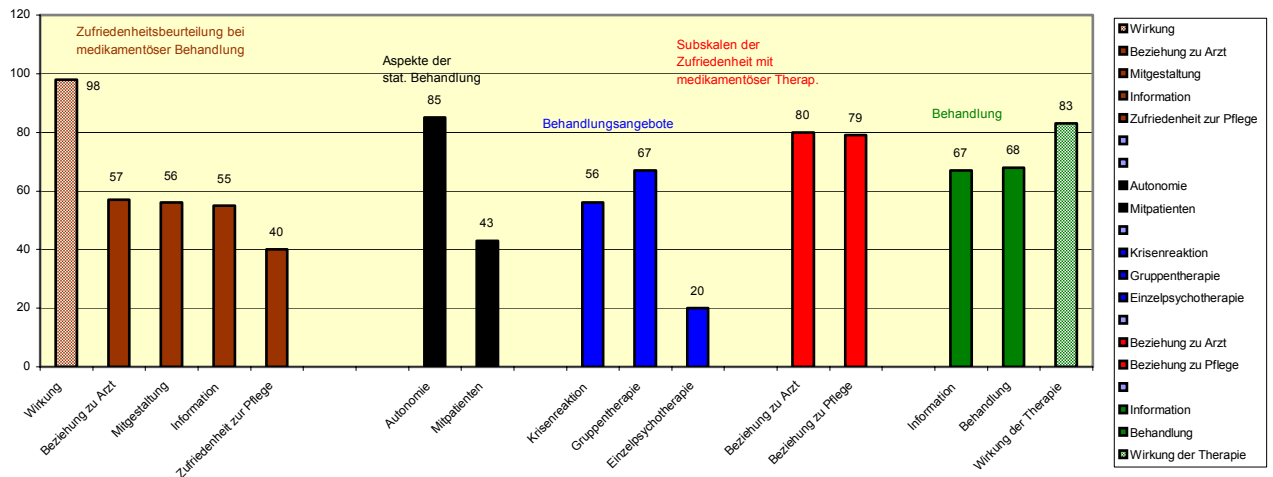
- ⇒ zu Arzt (.80)
- ⇒ zu Pflege (.79)

Behandlung

- ⇒ Information (.67)
- ⇒ Mitgestaltung (.68)
- ⇒ Wirkung der Therapie (.83)



Gesamtdarstellung der Zufriedenheitswerte



Scope und Baumann treffen aufgrund ihrer vorgelegten Studie folgende, zentrale Aussagen:

- **Aus der Sicht der Patienten ist die pharmakologische Wirkung als wichtigste Komponente der Zufriedenheit ausgewiesen.**
- **Die Zufriedenheit der medikamentösen Behandlung stellt zugleich einen bedeutenden Bestandteil der Zufriedenheit mit der stationären Behandlung dar.**
- **Überdies ergibt die Studie relativ gute „Zufriedenheitswerte“ bezüglich der Interaktion Patient – Arzt – Pflege.**
- **Es bestehen hohe, positive Zusammenhänge zu offen und vorgegebenen erfassten erwünschten Wirkungen der Pharmakotherapie, sowie ein niedriger, negativer Zusammenhang zu unerwünschten Wirkungen. Erwünschte Wirkungen scheinen somit bedeutsamer als unerwünschte Wirkungen¹³.**
- Zur Steigerung der Patientenzufriedenheit mit der medikamentösen Therapie mit Blick auf das Krankheitskonzept und den Behandlungswillen geben die Autoren folgende, **negativ besetzte Items** zu bedenken:
 - **„Mein Arzt oder meine Ärztin hatte andere Auffassungen über die Hintergründe meiner Probleme als ich.**
 - **Ich war mit meinem Arzt/meiner Ärztin über die Art meiner Störung in allen Punkten einig. (umgepolt)**
 - **Eine gute Behandlung ist Aufgabe der Klinik und verdient daher keine besondere Anerkennung.**
 - **Mein Arzt/Ärztin hat nicht alle Ursachen meiner Probleme vollständig verstanden.**
 - **Die stationäre Behandlung entsprach nicht zur Gänze meinem Willen“¹⁴**

Die Autoren sprechen für eine weitergehende Forschung u.a. die **Empfehlung** aus,

die Rolle der Patientenzufriedenheit als Qualitätsfaktor im Rahmen von Langzeitstudien zur Auswirkung der Patientenzufriedenheit auf die Compliance oder auf die Verlaufsparameter der Krankheit näher zu untersuchen.

¹³ Nach Scope und Baumann widerspricht dieser Befund der Aussage von Windgassen, wonach die Vorteile eines Medikaments seitens der Patienten auf fehlende Nebenwirkungen reduziert werden: Scope/Baumann, aaO., S. 228 mit Hinweis auf Windgassen (1989), Schizophreniebehandlung aus der Sicht der Patienten, Berlin/Springer

¹⁴ Scope/Baumann, aaO., S. 228

3 Rechtliche Folgerungen ?

3.1 Vorbemerkung

Der Arzt bewegt sich bei der Ausübung seiner Tätigkeit in den allgemein gültigen Normen des Zivil- und des Strafrechtes, und zwar unabhängig davon, dass sich die Ärzteschaft selbst über ihr eigenes Berufsrecht und etwa durch die Richtlinien der Bundesärztekammer in weiten Teilen ihrer Berufsausübung (rechtlichen) Bindungen unterworfen hat¹⁵, mag es auch an einem Arztrecht in Form eines Gesetzes ermangeln.

Das Berufsrisiko des Mediziners „verschärft sich drastisch“¹⁶ und gelegentlich findet sich der Hinweis in der Literatur, dass vor einem Übermaß strafrechtlicher Verfahren und Sanktionen gewarnt wird, ohne hier allerdings hinreichend zu berücksichtigen, dass jedweder Eingriff in die körperliche Integrität eines Menschen und damit eines Patienten zunächst einmal den äußeren Tatbestand der Körperverletzung erfüllt, wenn und soweit die Regeln eines rechtfertigenden (Heil-)Eingriffs nicht beachtet werden¹⁷.

Hiergegen Klage zu führen, scheint wenig erfolgversprechend, nimmt doch der BGH in letzter Instanz Kurskorrekturen im **Arzthaftpflichtrecht** vor, die zumindestens für die Spruchpraxis der untergeordneten Instanzen bindend sind.

Selbstverständlich werden hierbei vom BGH neue Anforderungen an den Arzt entwickelt, die gelegentlich diskussionswürdig erscheinen. Durch die Rechtsprechung wird gleichwohl das Bemühen erkennbar, die Rechtsstellung der Patienten im Schadensersatzrecht zu verbessern.

Mithin erlebt das Arztstrafrecht keine „hässliche Blüte“¹⁸, zumindestens nicht aus der Sicht derjenigen, bei denen die gewünschte Heilbehandlung sich als medizinischer Fehlschlag erwiesen hat. Sowohl das Straf- wie auch Zivilrecht dient dem Patientenschutz im weitesten Sinne.

„Das Vertrags- und Deliktsrecht der Arzthaftung sind privates ärztliches Berufsrecht, das im Gegensatz zum öffentlichen Berufsrecht die Drittinteressen des Patienten direkt integriert. Es formuliert die Anforderungen an die Qualität und Sicherheit der ärztlichen Berufsausübung, indem es ärztliche Verhaltenspflichten als objektivierte, berufliche Standards für die verschiedenen Fachgebiete aufstellt“¹⁹

Problematisch und im übrigen unbefriedigend ist freilich, dass sich dann zumeist der Konflikt realisiert hat und einer der Beteiligten sich in seinen Rechten verletzt fühlt resp. einen Schaden davon getragen hat.

Die ärztliche Heilbehandlung und damit die Pharmakotherapie ist hiervon nicht ausgenommen und es gilt daher, die Ressource Recht bereits im Vorfeld darauf hin zu überprüfen, ob sich bei einer interdisziplinären Lesart etwa der Patientenzufriedenheit

¹⁵ Vgl. hierzu etwa: Taupitz, Rechtliche Bindungen des Arztes: Erscheinungsweisen, Funktionen, Sanktionen, in NJW 1986, S. 2851; ebenso instruktiv Francke/Hart, Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation, 1987, S. 135 ff.

¹⁶ So Laufs, Medizinrecht im Wandel, in NJW 1996, S. 1571 m.w.N.

¹⁷ Selbst im Rahmen von sog. Buchbesprechungen lassen die Autoren nicht die Möglichkeit aus, hiergegen vehement Klage zu führen: Beredtes Beispiel hierfür ist die Buchbespr. von Rigizahn über Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, wo Rigizahn gleich einfühend meint, dass das Buch von Ulsenheimer in Zeiten, in denen das Arztstrafrecht angesichts des Verfolgungseifers vieler Staatsanwaltschaften eine häßliche Blüte erlebt, auf besonderes Interesse stößt, siehe Rigizahn, in NJW 1999, S. 840

¹⁸ Rigizahn, ebenda

¹⁹ Hart, Arzneimitteltherapie..., S. 67, 68

Anhaltspunkte dafür ergeben, dass sich etwaige „Sonderpflichten“ für den behandelnden Arzt oder den Träger einer stationären Alteneinrichtung ergeben könnten, ohne dass diese expressis verbis im Gesetzestext enthalten oder von der Rechtsprechung judiziert worden wären.

Gemessen an den Interessen der Alterspatienten, die in stationären Alteneinrichtungen umfassend medizinisch und pflegerisch betreut werden, nimmt das Straf- und Haftungsrecht eine wesentliche Funktion mit Blick auf die Sicherung der Patientenrechte wahr und diese Funktion kann nicht dadurch eine Einschränkung erfahren, in dem das Haftungsrecht „als ein ethisches Minimum“ deklariert und somit zu Veränderungen des Pflichtengefüges bei einer ärztlichen Therapie führen wird.

Im modernen Rechtsstaat ist es nicht die Aufgabe der Alterspatienten, aufgrund erfahrenen „individuellen Leids, verursacht durch medizinische Fehlschläge“, gleichsam Prozesse²⁰ gegen die Verantwortlichen zu führen, damit sich das Haftungsrecht fortentwickelt. Das Recht kann vielmehr auch als eine Ressource der Prävention begriffen werden, wonach es den beteiligten Akteuren obliegt, selbstkritisch über ihre Tätigkeitsfelder zu reflektieren, um im Zweifel drohende Konflikte und damit Haftungspotenziale von vorn herein auszuschließen resp. zu vermeiden.

Vor dem Hintergrund der von den Autoren Scope und Baumann vorgelegten Studie über die Patientenzufriedenheit der Psychopharmakotherapie soll hier der Versuch unternommen werden, die nähere Frage zu beantworten, ob aus den empirischen Befunden sich weitergehende Rechte des Alterspatienten ableiten lassen können, die dann in der Folge in Form von Thesen zur Diskussion gestellt werden.

Es wird allerdings nicht verkannt, dass die Studie nicht ohne weiteres auf die Psychopharmakotherapie eines gerontopsychiatrischen Alterspatienten übertragen werden kann, wenngleich ein solches auch nicht beabsichtigt ist.

Vielmehr kommt es dem Verfasser entscheidend darauf an, insbesondere das Pflichtensystem der Therapeuten bei der Arzneimitteltherapie²¹ intensiver in das Bewusstsein derer zu rufen, die sich berufen fühlen, einen multimorbiden Alterspatienten ärztlich zu betreuen.

„Wer alte Menschen erlebt hat, deren Persönlichkeit bei nicht zu verantwortender Dauergabe von Psychopharmaka hinter der `chemischen Zwangsjacke` verschwand, der fragt sich immer wieder, wo das Verantwortungsbewusstsein derer geblieben ist, die mit solchen Dauerrezepturen alte Menschen bis zur Intoxikation und eventuell bis zum Tod chemisch misshandeln“²².

Ein schier unglaubliches Fazit aus berufenem Munde und der Feder eines renommierten Rechtsmediziners und es sei der diesseitigen Befürchtung Ausdruck verliehen, dass im Zweifel die ärztlich verordneten Intoxikationspsychosen den Alterspatienten in stationären Alteneinrichtungen „höchst zufrieden“ erscheinen lassen, ungeachtet der Problematik, dass dieser im Zweifel aufgrund seiner gerontopsychiatrischen Erkrankung nicht mehr in der Lage zu sein scheint, entweder seine „Zufriedenheit“ oder seinen „Unmut“ über die

²⁰ Siehe etwa Haß/Böhme, Haftungsfragen und Pflegeversicherungsgesetz, Forum 35 (KDA), 1997, S. 96

²¹ Vgl. hierzu etwa Hart, Arzneimitteltherapie..., aaO., insbesondere S. 81 ff.; siehe auch Barth, L., Arzneimitteltherapie...Teil I, aaO., S. 4 ff.

²² Wagner H.-J. Wagner, Interdisziplinäre Probleme und Aufgaben, in Dt.Ärztebl 1999; 96: A-3032-3034 (Heft 47), A-3033

ärztliche Behandlung im allgemeinen oder der Psychopharmakotherapie im besonderen zu artikulieren.

Diese Hypothese des Verfassers darf nicht zu der Annahme verleiten, dass mit Blick auf die gerontopsychiatrischen Patienten in den stationären Alteneinrichtungen dem Qualitätsmerkmal/-indikator „Patientenzufriedenheit“ keine oder nur eine marginale Bedeutung beizumessen wäre. Eher das Gegenteil ist anzunehmen, da seit der Einführung der Pflegeversicherung gleichsam eine **Metamorphose des Alterspatienten zum „Kunden“** schleichend stattgefunden hat²³:

- ***Die „Patientenzufriedenheit“ dient als Parameter für einen erhofften Vorteil im Wettbewerb unter den verschiedenen Anbietern mit ihren vollstationären Betreuungs- und Pflegeangeboten und mündet schließlich in ein generalisierendes Leitbild der jeweiligen Alteneinrichtung.***

Die „Patientenzufriedenheit“ sowie die medizinische und pflegerische Kompetenz sind wichtige Maßstäbe für die Qualität²⁴ der in der jeweiligen stationären Alteneinrichtung erbrachten Leistungen und bedingen sich in ihren wechselseitigen Bezügen.

Wie die Autoren Scope und Baumann begreifen die Pflegewissenschaftler/Pflegekundler die Bewohnerzufriedenheit als Qualitätskomponente/-indikator und –faktor, allerdings mit einem noch zu erörternden, wesentlichen Unterschied, dass im ersteren Falle die Zufriedenheit des Patienten (!) evaluiert wird, während demgegenüber sich den Pflegekndlern der Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung scheinbar als „Kunde resp. Klient“ präsentiert, der nach dem traditionellen Selbstverständnis der Altenpflege vor dem Hintergrund ihrer alterssoziologischen Bezüge als ein verständiger und mündiger Vertrags- und Kooperationspartner in der Lage zu sein scheint, seine individuellen Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren. Seit der Entscheidung des BVerfG`s zum Altenpflegegesetz²⁵ mag zwar eine andere Lesart von der personenbezogenen Rolle des Bewohners anbefohlen sein, da insoweit der Gesetzgeber einen medizinisch-pflegerischen Schwerpunkt in der Ausbildung gesetzt und sich damit von dem sozial-pflegerischen Profil, wie es in den Anfängen der Altenpflege bestand und betont wurde, entfernt habe, wengleich hierdurch keineswegs Aussagen zur Qualitätssicherung getroffen wurden. Dies gilt insbesondere auch vornehmlich mit Blick auf die Rechtsnatur des Heimvertrages und der üblicherweise nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) geschuldeten und von der Pflegekasse zu finanzierenden Leistungen, geschweige denn zum Pflichtengefüge eines Arzt-Patienten-Verhältnisses²⁶.

Mit anderen Worten: Mag auch der Gesetzgeber und ihm folgend das BVerfG dem „Scharm“ der Pflegekundler erlegen sein, wonach die sprachsoziologische Leerformel von der „ganzheitlichen Pflege“²⁷ die zielbestimmende Größe bei der bundeseinheitlichen

²³ Siehe hierzu etwa auch Igl, in Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der BRD: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen, im folgenden 4. Altenbericht, S. 301 ff. mit Hinweis darauf, dass der „Kundenstatus“ des versicherten, zumal demenzerkrankten Bewohners zweifelhaft erscheint.

²⁴ Ein solches wird durch das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) v. 09.09.2001 nachhaltig bestätigt; vgl. dazu §§ 80, 80a, 112 ff. SGB XI; Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen v. 16.12.03

²⁵ Vgl. diesbezüglich die Ausführungen des BVerfG in seiner Entscheidung v. 24.10.02 – 2 BvF 1/01 zum Altenpflegegesetz,

²⁶ Siehe zur Entscheidung den kritischen Beitrag v. L. Barth, Die bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung, Anmerkungen zur Entscheidung des BVerfG v. 24.10.02 – 2 BvF 1/01, in IQB-Webpräsenz unter Link Aktuelles/Beiträge www.iqb-info.de

²⁷ Vgl. hierzu im übrigen den emanzipatorischen Anspruch der Ärzteschaft, die „ganzheitliche Krankenversorgung“ leisten zu wollen, Opperbecke, Arzt und Krankenpflege: Konfliktfelder und Kompetenzen, Anmerkungen zum gleichnamigen Beitrag von Erich Steffen, in MedR 1999 (1), S. 29 ff. Nach ihm ist die medizinische Patientenversorgung eine Ganzheit; „sie besteht untrennbar aus der pflegerischen und der ärztlichen Betreuung, ohne primär dem einen oder anderen Sektor einen dominierenden Stellenwert einzuräumen. Ob der Schwerpunkt mehr in der pflegerischen oder mehr in

Altenpflegeausbildung sein muss und demzufolge die Differenzierung von sozial-pflegerischen und medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten durch ein ganzheitliches Pflegeverständnis verdrängt wird und sich die Berufsbilder der Kranken- und Altenpflege zwangsläufig aufeinander zu bewegen, so zeitigt dieser programmatische Ausbildungsansatz derzeit keine Konsequenzen etwa auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Allein die Reformierung der Altenpflegeausbildung und damit die Vermittlung der theoretischen und fachpraktischen Kenntnisse und Fertigkeiten sind m.E. keinesfalls ausreichend, um Fehlentwicklungen bei der Betreuung eines Alterspatienten entgegen wirken zu können. Die ehemalige Bundesgesundheitsministerin C. Bergmann hat zwar in den mündlichen Verhandlungen vor dem BVerfG betont: „Es muss der Vergangenheit angehören, dass Pflegefehler auf eine schlechte Ausbildung zurückzuführen sind“²⁸, so dass der Eindruck entsteht, dass die in den Medien geführte Diskussion über den „Tatbestand der gefährlichen Pflege“ maßgeblich hierauf zurückzuführen sei. Ob dem so ist, soll hier gleichfalls näher untersucht werden.

3.2 Grundsätze der „Qualität und Qualitätssicherung“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Bei ihrer Leistungserbringung haben die vollstationären Pflegeeinrichtungen u.a. nachstehende Ziele zu verfolgen,

- ▶ *dass die Pflege, soziale Betreuung und Versorgung an der Menschenwürde ausgerichtet sind und die Lebensqualität und die **Zufriedenheit** des Bewohners angestrebt werden soll.*
- ▶ *Zugleich soll grundsätzlich auf eine **Vertrauensbeziehung** zwischen dem Bewohner und den an der Pflege, sozialer Betreuung und Versorgung Beteiligten hingewirkt werden.*
- ▶ *Die Pflege, soziale Betreuung und Versorgung werden **fachlich kompetent** nach wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht²⁹.*

In den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI werden dann die differenten Ebenen der Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) als auch das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement näher beschrieben, vermögedessen es u.a. dem „pflegeunkundlichen“ Juristen ermöglicht wird, ggf. aus diesen Qualitätsparametern, die im übrigen für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sind, Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, welche Obliegenheiten die vollstationäre Pflegeeinrichtung zu erfüllen hat, um ihrem „Auftrag“ gerecht werden zu können.

Wenn hier von „Obliegenheiten“ die Rede ist, dann ist damit zugleich auch eine zu erfüllende Pflicht gemeint, bei deren Nichtbeachtung und/oder „Schlechtleistung“ durch den Träger oder der nachgeordneten Strukturen gleichsam dem Bewohner ein

der ärztlichen Versorgung liegt, hängt von der jeweiligen Situation des Einzelfalles ab, vom Zustand des Patienten, von der Art und Schwere der Erkrankung und von der aktuellen Krankheitsphase“.

²⁸ Einführende Stellungnahme der BdM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Christine Bergmann zur mündlichen Verhandlung vor dem BVerfG am 25.06.02

²⁹ Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung...v. 16.12.03, Ziff. 1.1 – Grundsätze/Ziele

einklagbarer Anspruch auf die Leistung und bei Verwirklichung eines schadensträchtigen Ereignisses ein entsprechender Schadensersatzanspruch³⁰ zustehen kann. Zwar ist zu konzedieren, dass die hier in Bezug genommenen Qualitätsgrundsätze und Maßstäbe keine unmittelbaren Rechte für die Bewohner begründen, so dass es abwegig erscheint, hieraus einklagbare Ansprüche ableiten zu wollen.

Gleichwohl könnte eine andere Wertung vorgenommen werden, weil die gemeinsame Erklärung im Wege der „Selbstbindung“ zentrale Aussagen zur Qualität enthält, die derzeit dem gesicherten und anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen sollen.

Hieraus kann zunächst der Schluss gezogen werden, dass das „Leitbild“ einer Einrichtung als ein „Selbstbekenntnis“ des Trägers zu qualifizieren ist, aus dem dann in der Folge rechtlich bedeutsame Sekundärpflichten sowohl für den Träger als auch die nachgeordneten Mitarbeiter folgen könnten, zumal das „Leitbild“ als integraler Bestandteil der Strukturqualität qualifiziert worden ist³¹. Die Strukturqualität stellt sich dabei in den Rahmenbedingungen des Leistungsprozesses dar und es wird hierunter insbesondere die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung der vollstationären Pflegeeinrichtung verstanden³². Neben der Beachtung der Qualitätsgrundsätze und -ziele ist ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu etablieren, welches alle Managementprozesse umfasst und sich neben dem Sicherstellungsauftrag der Qualität auf alle Handlungen und Leistungen bezieht, die einer zielorientierten, fachgerechten und effektiven Leistungserbringung dienen. Die einzelnen Qualitätsziele werden durch einen kontinuierlichen Prozess der Planung, Ausführung, Überprüfung und Verbesserung bestimmt und das Qualitätsmanagement erfordert eine **Kundenorientierung**, d.h. die Erwartungen und Bewertungen der Bewohner und aller an der Pflege und Versorgung Beteiligten werden einbezogen³³.

Die von der vollstationären Pflegeeinrichtung angebotenen Pflegeleistungen sind unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft³⁴ durchzuführen und diese ist u.a. für die **Planung, Durchführung und Evaluation** der Pflege³⁵ zuständig.

Hieraus folgt, dass in der Tat auch die „Bewohnerzufriedenheit“ als Qualitätsmerkmal zu evaluieren ist, zumal als übergeordnetes Ziel die „Zufriedenheit“ des Bewohners angestrebt werden soll.

3.2.1 Die „Zufriedenheit des Bewohners“ als Qualitätsmerkmal

3.2.1.1 Die allgemeine „Zufriedenheit“ des Bewohners ?

Sofern der Bericht der Kommission zur Verbesserung der geriatrisch-pflegerischen Versorgung in Bayern³⁶ als Ausgangspunkt für eine Einschätzung der „Zufriedenheitswerte der Bewohnern“ genommen werden soll, dürften diese Werte nicht nur gegen Null tendieren, sondern eher im Minusbereich angesiedelt sein.

Folgende, besonders nach Auffassung der Kommission gravierende Defizite sind festzustellen:

³⁰ Und zwar unabhängig davon, dass die gleiche Handlung der Akteure auch unter strafrechtlichen Gesichtspunkten bewertet werden kann, etwa bei Begehung einer Körperverletzung.

³¹ Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung...v. 16.12.03, Ziff. 2.1.2

³² Vgl. hierzu auch Jasenka Korecic, Pflegestandards Altenpflege, 1996, S. 7 ff.

³³ Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung...v. 16.12.03, Ziff. 1.3

³⁴ Siehe § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI

³⁵ Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung...v. 16.12.03, Ziff. 2.2.1

³⁶ Bayern SPD Landtagsfraktion, Bericht der Kommission zur Verbesserung der geriatrisch-pflegerischen Versorgung in Bayern v. 25.07.03

- Defizite im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Defizite im Umgang mit Medikamenten
- Defizite bei der Inkontinenzversorgung
- Defizitäre Dekubitusbehandlung und Dekubitusbehandlung³⁷
- Freiheitsbeschränkende bzw. freiheitsberaubende Maßnahmen
- Defizite im Umgang mit psychiatrisch erkrankten alten Menschen
- Defizite in der Kommunikation und Beziehungspflege
- Defizite in bedarfs- und fachgerechter Planung und Dokumentation der Pflege (unter Einbeziehung der Biografie)
- Reizarmut und Anregungsdefizite
- Defizite in der Kundenorientierung (u.a. im ambulanten Bereich bei Vertrag und Abrechnung)
- Defizite in der Versorgung mit alltagsweltlichen Diensten aus dem informellen Helfersystem

„Für die Mitglieder der Kommission Pflege steht damit zweifelsfrei fest, dass die Pflege in Deutschland gravierende strukturelle Defizite aufweist, die in Verbindung mit mangelnder Arbeitsprozessorganisation und stark verbesserungsbedürftiger Steuerung und Leitung der Einrichtungen und der Teams pflegerische Mängel produziert“³⁸.

Die Spannweite der o.a. Defizite lässt keinen anderen Schluss zu, als dass offensichtlich die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen v. 16.12.03“ den Versuch darstellen, dieser katastrophalen Situation in den Pflegeeinrichtungen begegnen zu können.

Die „Bewohnerzufriedenheit“ als Evaluationskriterium bei einer Pharmakotherapie kann – und zwar unabhängig von der individuellen Einschätzung der Bewohner – gegenwärtig wohl außer Betracht bleiben, da es vornehmlich gilt, die strukturellen Defizite in den vollstationären Pflegeeinrichtungen abzubauen, zumal diese systembedingt in dem Pflegeversicherungsgesetz angelegt sind.

An dieser Stelle ist der Verfasser denn auch geneigt, nach anfänglicher Skepsis bei der Erstlektüre die Argumentationslogik von Scope und Baumann zu übernehmen, wonach die Berücksichtigung von Wünschen und Erwartungen der Bewohner an ihre Betreuung und Pflege sinnvoll erscheint³⁹. Es muss hier die These geäußert werden, dass es wohl nicht dem wohlverstandenen Interesse eines Bewohners entsprechen dürfte, vor dem Hintergrund derartiger defizitärer Strukturen, wie sie oben beschrieben worden sind, ihren „Lebensabend“ zu verbringen. Die „Zufriedenheitswerte“ der Bewohner dürften sich gemessen an dem Katalog der Defizite eher im Minusbereich bewegen, da über die subjektiv erfahrene Zufriedenheit hinausgehend persönliche Integritätsinteressen der Bewohner bezüglich ihrer körperlichen Gesundheit bedroht sind.

³⁷ Siehe auch Buchter/Heinemann/Püschel, Rechtliche und kriminologische Aspekte der Vernachlässigung alter Menschen am Beispiel des Dekubitus (eine explorative Studie anhand von 15 der Hamburger Staatsanwaltschaft in den Jahren 1998 – 2000 bekannt gewordenen Fällen, in MedR 2002, S. 185 ff.: Dass diese Zahlen keine landestypische Besonderheit darstellen, ergibt sich aus einer Hamburger Krematoriumsleichenschau, wo im Jahre 1998 über 200 Fälle hochgradiger Dekubitalceru bekannt geworden sind; zuzugeben ist, dass aus einem Dekubitalgeschwür nicht ohne weiteres auf eine mangelhafte Pflege geschlossen werden kann, wenngleich jedoch mit Blick auf die Hamburger Studie auffällig ist, dass diesen Fällen lediglich zehn Ermittlungsverfahren des Jahres 1998 und 1999 gegenüberstehen, siehe Buchter u.a., ebenda, S. 187; vgl. auch Heinemann u.a., Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemiologische, medizinrechtliche und rechtliche Aspekte, in DMW 125 (2000), S. 45-51.

³⁸ Bericht der Kommission, aaO., S. 6

³⁹ Scope/Baumann, aaO., S. 222

3.2.1.2 Ursachenforschung ?

Der Gesetzgeber selbst hat einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, dass derzeit die „Altenpflege“ mehr und mehr in Misskredit gerät. Die Negativberichterstattung nimmt kein Ende und es fragt sich, wann die qualitätsstiftenden Grundsätze und Maßstäbe zu greifen beginnen.

Zur Erinnerung sei hier zunächst auf Folgendes hingewiesen:

Gemäß § 4 Abs. 3 PflegeVG haben die Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

In der amtlichen Begründung zum Gesetz finden wir den gewichtigen Hinweis, dass die Vorschrift des § 4 die einzelnen Leistungen, deren Umfang sowie die Eigenleistungen des Versicherten umschreibt.

- Zur **Grundpflege** gehören pflegerische nicht-medizinische Leistungen, z.B. Hilfen bei der Körperpflege und der Hygiene, beim Betten und Lagern sowie bei der Nahrungsaufnahme.
- Die **hauswirtschaftliche Versorgung** umfasst diejenigen Tätigkeiten, die der allgemeinen Wirtschafts- und Lebensführung dienen, insbesondere das Reinigen der Wohnung und die Versorgung mit Wäsche.

Unmittelbar danach findet sich in der amtlichen Begründung zu § 4 Abs. 1 des PflegeVG folgender Passus:

- Die **Behandlungspflege** hat insbesondere medizinische Hilfeleistungen wie Injektionen, Verbändewechsel oder Verabreichung von Medikamenten zum Gegenstand und ist **keine (!!!) Leistung** der Pflegeversicherung; sie wird weiterhin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht.

Der „historische Wille“ des Gesetzgebers ist insoweit eindeutig und es mutet schon seltsam an, dass erneut mit dem Vierten Altenbericht darauf hingewiesen wird, dass das Leistungsprogramm der Sozialen Pflegeversicherung sich durch seinen stark geschlossenen Charakter auszeichnet und demzufolge die einzelnen Leistungen, auf die der Versicherte einen Anspruch hat, inhaltlich eine Begrenzung erfahren hat⁴⁰. Obwohl diese Begrenzung sachgerecht erscheint, umfasst der Leistungskatalog im Pflegeheim auch die medizinische Behandlungspflege nach § 43 II S. 1 SGB XI, obgleich in den vollstationären Pflegeeinrichtungen im Gegensatz zu den Krankenhäusern keine umfassende medizinische und pflegerische Betreuung geleistet wird⁴¹. Der enge Verrichtungskatalog führt dazu, „dass bestimmte Tätigkeiten, die mit der Begleitung und Betreuung gerade demenziell erkrankter oder auch chronisch erkrankter Personen außerhalb des Leistungskatalogs bleiben, obwohl diese Tätigkeiten ähnlich zeitintensiv sein können, wie die gesetzlich aufgeführten pflegerischen Verrichtungen“⁴².

⁴⁰ Igl, in Vierter Altenbericht, S.303

⁴¹ Vgl. § 39 I S. 3 SGB V

⁴² Igl, in Vierter Altenbericht, S. 304

Rechtliche Konsequenzen aus diesem Befund werden beharrlich nicht gezogen; es wird darauf verwiesen, dass es aus krankensicherungsrechtlicher Warte den „Heimarzt“ nicht gibt und dass damit auch die Wahl unter verschiedenen Vertragsärzten gewährleistet sei.

„Die Situation kann dazu führen, dass sich das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen mit einer Vielzahl unterschiedlicher ärztlicher Behandlungspraktiken und medizinischer Routinen konfrontiert sind. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind auch nicht an der Heimleitung beteiligt. Außerdem ist ihre Erreichbarkeit in Krisen- und Notsituationen nicht stets gewährleistet“⁴³.

Aufgrund dieser Situation wurde bereits in der Vergangenheit verschiedentlich gefordert, krankensicherungsrechtlich die Möglichkeit der Bestellung eines Hausarztes bzw. einer Hausärztin vorzusehen, wobei auf die geriatrische Kompetenz eines solchen Hausarztes Wert zu legen ist⁴⁴.

Wenn also Wert auf die geriatrische Kompetenz des Hausarztes und freilich auch der „Hausärzte/-innen“ zu legen ist, um so dramatischer stellt sich dann diese Frage bei dem Pflegepersonal.

Es ist hier in Erinnerung zu rufen, dass das BVerfG in seiner Entscheidung zum Altenpflegeausbildungsgesetz wie selbstverständlich folgende Feststellung trifft:

„Anders als in der Krankenpflege, die vorrangig noch als Arzt-Assistenz ausgestaltet und darauf angelegt ist, ärztliche Anordnungen auszuführen, sind die Altenpfleger vielfach auf sich alleine gestellt und müssen eigenverantwortlich und selbstständig medizinisch relevante Entscheidungen auch in Notsituationen fällen...Dies gilt nicht nur für die geriatrischen Fachstationen der Krankenhäuser, in denen ärztliche Hilfe noch relativ schnell erreichbar ist, sondern vor allem für stationäre Einrichtungen der Altenpflege (hier sind die Ärzte in der Regel nur als Konsiliarärzte tätig) sowie insbesondere für ambulante Dienste (hier besteht in der Regel lediglich nicht ein sehr dichter Kontakt zu behandelnden Hausärzten...). Die Altenpflege ist in den letzten Jahren immer stärker mit der Behandlungspflege betraut worden, die mehr erfordert als die Betreuung und pflegerische Versorgung von Menschen mit altersbedingten Defiziten... In einem Altenpflegeheim wird heute von den Pflegenden das gefordert, was früher in postoperativen Phasen, nach Schlaganfällen, bei der langfristigen Einstellung von Diabetikern, bei der medikamentösen Versorgung von Langzeitkranken in Krankenhäusern geleistet wurde...“

Für den ambulanten Bereich stellt das Gericht fest, dass hier die Mitarbeiter der Altenpflege völlig auf sich gestellt sind und ad hoc entscheiden müssen, welche medizinische Maßnahmen zu ergreifen sind und ob sie selber hierzu kompetent sind oder umgehend ärztliche Hilfe holen müssen. *„Eine Trennung von Kranken- und Altenpflege wäre hier mit wachsenden Problemen verknüpft. Das Ziel der häuslichen Pflege besteht darin, Unterbringungen im Krankenhaus zu verkürzen oder einen Aufenthalt im Altenpflegeheim zu vermeiden. Die Pflegebedürftigen sind subjektiv wie objektiv mit oft lebensbedrohlichen Situationen, Krankheit, Leid und Tod konfrontiert... Ambulante Pflege ist daher durch eine Vielfalt von Aufgaben medizinischer Art gekennzeichnet“.*

⁴³ Igl, in Vierter Altenbericht, S. 309

⁴⁴ Igl, ebenda, S. 309

Das BVerfG konstatiert schließlich, dass es ein wesentliches Ziel des Gesetzes sei, die Standards in der Altenpflegeausbildung zu erhöhen, um so die bundesweit defizitäre Qualität der Altenpflege zu verbessern, wobei die Professionalisierung der Ausbildung, die mit angemessenen Ausbildungsinhalten auf die Veränderungen der Pflegeaufgaben und der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Qualität der Pflege antwortet, korrespondierend auch zur Angleichung des Leistungsniveaus und damit zu einer Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse beitragen könnte.

Aussagen des BVerfG, die mehr Fragen aufwerfen, als denn zur Klärung der Absicherung der Rechte des Alterspatienten beitragen:

- **Altenpfleger sind vielfach auf sich alleine gestellt und müssen eigenverantwortlich und selbständig medizinische Entscheidungen treffen.**
- **Im ambulanten Bereich sind die Mitarbeiter der Altenpflege völlig auf sich gestellt und müssen ad hoc entscheiden, welche medizinischen Entscheidungen zu treffen sind.**

4 Ausblick

Bei kritischer Lesart dieser Passagen in der Urteilsbegründung des BVerfG's bleibt eigentlich nur noch der Appell an die Pflegekundler zu richten, die Struktur- und Prozessqualität als Ansatzpunkt dafür zu nehmen, dass die ärztliche Heilbehandlung und damit freilich auch die Pharmakotherapie aus guten Gründen einer (!) Profession, namentlich der Ärzteschaft, vorbehalten ist.

Aus dieser Maxime folgen so dann die strukturellen und organisatorischen Vorgaben für den Betrieb einer vollstationären (und ambulanten) Pflegeeinrichtung, die abweichend von der sprachsoziologischen Leerformel von der „ganzheitlichen (Alten-)Pflege“ sich dem Prinzip der „ganzheitlichen Patientenversorgung durch den Arzt / die Ärztin“ verpflichtet fühlen und demzufolge das „therapeutische Privileg“ des Arztes nicht aushöhlt wird.

Es beruhigt auch keineswegs der gesetzgeberische Hinweis, dass die Finanzierung für die medizinische Behandlungspflege ab dem 01.01.2005 wieder im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen liegt, da allein mit der Finanzierungsfrage dass defizitäre Behandlungsgeschehen in Pflegeeinrichtungen keinesfalls verhindert werden kann.

Vielmehr erfordert das Interesse des Alterspatienten eine Rückbesinnung auf die zunächst vom Arzt persönlich geschuldete Heilbehandlung und den strukturellen und organisatorischen Vorgaben bei einer Delegation auf das nachgeordnete nichtärztliche Personal. Wenig hilfreich erscheinen in diesem Zusammenhang stehend so manche Aussage von den selbsternannten „Altenpflegerechtlern“, wonach

„(es) praxisfern (ist), zu verlangen, daß jeder behandelnde Arzt, der einen Heimbewohner/Patienten versorgt und ärztliche Verrichtungen delegiert, sich von der Fähigkeit der einzelnen Pflegekraft in der Pflegeeinrichtung überzeugt, Injektionen vorzunehmen, Katheter zu versorgen etc., ihr persönlich die Vornahme überträgt (bzw.

übertragen läßt), sie instruiert und schließlich dabei stichprobenartig die Vornahme daraufhin überprüft, ob sie auch ordnungsgemäß erfolgt.“⁴⁵

Mit Verlaub: Wer aber soll dann an der Stelle des Arztes Feststellungen über die Qualifikation der Pflegemitarbeiter treffen und dafür Sorge tragen, dass eben materiell qualifiziertes Personal instruiert und auf ihre Qualifikation hin überprüft wird ?

Soweit Klie dann unmittelbar an seine obige Feststellung anknüpft, dass dies die Aufgabe des Heimes bzw. Sozialstation sei und dass sie sich dazu eines Arztes bedienen müssen, mag die Frage erlaubt sein, warum dann nicht direkt der Arzt seine ihm zukommende Aufgabe wahrnehmen soll ?

In diesen Aussagen offenbart sich das eigentliche Dilemma der in den Blickwinkel der breiten Öffentlichkeit gerückten Diskussion über den Zustand der Altenpflege: Der durchaus begrüßenswerte emanzipatorische Anspruch der Altenpflege, sich von ihrem Schwesterberuf der Krankenpflege positiv abzugrenzen, mündet gegenwärtig in dem Bestreben, sich von dem ärztlichen, therapeutischen Privileg zu verabschieden und es scheint, als sei auch im Jahre 2004 die ehrwürdige Florence Nightingale wieder allgegenwärtig.

In Anlehnung an die Argumentationslogik von Scope und Baumann bedarf es an dieser Stelle lediglich nur noch der Feststellung, dass die Evaluation der Bewohnerzufriedenheit ebenfalls dazu beitragen dürfte, analog des Kommissionsberichtes der Bayrischen SPD-Landtagsfraktion die Defizite zu offenbaren. Dass dies nicht erfolgen wird, dürfte allein daran scheitern, dass der gerontopsychiatrisch erkrankte Alterspatient aufgrund seiner höchst eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit die Tragweite der ihm gestellten Fragen wohl nicht zu überblicken vermag.

Andererseits, so bleibt sarkastisch anzumerken, offenbaren zumindestens die Rechtsmediziner bei ihren Leichenschauen „Zufriedenheitswerte“, die da mit „Intoxikationspsychosen“ näher umschrieben werden können und deren Bewertung uns als künftige Alterspatienten durchaus zugänglich sein dürfte.

© IQB

Für Anregungen und Kritik ist der Verfasser dem Leser dankbar. >>> <mailto:webmaster@iqb-info.de>

>>> home: Zur Webpräsenz des IQB: <http://www@iqb-info.de/>

⁴⁵) Klie, Rechtskunde, S. 109