

Klinische Pflegeforschung und juristische Argumente

Sabine Bartholomeyczik

„Dürfen Pflegekräfte eigenständig klinisch forschen?“ So ist ein Artikel überschrieben, der in der Zeitschrift *Medizinisches Recht* erschienen ist. Autoren sind zwei Juristen der Mannheimer Universität (Taupitz und Fröhlich in: *MedR*, Heft 6, 1998, 257-261). Die Frage der Autoren heißt eigentlich genauer: **Dürfen Pflegende ohne ärztliche Leitung Forschung an/mit PatientInnen im Krankenhaus eigenständig durchführen? Beantwortet wird diese Frage mit dem Schlußsatz: „Um Haftungsrisiken weitgehend zu minimieren, ist der Klinikleitung in jedem Fall zu raten, Forschungsuntersuchungen im Zweifel ärztlicher Aufsicht und Kontrolle zu unterstellen.“** Der nachstehende Beitrag ist eine Auseinandersetzung mit den juristischen Argumenten, die zugleich auch pflegefachliche Fragen berühren.

Übersicht

Deskription

1. Spezielle Bestimmungen zur „Forschung am Menschen“
2. Pflegeforschung und Wissenschaftsfreiheit
3. Haftungsrechtliche Gesichtspunkte
4. Rechtsgrundsätze zur Erlaubnispflicht bei der Heilkundenausübung.
5. Medizinische Ethikkommissionen

Kritik

- Ad1: Strahlenschutzverordnung, Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz, Deklaration von Helsinki
- Ad2: Pflegeforschung und Wissenschaftsfreiheit
- Ad3: Haftungsrechtliche Gesichtspunkte
- Ad4: Heilkundenausübung
- Ad5: Medizinische Ethikkommissionen
- Schlußbemerkung

Deskription

Da die wenigsten LeserInnen dieser Zeitschrift den Artikel von Taupitz und Fröhlich gelesen haben werden, sei sein Inhalt in wesentlichen Zügen kurz wiedergegeben.

Der zweite Satz der Einleitung kennzeichnet den Ausgangspunkt: *„Forschung am Menschen ist bisher ganz selbstverständlich und nicht zuletzt vor dem Hintergrund des ärztlichen Heilkundemonopols als medizinische Forschung begriffen worden, die von Ärzten oder zumindest unter Leitung von Ärzten (...) durchgeführt wird.“* Seit neuestem trete die Pflegewissenschaft mit dem Anspruch auf, eine eigenständige Wissenschaft im Kreise der Wissenschaften zu sein. Damit ergebe sich auch die Frage, ob Pflegende eigenständig klinisch forschen dürften.

Nachdem die Autoren festgestellt haben, daß es explizite gesetzliche Regelungen dazu nicht gibt, untersuchen sie die Aussagen anderer Regelungen, die diese Fragen berühren könnten. Das betrifft fünf Bereiche.

1. Spezielle Bestimmungen zur „Forschung am Menschen“

Sobald die Strahlenschutzverordnung, oder das Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz berührt werde, müsse die Verantwortung für die Projektleitung durch einen Arzt getragen werden. Auch die Deklaration von Helsinki, in der von biomedizinischer Forschung die Rede ist, sehe die „Verantwortung für die Versuchsperson“ immer bei einem Arzt.

2. Pflegeforschung und Wissenschaftsfreiheit

Die im Grundgesetz garantierte Wissenschaftsfreiheit könne durch andere Bestimmungen eingeschränkt werden, wie z.B. durch den Schutz der grundrechtlich gesicherten Patientenrechte. Wie der Schutzbereich der Wissenschaftsfreiheit genau definiert ist, sei in der juristischen Literatur umstritten. Eindeutig beziehe sich die Wissenschaftsfreiheit auf wissenschaftliche Hochschulen, und das seien vor allem Universitäten. Bei Fachhochschulen sei die Wissenschaftlichkeit umstritten. Bezogen auf „Ausbildungsberufe“ versage der genannte Begriff der Wissenschaftsfreiheit, hier müsse die Ernsthaftig-

keit der Forschung nachgewiesen werden als „nach Inhalt und Form ernsthaften, planmäßigen Versuch zur Ermittlung der Wahrheit“.

3. Haftungsrechtliche Gesichtspunkte

Ausschlaggebend hierbei ist zunächst die juristische Auffassung, wonach alle Schäden im Zusammenhang mit „nichtärztlicher Grund- und Funktionspflege sowie die einfache Behandlungspflege“ (S. 259) zur Verantwortlichkeit des Krankenhausträgers gehören, der gegebenenfalls haften muß. Hänge dagegen die Arbeit Pflegenden jedoch sehr eng mit der ärztlichen Tätigkeit zusammen, dann gehöre sie auch zum „Pflichtenkreis des Arztes“. Demnach könne zwar Forschung auf dem „Gebiet der Grund- und Funktionspflege sowie der einfachen Behandlungspflege“ ohne ärztliche Leitung durchgeführt werden nicht dagegen eng mit ärztlichen Aufgaben verbundene Inhalte.

Wichtig, weil relativ unklar im Zusammenhang mit einer heutigen Pflegeauffassung ist der folgende Satz *„Auch pflegerische Forschung an spezifisch erkrankten Patienten, die einen Bezug zur ärztlichen Therapie aufweist, z.B. indem die Heilung durch bestimmte Pflegemaßnahmen beschleunigt werden soll, ist demnach nur unter ärztlicher Leitung zulässig.“*

Es bleibt hier die Warnung, daß insgesamt ein hohes Haftungsrisiko für die Klinikleitung bestehe, wenn

die ärztliche Leitung nicht gewährleistet ist.

4. Rechtsgrundsätze zur Erlaubnispflicht bei der Heilkundeausübung.

Die Ausübung der „Heilkunde“ ist nach Maßgabe des Heilpraktikergesetzes nur approbierten Ärzten oder zugelassenen Heilpraktikern vorbehalten. Nach gängiger Rechtsprechung und Literaturlauslegung sei Heilkunde eine Tätigkeit, „die, ohne Kenntnisse durchgeföhrt, den Patienten zu schädigen geeignet ist“ (S. 259). Die Krankenpflege erfordere „in vielen Fällen als Unterstützung der Heilbehandlung spezifisch heilkundliche Fachkenntnisse (...) und die Heilbehandlung ihrerseits ist in erheblichem Ausmaß von den pflegerischen Rahmenbedingungen abhängig“. Daher sei bei dieser „nicht ganz fernliegenden Gefahr von Gesundheitsschäden eine Leitung und Kontrolle durch (...) einen Arzt zu fordern.“ Und weiter: „Es spricht die Vermutung dafür, daß Forschung auf dem Gebiet der Pflege nur unter ärztlicher Verantwortung zulässig ist“. (S. 260)

5. Medizinische Ethikkommissionen

In einem weiteren Teil des Artikels befassen sich die Autoren damit, inwieweit für klinische Pflegeforschung medizinische Ethikkommissionen zuständig seien. Hier raten sie wieder zu einer ärztlichen Leitung derartiger Vorhaben, damit eine Beurteilung durch eine Ethikkommission überhaupt möglich sei. Medizinische Ethikkommissionen seien nur für Projekte vorgesehen, deren Leiter ein Arzt sei. Dies gelte auch für die Beratung durch Ethikkommissionen, die nur antragstellende Ärzte erhalten könnten. Anders sei es bei der „Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten“ bei der Bundesärztekammer, bei der sich auch PflegeforscherInnen Rat holen könnten.

Kritik

Zu den einzelnen Punkten wird nachfolgend Stellung bezogen.

Ad 1: Strahlenschutzverordnung, Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz, Deklaration von Helsinki

Pflegeforschung ist im Prinzip keine medizinische Forschung, dennoch gibt es inhaltliche Überschneidungen. Im Zusammenhang mit den „Medizinprodukten“ kann es z.B. durchaus wichtige Fragestellungen geben, die aus pflegerischer Sicht untersucht werden können bzw. sollten. Hier sind die Bestimmungen des „Medizinproduktegesetzes“ noch einmal sehr genau anzusehen.

Die sicher sehr wichtige und sinnvolle Deklaration von Helsinki ist eine ethische Ordnung, die Ärzte sich selbst gegeben haben, in der sie u.a. auch die Zuständigkeiten für medizinische Forschung regeln. Hier wäre zu fragen, warum die Auffassung der Ärzte, daß „Forschung am Menschen“ immer biomedizinische Forschung sei und daher von einem Arzt verantwortet werden müsse, unverrückbare Geltung habe. Pflegeforschung betrifft pflegerische Inhalte und bedient sich der Biomedizin vielleicht als Hilfswissenschaft. Wenn überhaupt Pflegende Verantwortung für die Pflege und damit auch für die Gepflegten übernehmen können (und zwar sowohl Entscheidungs- als auch Durchführungsverantwortung), dann muß es auch eine eigenständige klinische Pflegeforschung geben.

Ad 2: Pflegeforschung und Wissenschaftsfreiheit

Sofern Pflegeforschung an Universitäten betrieben wird, kann sie nach Auffassung der Autoren offensichtlich eigenständig auch von PflegewissenschaftlerInnen geleitet werden. Die Anmerkungen zu den Fachhochschulen kann getrost als veraltet abgetan werden, da Forschung und damit auch Wissenschaftsentwicklung inzwischen nach den Hochschulgesetzen ebenfalls zum Auftrag der Fachhochschulen gehört. Die von den Autoren zitierte Literatur ist 16 Jahre alt.

Die Bemerkung zur Verantwortlichkeit in Forschungsprojekten im Zusammenhang mit Ausbildungsberufen ist insofern als selbstverständlich anzusehen, als jedes Forschungsvorhaben den entsprechenden Konventionen und ethischen Regeln genügen sollte und zwar völlig unabhängig davon, wer ein solches Projekt verantwortet. Ob dabei jedes Forschungsprojekt als Wahrheitssuche zu inter-

pretieren ist, ist mehr eine Frage der wissenschaftstheoretischen Auffassung als der korrekten Durchführung eines Vorhabens.

Ad 3. Haftungsrechtliche Gesichtspunkte

Obwohl das Haftungsrecht zunächst recht klar erscheint, kommt in dem Text des Artikels eine völlig mißverständliche Auffassung von Pflege zum Ausdruck.

Da ist von „Grund- und Funktionspflege und einfacher Behandlungspflege“ die Rede. Hier machen sich die ewigen Sünden des Pflegeberufs bemerkbar, der sich auf die mißverständlichen und mißbrauchten Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ eingelassen hat. In welchem Sinn hier „Funktionspflege“ gebraucht wird, kann man nur erraten. Hier wäre vielleicht etwas pflegewissenschaftliche Nachhilfe nötig, was allerdings nicht als persönlich zu verantwortendes Defizit den beiden Autoren anzulasten ist.

Wichtiger erscheint die Aussage zur therapeutischen Relevanz bzw. Irrelevanz der Pflege zu sein. Demnach könnte man interpretieren, die Pflege sei immer dann unter ärztliche Verantwortung zu stellen, wenn sie gesundheitsfördernd oder die Heilung beschleunigend wirke. Darauf läßt sich nur fragen, was denn, wenn nicht Gesundheitsförderung im weitesten Sinne, wohl sonst die Hauptaufgabe von Pflege sein sollte???

Auf der einen Seite wird durchaus mit Recht bemängelt, daß Pflegende sich in der Notwendigkeit der Abgrenzung von ärztlichen Aufgaben kontraproduktiv gegenüber der Förderung von PatientInnen verhalten. Wenn pflegende und ärztliche Maßnahmen allerdings aus ihrer jeweils unterschiedlichen Perspektive hervorragend ineinandergreifen und damit gemeinsam zur Gesundheitsförderung beitragen, dann kann das aus der von den Autoren des Artikels vorgetragenen Sicht nur unter ärztlicher Verantwortung geschehen. Hier, denke ich, steht noch sehr viel mehr pflegewissenschaftliche Nachhilfe an, um das Selbstverständnis von Pflege als eigenständige Aufgabe im Gesundheitswesen zu verdeutlichen.

Ad 4: Heilkundeausbildung

Hier lohnt sicher eine genauere Betrachtung des Begriffs Heilkunde. Wenn Heilkunde heißt, therapeutisch – im Sinne von gesundheitswirksam – beruflich zu handeln, dann gehört die Pflege auch zu dieser Heilkunde. Im übrigen ist zumindest die Krankenpflegeausbildung deswegen durch ein Bundesgesetz geregelt, weil das Grundgesetz der BRD in Artikel 74 bundeseinheitliche Gesetze empfiehlt u.a. bei „Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, den Verkehr mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften.“

Schwerwiegender ist jedoch die zum Ausdruck kommende Auffassung der Autoren, bei der wieder von einer Pflege ausgegangen wird, die nur eine therapeutische Funktion haben kann, wenn sie bei medizinischer Therapie assistiert. Implizit werden unter den „heilkundlichen Fachkenntnissen“ nur medizinische verstanden; Pflegende können nur förderliche Rahmenbedingungen herstellen.

Hier sollte die Geschichte des Heilpraktikergesetzes in die Argumentation aufgenommen werden. Dieses Gesetz wurde 1938 als Ergebnis langer Kämpfe der Ärzteorganisationen gegen die aus ärztlicher Sicht unqualifizierte Konkurrenz in der medizinischen Versorgung erlassen. Es sollte ausschließen, daß „Kurpfuscher“ offiziell medizinische Aufgaben übernehmen könnten. Es steht jedoch gar nicht zur Debatte, daß Pflegende eine Konkurrenz zu Ärzten aufbauen wollen. Medizin und Pflege stellen zwei unterschiedliche Perspektiven und damit auch Handlungsweisen in bezug auf den kranken Menschen dar. Zur Ausübung einer fachgerechten Pflege benötigen Pflegende allerdings spezifische Fachkenntnisse, deren Fehlen zu erheblichen Schäden bei den Pflegebedürftigen führen können. Hier ist sicher eine juristische Neuinterpretation

der im Heilpraktikergesetz so bezeichneten Heilkunde vonnöten, da Pflege eine therapeutische Funktion hat, jedoch nicht in einem ärztlichen Sinne.

Ad 5: Medizinische Ethikkommissionen

Die Strukturen und Satzungen von Ethikkommissionen an Einrichtungen, in denen „medizinische Forschung am Menschen“ durchgeführt wird, entsprechen sicher der in dem Artikel vorgestellten Sachlage, stellen allerdings keine unverrückbaren Regelungen dar. Es mutet absurd an, daß eine Ethikkommission an einer Universitätsklinik nicht für die dortige klinische Pflegeforschung zuständig sein soll, weil sie nicht durch einen (für diesen Bereich fachfernen) Arzt geleitet wird. Ethikkommissionen sind eingerichtet, um PatientInnen zu schützen und damit natürlich auch eine Art Freibrief für ethisch einwandfreie Forschungsvorhaben zu liefern, aber nicht um einen Berufsstand gegen angebliche Konkurrenz zu schützen.

Außerdem liegt es eigentlich nahe, daß Ethikkommissionen eine Gesamtverantwortung gegenüber PatientInnen haben sollten, wenn es um Forschung geht, unabhängig von der forschenden Profession. Es ist im Gegenteil besonders wichtig, daß auch klinische Pflegeforschung von Ethikkommissionen geprüft wird, da die ethischen Grundsätze sich ja nicht in erster Linie dadurch unterscheiden, welche Profession die Forschung durchführt. Hier schlagen die Autoren spezifische Ethikkommissionen vor und nennen dabei das Beispiel der Heidelberger Universität, die vier Ethikkommissionen hat. Möglicherweise könnte es auch eine sinnvolle Lösung sein, eine spezifische Ethikkommission für Pflegeforschung einzurichten. Organisatorische Möglichkeiten gibt es sicher viele. Gemeinsam organisierte und besetzte Kommissionen scheinen jedoch eher der gemeinsam zu tragenden Verantwortung gerecht zu werden.

Zur Empfehlung, Rat bei der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer einzuholen, bleibt die Frage, ob hier die Pflege als medizinisches Grenzgebiet definiert wird.

Schlußbemerkung

Festzuhalten bleibt, daß wir den Juristen dankbar sein können, daß sie die im Recht vorhandenen Unklarheiten benannt haben und daß sie damit verdeutlichen, daß auch die Gesetzgebung und Rechtsprechung einem gesellschaftlichen Wandel unterliegt. Deutlich wird in diesem Artikel, wie auch so oft an anderen Stellen, daß die Auffassung von Pflege, die die Autoren im- und explizit zeigen, nicht der heutigen Auffassung der Pflegewissenschaft entspricht. Von daher bleibt die Frage, ob nicht unter einer heutigen Pflegedefinition die juristische Interpretation der genannten Regelungen anders ausfallen müßte. Daß so etwas möglich ist, zeigen die neuesten juristischen Kommentare zum SGB XI von Klie, der z.B. den Anachronismus von Grund- und Behandlungspflege in den Sozialgesetzbüchern überall kritisiert.

Ich bin keine Juristin und hoffe dennoch, daß einige Anmerkungen auch der juristischen Interpretation der genannten Bestimmungen wichtige Anregungen geben können.

Unabhängig davon bin ich allerdings der Auffassung, daß klinische Pflegeforschung eines der wichtigsten Forschungsgebiete in der sich entwickelnden Pflegewissenschaft sein muß. Von daher begrüße ich diese Diskussion und erhoffe mir eine Belebung und Wirkung nach außen.

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Fachhochschule Frankfurt am Main,
 Fachbereich Pflege und Gesundheit
 Limescorso 3
 60439 Frankfurt am Main
 phone +49-69-15 33 28 52
 fax +49-69-15 33 28 57