

Haftungsrecht in der Dysphagietherapie

Risiken wie Verletzungsgefahren beim Kanülenwechsel und Absaugen oder gar eine Aspirationspneumonie halten manche LogopädIn von der Behandlung von Schluckstörungen ab, auch wenn Interesse vorhanden und der Versorgungsbedarf hoch ist. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die Rechte und Pflichten von DysphagietherapeutInnen.

In den Medien werden wir immer häufiger mit Themen wie „Arzthaftung“, „Behandlungsfehler“, „Aufklärung des Patienten“ konfrontiert. Dabei ist die Zahl der letztendlich verurteilten Ärzte bei der Verhandlung von Behandlungsfehlern mit 7 500 bis 10 000 Fällen (bei geschätzten 400 Millionen Arzt-Patient-Kontakten) doch eher als verschwindet gering anzusehen (Klinkhammer, 2003). Noch seltener werden wir durch die Medien mit Behandlungsfehlern von Therapeuten konfrontiert. Eine umfangreiche Recherche der Autorinnen erbrachte keine nennenswerten Falldarstellungen.

Nichts desto trotz haben wir uns als TherapeutInnen sicherlich schon einmal während unserer beruflichen Tätigkeit – insbesondere in der Behandlung von dysphagisch betroffenen und ggf. tracheostomierten Patienten – die Frage gestellt, ob eine bestimmte therapeutische Behandlung rechtliche Konsequenzen haben kann oder nicht.

Besonders prekär ist der Umgang mit tracheostomierten Patienten (vor allem mit geblockten Kanülen). Schnell stellen sich vor Aufnahme des Patienten in die Therapie unter anderem folgende Fragen:

- Darf ich als TherapeutIn Sekret aus der Kanüle und ggf. aus der Trachea des Patienten absaugen?
- Inwieweit darf ich einen Kanülenwechsel vornehmen oder die Kanüle zum Zweck und im Sinne der therapeutischen Behandlung (z.B. bei Schluckversuchen oder beim Abtrainieren der Kanüle) zeitweise entblocken oder ganz entfernen?
- Was ist, wenn ich dabei den Patienten verletze? Kann ich rechtlich zur Verantwortung gezogen werden?

In der Literatur sind für diese speziellen Fragestellungen keine genauen Antworten zu finden. Vielmehr müssen Vergleiche mit der „Haftung in der Pflege“ angestellt und ggf. Hinweise aus dem Bereich der „Arzthaftung“ herangezogen werden.

Pies (2004) beschreibt sehr ausführlich das Thema „Haftungsrecht in der Krankenpflege“. Besonders geht es hierbei um die Verletzung der körperlichen Unversehrtheit bei Injektionen und die Freiheitsrechte bei Fixierung.

Im Folgenden wird versucht, auf diesen Grundlagen die rechtliche Lage innerhalb der Dysphagietherapie in der Logopädie zu beschreiben, wobei jedoch immer im Einzelfall der Sachverhalt genauestens zu klären ist. Mit diesem Beitrag soll kein Anspruch auf eine vollständige Bearbeitung der Thematik erhoben werden, sondern vielmehr besteht der Wunsch der Autorinnen nach Beleuchtung des Themas „Gesetzgebung“ im Bereich Dysphagie.

Begriffsklärung „Haftung“

Unter dem Begriff der Haftung ist allgemein zu verstehen, dass jemand verantwortlich für sein Tun und Handeln ist und für dessen Folgen einstehen muss. Wenn also eine LogopädIn einen Patienten beim Einsetzen einer Silberkanüle am Tracheostoma oder an der Trachealschleimhaut verletzt, kann sie zur Verantwortung gezogen werden. Wer die SchlucktherapeutIn zur Verantwortung zieht, kann jedoch unterschiedlich sein. So unterscheidet man zwischen einer



Manuela Motzko

ist als Klinische Logopädin an der Universitäts-HNO-Klinik Köln tätig. 2002 gründete sie zusammen mit Melanie Weinert das Kölner Dysphagiezentrum – Koordinationsorgan eines interdisziplinären Netzwerks, das sich ausschließlich mit Diagnostik, Beratung und

Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Dysphagie beschäftigt. Sie ist Hauptautorin des Buches „Stimm- und Schlucktherapie nach Larynx- und Hypopharynxkarzinomen“ (München: Elsevier/Urban & Fischer, 2004).



Melanie Weinert

ist Diplom-Sprachheilpädagogin und an der Neurologischen Klinik der Universität zu Köln angestellt. Seit 2002 leitet sie mit Manuela Motzko das Kölner Dysphagiezentrum und veranstaltet u.a. Fortbildungen, Workshops, Vorträge zum Thema „Dysphagie“.

zivilrechtlichen und einer strafrechtlichen Haftung.

Während im Zivilrecht die Beziehung zweier bürgerlicher Parteien (z.B. Patient gegen TherapeutIn) innerhalb einer Klage verhandelt wird, geht es in Strafrechtsprozessen um Beziehungen innerhalb des „öffentlichen Rechtes“ und somit um Regelung der Beziehung zwischen Staat und Bürger (z.B. Staatsanwaltschaft gegen TherapeutIn). Verfahren im Zivilrecht und im Strafrecht sind unabhängig voneinander, so dass in Einzelfällen auch rechtliche Konsequenzen auf beiden Gebieten möglich sind.

Tab.1: Haftungsfragen im Zivilrecht

Gesetze	Zitate
Grundgesetz (GG) Artikel 2 Abs. 2	Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.
Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 611	Vertragstypische Pflichten beim Dienstvertrag (1) Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher Dienste zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. (2) Gegenstand des Dienstvertrags können Dienste jeder Art sein.
Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 823 (1)	Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet

Zivilrecht

Die wichtigsten Gesetze für die Regelung der Bürger untereinander sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. Ein wichtiger Passus ist der § 823 (1), der die *Schadensersatzpflicht* bei fahrlässigem oder vorsätzlichem Vergehen beschreibt (siehe Tab. 1). So kann ein Bürger, z.B. der Patient, eine Klage auf Schadensersatz gegen die TherapeutIn vor Gericht einreichen, muss dabei allerdings die Beweise für den Behandlungs- oder Pflegefehler, der zu einem bestimmten Schaden geführt hat, von sich aus vorlegen.

Solch ein Beweis ist in der Regel nur sehr schwer zu führen. In Ausnahmefällen kann es jedoch zu einer so genannten „Beweislastumkehr“ kommen (z.B. bei versäumter oder unvollständiger Aufklärung des Patienten durch den Arzt/Behandler, bei lückenhafter oder fehlerhafter Dokumentation in der Patientenakte oder bei einem groben Behandlungsfehler, d.h. bei einem Behandlungsfehler, der dem Arzt oder der TherapeutIn schlichtweg nicht passieren darf).

Wird die TherapeutIn in einem Zivilrechtsprozess für schuldig befunden, muss sie bzw. ihre Berufshaftpflichtversicherung für den Schaden aufkommen. Angestellte in einer Praxis sind meist über die PraxisinhaberIn versichert. Der Schadensersatz kann z.B. aus der Übernahme für die aus dem Behandlungsfehler entstandenen Folgekosten, einem Schmerzensgeld oder aus dem Aufkommen für einen eventuellen Verdienstaustausch bestehen.

Strafrecht

Bei Strafrechtsprozessen werden Gesetzesgrundlagen angeführt, die im Strafgesetzbuch (StGB) beschrieben sind (siehe Tab. 2). Bei derartigen Verhandlungen führt die Staatsanwaltschaft die Beweisführung. Ist diese Beweisführung nicht schlüssig, kann im Zweifelsfall für den Angeklagten – also für die TherapeutIn – entschieden werden.

Bei der Klärung der Schuldfrage im Strafrecht sind zwei Unterscheidungen wichtig. Es muss geklärt werden, ob die Tat *vorsätzlich* (d.h. wissentlich und willentlich geplant) begangen wurde oder ob eine *Fahrlässigkeit* vorliegt. Von letzterer spricht man, wenn der Täter trotz einer Voraussehbarkeit einer Rechtsverletzung die Tat in pflichtwidriger Weise begeht.

Tab.1: Haftungsfragen im Strafrecht

Gesetze	Zitate
Strafgesetzbuch (StGB) § 34	..., dass derjenige, der in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, [...] eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, nicht rechtswidrig handelt, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.
Strafgesetzbuch (StGB) § 223	... die Rechtswidrigkeit der Körperverletzung kann entfallen, wenn der andere Beteiligte zuvor in die Verletzung einwilligt hat. (2) Gegenstand des Dienstvertrags können Dienste jeder Art sein.
Strafgesetzbuch (StGB) § 323c	<i>Unterlassene Hilfeleistung</i> Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Übertragen auf die Dysphagiebehandlung durch TherapeutInnen, kann man hoffentlich davon ausgehen, dass vorsätzliche Tatbestände nicht auftauchen, denn wer plant schon, seine Patienten willentlich zu verletzen. Vielmehr muss auf den Aspekt der Fahrlässigkeit geachtet werden. Dabei kann der Tatbestand sowohl durch ein Tun als auch ein Unterlassen zu Stande kommen. Diese bestimmten Merkmale eines möglichen Tatbestandes sind im Strafgesetzbuch festgelegt (Tab. 2).

Wird die Fahrlässigkeit beurteilt, so wird aber stets von den konkreten Umständen, die zu der Tat geführt haben, aber auch von den individuellen therapeutischen Fähigkeiten und Kenntnissen des Täters/der TherapeutIn ausgegangen. Dabei liegt eine Rechtswidrigkeit nicht vor, wenn die TherapeutIn bestimmte Gründe vorbringen kann, die ihr Eingreifen rechtfertigen (z.B. *Notwehr, rechtfertigender Notstand, Einwilligung*).

Betrachtet man die ärztliche Tätigkeit, so kann gesagt werden, dass der Arzt, z.B. indem er eine Injektion setzt, eine Körperverletzung an dem Patienten begeht, auch wenn dieses Handeln dem Zweck der Heilung dient und „kunstfehlerfrei“ durchgeführt wurde. In diesem Fall entfällt die Strafbarkeit nur, weil der Arzt sein Tun dadurch rechtfertigen kann, dass der Patient seine Einwilligung in das ärztliche Vorgehen gegeben hat.

Für kleine und wenig invasive ärztliche Eingriffe und therapeutische Behandlungen gilt es als *stillschweigende Einwilligung*

von Seiten des Patienten, wenn sich dieser eigenständig in die Praxis begibt. Auch die Behandlung im Rahmen eines Hausbesuches fällt darunter, da der Patient oder ein gesetzlich bestimmter Vertreter zuvor den Kontakt zum Arzt oder der TherapeutIn hergestellt hat. In solchen Fällen kommt bereits ohne besondere Spezifizierung ein Behandlungsvertrag laut § 611 BGB zu Stande. Hiernach ist der Arzt zu einer „kunstgerechten“ und sorgfältigen Behandlung verpflichtet. Kann ihm laut BGB eine Vertragsverletzung vorgeworfen werden, könnte er auch wiederum in einem Zivilrechtsverfahren zur Haftung herangezogen werden.

Beispiel: Wenn wir zum Zahnarzt gehen und uns bereitwillig auf den Behandlungsstuhl setzen, so müssen wir als Patient davon ausgehen, dass der Arzt uns Schmerzen zufügen wird (z.B. Entfernen einer kariösen Stelle im Zahn, lokale Betäubung durch Injektion). In der Regel werden wir davor keine Einwilligung unterschreiben müssen, mit der wir dem Zahnarzt den Eingriff erlauben. Allein durch unser freiwilliges Verhalten wird vom Zahnarzt eine stillschweigende Einwilligung vorausgesetzt.

Muss z.B. im Rahmen der Behandlung allerdings ein operativer Eingriff, also eine deutliche Verletzung des Körpers des Patienten erfolgen, so sichert sich der Arzt über die stillschweigenden Behandlungseinwilligung hinaus mit einer schriftlichen *Operationseinwilligung* ab. Solch eine Einwilligung kommt während eines Aufklärungsgesprächs zwischen Arzt und

Patient zu Stande und dokumentiert den Inhalt des Gespräches über Risiken der Behandlungen, mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen. Auch Verständnisfragen des Patienten können darin aufgenommen werden. Im Anschluss daran lässt der Arzt vom Patienten eine Operationseinwilligung unterschreiben. Hiermit erklärt dieser, dass er über alle eventuellen Risiken des Eingriffs aufgeklärt wurde und den ganzen Sachverhalt verstanden hat. Damit macht er unmissverständlich klar, dass der Arzt seine „körperliche Unversehrtheit“ (siehe Grundgesetz, Tab. 1) im Rahmen des operativ notwendigen invasiv tätig werden darf.

Im Hinblick auf Sorgfalt und Verantwortlichkeit in der Behandlung von Menschen mit Dysphagie ist es demnach sinnvoll, ein therapeutisches Prozedere für die Aufklärung des Patienten festzulegen, das sich an der ärztlichen Operationsaufklärung orientiert. So könnten Dysphagie-therapeutInnen zu Beginn der Behandlung eine Therapieaufklärung mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder gesetzlich bestimmten Betreuungspersonen durchführen, in der sie über Risiken der Behandlung sprechen und Ziele und Möglichkeiten definieren. Schriftlich fixiert und unterschrieben kann es dann als Behandlungseinwilligung des Patienten gewertet werden. Dieses Vorgehen schützt zwar nicht in jedem Fall vor einer Haftung bei Schadenersatzansprüchen, zeigt aber ein verantwortungsvollen Umgang des Therapeuten mit dem Störungsbild „Dysphagie“.

Ein Vorschlag für eine mögliche Behandlungseinwilligung (in Anlehnung an gängige OP-Aufklärungen), ist demnächst über das Kölner Dysphagiezentrum beziehbar.

Vergleich Arzt – Dysphagie-therapeutIn

Vergleichen wir das Vorgehen in der beruflichen Praxis des Arztes mit der TherapeutIn innerhalb der Dysphagie-therapie:

Eine schriftliche Einwilligung durch den Patienten in eine therapeutische Behandlung gibt es in der Regel nicht. Vielmehr wird die Therapie auf die stillschweigende Einwilligung aufgebaut. Meist erfolgt ein kurzer Vermerk in der Patientenakte bzgl. Therapieinhalt der Stunde und aufgetretener Komplikationen. Für die weniger invasiven Eingriffe während der Behandlung (z.B. Widerstandsübungen mit einem Spatel im Mundraum; intraorale Eisstimulation) reicht das meistens aus. Doch was ist mit

Handlungen, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr für den Patienten besteht, wie z.B. beim Anreichen von Nahrung im therapeutischen Setting (mögliche Folge: der Patient aspiriert; aufgrund des provozierten Hustenreizes wird ein vasovagaler Reflex ausgelöst, er wird ohnmächtig und/oder zyanotisch) oder beim trachealen Absaugen und Kanülenwechsel?

Schnell kann solche ein zunächst harmlos wirkendes Handeln unglückliche Folgen haben. Aufgrund des überwiegend schwer betroffenen und geschädigten Patientenkontextes sollte dieser Aspekt immer im Hinterkopf behalten werden. Wird nicht von Beginn der Therapie an sehr *gewissenhaft* und *sorgfältig* mit den Risiken der Behandlung umgegangen, so laufen wir Gefahr, ggf. fahrlässig zu handeln und die erforderliche Sorgfaltspflicht zu vernachlässigen.

Rechtslage in Notsituationen

Ein weiterer Rechtfertigungsgrund – neben der Einwilligung – für ein Verhalten, das der anderen Person ein Schaden zufügt werden könnte, ist der „rechtfertigende Notstand“. Dieser wird im § 34 StGB detailliert beschrieben (Tab. 2). Festgelegt wird hier, dass jeder Bürger – und damit auch die TherapeutIn innerhalb der Behandlung – zum Eingreifen in Notsituationen berechtigt und verpflichtet ist, sofern keine Gefahr für das eigene Leben besteht und die angewendeten Maßnahmen als angemessen zu betrachten sind. So würde in einem Strafgerichtsprozess unter anderem auch geprüft werden, wie sich die TherapeutIn in einer Notsituation (z.B. bei Aspiration und Luftnot des Patienten) verhalten hat:

Hat sie adäquate Hilfe geleistet oder war sie in der hervorgerufenen Notsituation eventuell hilflos und überfordert? In letzterem Fall wird es für die TherapeutIn schwierig werden, ihre Kompetenz und ihren verantwortungsvollen Umgang mit dem betroffenen Menschen zu rechtfertigen. Hier hätte sie sich zuvor über spezielle Fortbildungen Wissen und Kenntnisse über den Umgang mit einem Absauggerät und/oder einer Trachealkanüle aneignen müssen, besonders wenn sie die Behandlung eines gefährdeten, kanülenpflichtigen Patienten übernimmt.

Würde während des kontrollierten Absaugens innerhalb der Therapie oder während eines Notfalls z.B. die Luftröhre des Patienten verletzt werden, so wäre dies im

Sinne des „rechtfertigenden Notstandes“ (StGB §34) nicht als Körperverletzung zu werten. *Unseres Wissens nach existiert kein Gesetz oder keine Regelung, die besagt, dass Schlucktherapeuten mit ärztlicher Verordnung/auf ärztliche Weisung nicht tracheal absaugen oder Kanülen entfernen und einsetzen dürfen!*

Ärztliche und nichtärztliche Tätigkeiten

Bestimmte Tätigkeiten, die in der Regel von Ärzten durchgeführt werden, können von diesen auch auf nichtärztliche Fachgruppen wie Pflegekräfte und LogopädInnen übertragen werden. So können und dürfen sie beispielsweise einen Kanülenwechsel vornehmen. Eine genaue Abgrenzung zwischen *ärztlichen* und *pflegerischen/therapeutischen* Tätigkeiten ist gesetzlich nicht definiert. Jedoch muss der Arzt der TherapeutIn die Weisung für die Betreuung des Patienten gegeben haben. Dies erfolgt in aller Regel durch eine Heilmittelverordnung.

Der überweisende Arzt hat dabei die Anordnungsverantwortung. Das besagt, dass er für Fehler haftet, die ihm bei der Auswahl der mit der Aufgabe betrauten TherapeutIn und bei der Anordnung der Tätigkeit unterlaufen. Die TherapeutIn, die die Behandlung allerdings annimmt hat die Durchführungsverantwortung und haftet für die Fehler, die ihr während der Behandlung passieren. Liegt ihr diese schriftliche Verordnung nicht vor (z.B. bei Selbstzahlern oder Privatpatienten), sollte sie sich dennoch mit dem Arzt über das Vorgehen in der Behandlung verständigen.

Grundvoraussetzungen für das Übertragen der Tätigkeit auf nichtärztliches Personal sind:

- der Patient muss damit einverstanden sein (Einwilligung des Patienten)
- die Anordnung des Arztes muss schriftlich dokumentiert werden (z.B. in der Patientenakte, Heilmittelverordnung)
- die Art des Eingriffs darf nicht das Tätigwerden des Arztes verlangen
- der Arzt muss die Maßnahme überwachen und ggf. deren Durchführung kontrollieren (hier besonders bei pflegerischen Tätigkeiten innerhalb der Klinik)
- die TherapeutIn/Pflegekraft muss die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse zur Durchführung der Maßnahme besitzen

So lernen z.B. die Mitglieder beider Berufsgruppen (LogopädInnen und Pflegepersonal) nicht zwangsläufig den Umgang mit Trachealkanülen während der Ausbildung, sondern im Rahmen einer klinischen Tätigkeit nach Anleitung durch erfahrenes Pflegepersonal, durch Ärzte oder TherapeutInnen oder im Rahmen von speziellen Weiterbildungsmaßnahmen. Hier ist angeraten, dass sich LogopädInnen, die eine supervidierte Tätigkeit z.B. in einer Hals-Nasen-Ohren-Klinik nachweisen können, vom ärztlichen Vorgesetzten eine Bescheinigung über die durchgeführten Tätigkeiten im Bereich der Tracheostomapflege ausstellen lassen.

Kenntnisstand durch Aus- und Weiterbildung

Ferner muss stets sichergestellt sein, dass die für die Behandlung notwendigen Maßnahmen von TherapeutInnen in Theorie und Praxis beherrscht werden. Im Fall eines gerichtlichen Verfahrens ist jedoch nicht der Ausbildungsabschluss entscheidend, sondern der aktuelle, tatsächliche Wissenstand und das Können der TherapeutIn. Wenn die Logopädieausbildung Jahre zurückliegt, sollte sie sich im Verlauf ihrer Tätigkeit stets durch Teilnahme an themenspezifischen Kongressen, Fortbildungen, Workshops und Seminaren auf dem Laufenden halten.

Situation für die klinisch tätige TherapeutIn

Klinische LogopädInnen sind selbstverständlich ebenso wie ambulant tätige TherapeutInnen zur Sorgfalt und Verantwortlichkeit verpflichtet. Dennoch ist die Situation für einen Dysphagie-therapeuten in Kliniken, Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen, in denen stets ein Arzt greifbar ist, eine andere. Hier arbeitet die Dysphagie-therapeutIn nach Weisung eines Arztes und immer in Rufbereitschaft zu Ärzten und dem Pflegepersonal. Das gibt ihr Sicherheit, falls es trotz Vorsichtsmaßnahmen und sorgsamem therapeutischem Vorgehen zu Notfallsituationen kommt.

Verläuft die Behandlung im Krankenhaus nicht einwandfrei, sondern fehlerhaft, so wird die jeweilige Institution zur Verantwortung gezogen, denn die Einrichtung ist verpflichtet, dem Patienten eine fachlich einwandfreie Krankenhausbehandlung zu gewähren (Fall: Haftung aus Vertrag). In solchen Fällen kann der Patient bei einer

fehlerhaften Leistung in der Regel nur Schadensersatz beispielsweise vom Krankenhaus erwarten, da dieser und nicht der einzelne Mitarbeiter mit dem Patienten einen Krankenhausbehandlungsvertrag eingegangen ist.

Kommt es jedoch zu einer schuldhaften Verletzung von Rechtsgütern des Patienten (siehe § 823 ff BGB; Eigentum, Freiheit oder Gesundheit) kann auch die TherapeutIn zur Haftung gezogen werden, soweit der Patient auf einer Haftung besteht (Fall: Haftung aus Delikt). Auch bei der Klärung einer solchen Schuldfrage wird zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit unterschieden. Demnach würde eine TherapeutIn fahrlässig handeln, wenn sie die Behandlung nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchführt. Als Maßstab für diese Sorgfalt gilt das zu erwartende Verhalten der entsprechenden Berufsgruppe, also der LogopädInnen. Es muss zur Klärung immer die Frage gestellt werden: *Was kann von einer ausgebildeten Fachkraft erwartet werden?*

Es empfiehlt sich dennoch, dass klinisch tätige TherapeutInnen mit ihrem Personalsachbearbeiter Kontakt aufnehmen und mit ihm klären, wie in auftretenden Schadensfällen im Hause verfahren wird.

Zusammenfassung

Die TherapeutIn hat die Pflicht, verantwortungsbewusst, sorgfältig, aber auch kompetent und immer im Interesse des Patienten zu handeln und die Therapieschritte und ggf. durchzuführenden Notfallmaßnahmen abzuwägen. Dazu gehört ferner, sich Kenntnisse über die Behandlung des Störungsbildes und der zugrunde liegenden Primär- sowie Sekundärerkrankungen anzueignen, sich auf diesem Gebiet fortzubilden und über Maßnahmen in besonderen Not-situationen Bescheid zu wissen und diese anwenden zu können.

Bei einigen Patienten kann es hilfreich sein, wenn die TherapeutIn mit einer Kollegin oder im Beisein eines Angehörigen die Therapie durchführt. Hier kann im Notfall auf die Mithilfe Anderer zurückgegriffen werden.

Allgemein sollte zu Beginn der Behandlung mit dem Patienten und seinen pflegenden, betreuenden Angehörigen ein Gespräch geführt werden, das über die möglichen Ziele und eventuellen Risiken der Behandlung aufklärt. Dokumentiert werden kann dieses in Form einer schriftlichen Einwilligungserklärung.

TherapeutInnen, die weniger Erfahrungen mit dem Handling von Trachealkanülen haben, ist angeraten, ihre Therapie, falls diese als Hausbesuch stattfindet, ggf. mit dem Besuch des ambulanten Pflegedienstes oder des betreuenden Arztes zu verbinden. Nach Absprache könnte dann eventuell auch eine Unterweisung und Schulung in Stomapflege und Kanülenwechsel möglich sein. Ist dieses am Patienten nicht möglich, sollte die TherapeutIn ihr Wissen durch spezielle Fortbildungen erweitern und sich mit erfahrenen Kollegen austauschen.

Wenn die TherapeutIn jedoch einer solchen Herausforderung nicht gewachsen ist oder sich nicht gewachsen fühlt, sollte sie kompetent genug sein, ihre Arbeit mit dem Patienten zu beenden und ihn an eine andere Kollegin verweisen!

Literatur

Boxberg, E. (1998). *Gesetzes- und Staatsbürgerkunde für Physiotherapeuten, Masseur, Logopäden und Ergotherapeuten*. Heidelberg: Gustav Fischer

Beck-Texte (2003). *Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)*. 54. Auflage. München: Beck-dtv

Düring, G. (2003). *Grundgesetz (GG)*. 38. Auflage. München: Beck-dtv

Klinkhammer, G. (2003). Ein neues Qualitätsbewusstsein. *Deutsches Ärzteblatt* 18 (100)

Motzko, M. et al. (2004). *Stimm- und Schlucktherapie nach Larynx- und Hypopharynxkarzinomen*. München: Elsevier/Urban & Fischer

Stiegler, R. (2004). *Strafgesetzbuch (StGB)*. 39. Auflage. München: Beck-dtv

Pies, S. (2004). *Haftung in der Pflege*. [<http://www.pflegenet.com/praxis/recht/haftung.html>] (08.09.2004)

AutorInnen

Manuela Motzko
Melanie Weinert
Kölner Dysphagiezentrum
Venloer Str. 247
50823 Köln
Tel. 0 22 1 9 12 37 02
Fax 0 22 1 9 12 37 01
info@dysphagiezentrum.de
www.dysphagiezentrum.de