

Haftungsrechtliche Aspekte der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes

Karl-Otto Bergmann

Die Krankenhausträger in Deutschland überprüfen die Möglichkeiten der Entlastung des Pflegedienstes durch Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes an andere Berufsgruppen im Krankenhaus.

Der Verfasser hat für das Deutsche Krankenhausinstitut eine Studie zur Bedeutung des beruflichen Standards und haftungs- und arbeitsrechtlichen Fragen verfasst. Der vorliegende Beitrag fasst die haftungsrechtlichen Aspekte einer Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes zusammen.

A. Der Haftungsmaßstab und Pflegestandard

Bei der haftungsrechtlichen Bewertung der Delegation pflegerischer Aufgaben auf Hilfspersonal sollen zum einen die allgemeinen haftungsrechtlichen Grundlagen, zum anderen aber auch die Bedeutung und Verbindlichkeit der maßgeblichen Vorschriften für den Berufsstandard betrachtet werden. Die hohen Personalaufwendungen im pflegerischen Dienst, die Vielfalt und der große Umfang pflegerischer Tätigkeit schaffen einen hohen Anreiz, Pflege von möglichst vielen Tätigkeiten zu entlasten und auf dafür angelerntes kostengeringeres Personal zu übertragen, zumal auf die Pflege im Zuge der Übertragung ärztlicher Leistungen auf nicht ärztliches Personal neue Aufgaben hinzukommen sollen. Betriebswirtschaftliche Überlegungen müssen sich aber naturgemäß im Rahmen der rechtlichen Zulässigkeit bewegen.

Für die Beurteilung der Sorgfaltswidrigkeit pflegerischer Maßnahmen und damit letztlich der rechtlichen Zulässigkeit des Krankenhausbetriebes kommt es nicht darauf an, welche Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen in diesem Krankenhaus

K.-O. Bergmann (✉)

Bergmann und Partner, Hafenstr. 14, 59067 Hamm, Deutschland

E-Mail: bergmann@bergmannpartner.com

bestehen, da der Verschuldensmaßstab nach § 276 BGB die Gewährleistung des objektiv notwendigen Pflegestandards aus Sicht des Patienten ist.¹

Der objektiv zu fordernde Pflegestandard, der haftungsrechtlich gemäß § 276 BGB allein entscheidend ist, orientiert sich an den zu fordernden Fähigkeiten des Pflegepersonals. Diese lassen sich zunächst einmal berufsobjektivierend und allgemein deskriptiv dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) entnehmen. § 3 Abs. 1 KrPflG definiert das Ausbildungsziel für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen dahingehend, dass *„entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten“* vermittelt werden sollen. Dies beinhaltet gemäß § 3 Abs. 2 KrPflG insbesondere:

- I. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:
 - a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung und Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
 - b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität und Pflege,
 - c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
 - d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
- II. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:
 - a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
 - c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
- III. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

In Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit handelt es sich bei der rein pflegerischen Tätigkeit nicht um die Ausübung der Heilkunde (vgl. § 2 Abs. 5 BÄO).

Gesetzliche Vorschriften über sog. Vorbehaltsaufgaben gibt es nicht. Anders als im „Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers“ oder im österreichischen Krankenpflegegesetz gibt es keine Definition von Vorbehaltsaufgaben für die Pflege, also Aufgaben und Tätigkeiten, die ausschließlich von Pflegekräften zu erbringen sind. Die Zuordnung der Einzelaufgaben innerhalb des Aufgabenbereichs der Pflege ist gesetzlich nicht geregelt.

¹ Vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 16.06.2004 - 15 U 160/03 - PflR 2005, 62, zur Haftung des Pflegeheimbetreibers für fahrlässige Pflegefehler.

Der Anspruch des Patienten richtet sich grundsätzlich auf Einhaltung des Pflegestandards, wie er durch die dargelegten rechtlichen Vorgaben und den Einsatz einer entsprechend ausgebildeten Pflegekraft gewährleistet wird. Ob dieser Pflegestandard zwangsläufig den Einsatz einer Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. eines Gesundheits- und Krankenpflegers erfordert oder ob der Standard auch bei Einsatz einer geringer qualifizierten Person gewährleistet bleibt, richtet sich zum einen nach den einzelnen Elementen der Pflege, zum anderen aber auch nach der Kompetenz und Qualifikation des jeweiligen Delegationsempfängers. Diese beiden Aspekte sollen im Folgenden genauer beleuchtet werden.

B. Pflegeleistungen

Neben der Grund- und Funktionspflege gehört auch die pflegerische Ergänzung des ärztlichen Behandlungskonzeptes durch die Behandlungspflege zu den Aufgaben medizinischer Pflegekräfte. Diese Aufgaben können patientennah oder patientenfern sowie stationsnah oder stationsfern anfallen. Gemein ist allen pflegerischen Aufgaben, dass diese nicht aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich abgeleitet sind, die Pflegekräfte insofern auch nicht Erfüllungsgehilfen des Arztes sind, sondern einzig der Weisungs- und Überwachungsverantwortung der Pflegedienstleitung und des Krankenhausträgers unterstehen.² Die pflegerische Betreuung der Patienten einschließlich der Verabreichung von Medikamenten und Infusionen ist in erster Linie Vertragsaufgabe des Krankenhausträgers, der insoweit eine eigene Verantwortung für das eingesetzte Pflegepersonal trägt. Die pflegerische Betreuung gehört aber auch zur ärztlichen Behandlungsaufgabe, soweit es um die vom Arzt zu gebenden Instruktionen geht. Die erforderlichen Anweisungen für die Behandlungspflege zu geben, ist Sache des die Behandlung führenden Arztes.³ Die Rechtsprechung differenziert also zwischen den einzelnen Verantwortungsbereichen, schafft aber auch Haftungsverknüpfungen.

Nicht alle pflegerischen Aufgaben müssen jedoch von dem Gesundheits- und Krankenpfleger erbracht werden. Das Gesundheitswesen kennt daneben auch den Gesundheits- und Krankenpflegehelfer oder die zusätzliche Betreuungskraft (§ 87 b Abs. 3 SGB XI).

Der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer (früher Schwesternhelferin) ist ein Gesundheitsfachberuf mit einjähriger Ausbildung. Pflegehelfer assistieren Pflegefachkräften der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Kinderkrankenpflege bei deren Aufgaben. Sie übernehmen Pflegetätigkeiten in Absprache mit den Pflegefachkräften, vor allem grundpflegerische Aufgaben wie die Lagerung, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Toilettengang, Begleitung, Körperpflege, Richten der Betten sowie Schreibarbeiten, Dokumentation, Beschäftigungsangebote, hauswirtschaftliche

² Vgl. Steffen/Pauge, *Arzt Haftungsrecht*, 10. Auflage Rn. 224; BGH, Urteil vom 10.01.1984 - VI ZR 158/82 - NJW 1984, 1400.

³ BGH a.a.O., S. 1402.

Hilfe und Hygiene. Seit Januar 2004 unterliegt die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer dem Landesrecht, d. h. jedes Bundesland entscheidet, ob diese Ausbildung angeboten und wie sie strukturiert wird. Neben den Ausbildungsgesetzen zum Krankenpflegehelfer⁴ gibt es landesunterschiedlich auch den Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten,⁵ den Gesundheits- und Pflegeassistenten⁶ bzw. den Pflegefachhelfer⁷. In einigen Bundesländern fehlen jedoch entsprechende gesetzliche Vorgaben für Pflegehilfstätigkeiten vollends.

C. Delegation pflegerischer Aufgaben

Bei der Neuordnung pflegerischer Aufgaben ist – ebenso wie bei der Frage nach der Neuordnung ärztlicher Aufgaben – zwischen Substitution und Delegation zu unterscheiden. Die Aufgabensubstitution (Neu-Allokation) ist die Übertragung der Aufgabe einschließlich der Entscheidungskompetenz. Der Substitutionsempfänger entscheidet daher selbstständig über die Frage des Ob einer pflegerischen Tätigkeit. Abzugrenzen hiervon ist die Delegation als Übertragung der Durchführungskompetenz der pflegerischen Tätigkeit in eigener Verantwortung. Der Delegationsempfänger entscheidet eigenverantwortlich über die Frage des Wie der pflegerischen Tätigkeit. Gegenstand der vorliegenden Betrachtung ist ausschließlich die Delegation, also die Übertragung der Durchführungskompetenz.

Hinsichtlich der zivilrechtlichen Haftung für Behandlungsfehler, sei es aus dem Krankenhausvertrag, sei es aus deliktischer Haftung, kommt es allein wie bei jeder anderen Berufshaftung auf Qualitätsmängel der medizinischen, also auch pflegerischen Behandlung an. Haftungsbegründend ist das Unterschreiten des zu fordernden Qualitätsstandards, sofern der daraus resultierende Behandlungsfehler und seine Ursächlichkeit für die Schädigung des Patienten feststehen.⁸ Aufgabe des Haftungsrechtes ist es, den Patienten bei Unterschreiten des Standards guter medizinischer, also auch pflegerischer Behandlung, einen Ausgleichsanspruch zu geben. Dabei kommt es nicht auf die persönliche Schuld des Handelnden, sondern allein auf ein Unterschreiten des medizinischen Standards an. Das Haftungsrecht hat für den Standard der pflegerischen Behandlung zu ermitteln, welches Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Pfleger/Pflegerin in der betroffenen Behandlungssituation nach dem anerkannten und gesicherten Stand der Wissenschaft

⁴ Vgl. u. a. Gesetz über den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und des Gesundheits- und Krankenpflegehelfers im Land Brandenburg - Brandenburgisches Krankenpflegehilfegesetz - BbgKPHG vom 26.05.2004.

⁵ So in Nordrhein-Westfalen.

⁶ So in Hamburg.

⁷ In Bayern.

⁸ BGH, Urt. v. 03.02.1987 – VI ZR 56/86 – BGHZ 99, 391.

im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden muss.⁹ Die Rechtsprechung richtet sich zur Beurteilung der Frage, ob und inwieweit Krankenschwester und Krankenpfleger bzw. Krankenpflegerhelferin und -helfer bei ärztlichen Leistungen assistieren dürfen, im Streitfall nach dem bestellten medizinischen Sachverständigen, insbesondere auch nach den Empfehlungen und Stellungnahmen der Berufsverbände.¹⁰

Es ist Aufgabe des Krankenhausträgers, fachkundiges, nicht ärztliches Personal für die Behandlung des Patienten zu stellen und organisatorisch sicherzustellen, dass das Personal ausreichende Anweisungen erhält. Insofern kommt der Organisationsverantwortung des Krankenhausträgers und der Notwendigkeit ärztlicher Überweisung der pflegerischen Tätigkeit entscheidende Bedeutung zu.¹¹

An die Organisationspflichten des Krankenhausträgers stellen die Gerichte hohe Anforderungen. „Der Organisationsbereich des Krankenhausträgers umfasst ein sehr weites Spektrum. So hat der Krankenhausträger die Pflicht, ausreichend qualifiziertes, ärztliches und nichtärztliches Personal zur Verfügung zu stellen, anzuleiten, zu überwachen und weiterzubilden. In jeder Behandlungsphase muss ein qualifizierter Arzt bereit stehen, um die notwendigen Anweisungen zu geben und zu überwachen.“¹² Der Krankenhausträger muss darüber hinaus die ärztlichen und pflegerischen Standards in personeller und fachlicher Hinsicht gewährleisten.¹³

Eine sehr wichtige Verpflichtung des Organisationsträgers besteht in der Organisation der horizontalen und der vertikalen Arbeitsteilung. Bei der horizontalen Arbeitsteilung geht es um die Zusammenarbeit mehrerer Abteilungen bei der Behandlung eines Patienten. Diese Form der Zusammenarbeit ist durch Gleichordnung und Weisungsfreiheit gekennzeichnet.¹⁴

Die Übertragung pflegerischer Tätigkeiten an andere Berufsgruppen im Rahmen der vertikalen Arbeitsteilung setzt also die fehlerfreie Organisation von fachlicher Über- und Unterordnung voraus.

Aufschlussreich ist die Entscheidung des BGH vom 08.05.1979.¹⁵ Der BGH beauftragt sich für seine Auffassung, dass Pflegehelferinnen intramuskuläre Injektionen nicht ausführen dürfen, sowohl auf die Richtlinien der deutschen Krankenhausge-

⁹ Vgl. BGH, Urt. vom 02.06.1987 – VI ZR 174/86 –, NJW 1988, 762, für Behandlungsmängel und Dekubitus; BGH, Urt. vom 29.09.1998 – VI ZR 268/97 – VersR 1999, 190, für Hohlstellen des Beines nach Schädigung des Peroneus-Nervs.

¹⁰ Vgl. BGH, Urt. v. 08.05.1979 – VI ZR 58/78 – NJW 1979, 1935.

¹¹ OLG Stuttgart, Urt. v. 20.08.1992 – 14 U 3/92.

¹² Bergmann, Karl Otto/Kienzle, Hans Friedrich, Krankenhaushaftung. Organisation, Schadensverhütung und Versicherung - Leitfaden für die tägliche Praxis, 2. Auflage, Düsseldorf 2003, S. 37, eingehend 3. Auflage 2010, S. 171 ff.

¹³ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V. (DGMR), Organisationsverschulden in Klinik und Praxis, Einbecker-Empfehlungen, www.medizin.uni-koeln.de/dgmr/pdf/dgmr-empfe-2005-als-pdf.pdf, Stand 30.11.2007.

¹⁴ Vgl. Laufs, Adolf, Arztrecht, 5. verbesserte und erweiterte Auflage, München 1993, S. 299.

¹⁵ BGH – VI ZR 58/78 – NJW 1979, 1935 zur Haftung bei von einer Schwesternhelferin fehlerhaft gesetzten intramuskulären Injektion.

sellschaft als auch auf die Rechtslehre.¹⁶ Er führt aus, dass dies anders sein mag, wenn das Pflegepersonal über das allgemeine Ausbildungsziel hinaus in dieser Maßnahme der intramuskulären Injektion besonders geübt ist. Neben der Ausbildung kann also Übung in praktischer Tätigkeit den zu fordernden Standard gewährleisten. Nach Auffassung des Bundesgerichtshofes wurde das Organisationsverschulden des Klinikträgers im konkreten Fall besonders dadurch deutlich, dass der Chefarzt darauf hingewiesen hatte, dass man angesichts des Personalmangels im Krankenhaus „zwischen dem Wünschenswerten und dem Machbaren stehe“. Mangelhafte Ressourcen oder finanzielle Engpässe können also nach der Rechtsprechung den gebotenen Standard nicht herabsetzen.

So hat der Bundesgerichtshof in einer anderen Entscheidung auch betont, dass notfalls auf eine Ausweitung einer chirurgischen Abteilung verzichtet und weiter angeordnet werden muss, dass nach Erschöpfung der jeweils vorhandenen Kapazität die Patienten an andere Krankenhäuser zu verweisen sind.¹⁷

D. Rechtliche Grenzen der Delegation

Wie auch bei der Prüfung der zulässigen Delegation ärztlicher Tätigkeit¹⁸ empfiehlt sich ebenso für die Delegation pflegerischer Tätigkeit die Orientierung an drei Kriterien:

1. relative Einfachheit der Maßnahme im Verhältnis zum Kenntnisniveau des Delegationsempfängers,
2. relative Ungefährlichkeit der Maßnahme im Verhältnis zum Gesundheitszustand des Patienten und
3. absolute Beherrschbarkeit durch den Delegationsempfänger.¹⁹

Die Kriterien 1. und 3. beziehen sich auf die formelle bzw. materielle Qualifikation desjenigen, der die Tätigkeit übernimmt, während das zweite Kriterium auf die potentielle Gefährdung des Patienten abzielt. Eine materielle Qualifikation ist gegeben, wenn jemand über die Fertigkeiten und Techniken verfügt, die erforderlich sind, diese Tätigkeit auszuüben. Hierzu ist auch ein theoretisches Hintergrundwissen vonnöten, das sich nicht nur auf die Frage bezieht, wie es geht, sondern auch auf die Frage, warum es so und nicht anders funktioniert.²⁰

¹⁶ Rieger DMW 1972, 1371; DMW 1974, 1380.

¹⁷ BGH, Urt. v. 16.04.1996, VI ZR 190/95.

¹⁸ Eingehend Bergmann MedR 2009 ff.

¹⁹ Angelehnt an Böhme, Hans, Nicht alles, was Medizin ist, muss der Arzt selbst tun. Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/Der Pfleger 44 (2005), S. 260.

²⁰ Vgl. hierzu Weber, Martina, Delegation ärztlicher Tätigkeiten: Weisung kann unverbindlich sein, in: Pflegezeitschrift 60 (2007), S. 579 - zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten, deren Grundsätze allerdings auch für die Delegation pflegerischer Tätigkeit gelten.

Je qualifizierter ein Mitarbeiter ist, desto umfassendere Tätigkeiten können auf diesen übertragen werden, auch Tätigkeiten mit einer potentiell höheren Gefährdung des Patienten. Es muss allerdings auch für den pflegerischen Bereich ein **Kernbereich** von Tätigkeiten definiert werden, der nicht zur Übertragung geeignet ist. Dieser Kernbereich bleibt dem ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpfleger vorbehalten. Welche Tätigkeiten genau zu dem Kernbereich gehören, ist keine juristische, sondern eine fachlich-pflegerische Wertung, die im Streitfall von einem Pflege-Sachverständigen vorgenommen werden muss.

In der Zivilrechtsprechung lässt sich letztlich die patientenorientierte Risikobegrenzung als zutreffender Maßstab entnehmen. Erforderliche Sorgfalt im Sinne des § 276 BGB meint den Standard der jeweiligen Berufsgruppe. Die berufsspezifische Sorgfaltspflicht richtet sich nach medizinischen Maßstäben und muss im Streitfall vom Sachverständigen im Wege juristischer Plausibilitätskontrolle ermittelt werden, ohne Streitfall kann es nur Aufgabe dazu berufener Sachverständiger sein, den Stand von Delegation und Substitution zu ermitteln.

Sowohl das Arzthaftungsrecht als auch das Arztstrafrecht legen keine unmittelbare Grenze hinsichtlich der Zulässigkeit der Delegation pflegerischer Aufgaben fest. Die Rechtsprechung hat aber mehrfach entschieden, dass ein haftungsbegründendes schuldhaftes Verhalten vorliegt, wenn einer nach ihrem Ausbildungs- und Erfahrungsstand zur Vornahme bestimmter Eingriffe in die körperliche Integrität eines Patienten oder zur Wahrung seiner Integrität nicht befugten Person solche Eingriffe oder Maßnahmen dennoch übertragen und von ihr ausgeführt werden.²¹ Die Berufsgruppen haben die Abgrenzung pflegerischer und Assistenzleistungen, Bildung ihres Kernbereiches und Möglichkeiten und Grenzen ihrer Übertragbarkeit selbst vorzunehmen. Die Abgrenzung ist historisch gewachsen, sie unterliegt dem historischen Wandel und zwar national und international. Im Streitfall obliegt die Abgrenzung dem Sachverständigen, im übrigen hat die Festlegung durch die Leistungserbringer selbst zu erfolgen.

Sofern landesrechtlich die Assistenz des Gesundheits- und Krankenpflegers durch einen Gesundheits- und Krankenpflegehelfer geregelt wird, kann hierin ein Indikator für die Zulässigkeit der Delegation an den Pflegehelfer gesehen werden. Gerade die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer (oder -assistenten) belegt die formelle Qualifikation als Befähigungsnachweis für die Assistenz bei pflegerischen Maßnahmen, die allerdings weiterhin in der Verantwortung des Gesundheits- und Krankenpflegers verbleiben.

Ein Befähigungsnachweis erleichtert die Auswahl der Person, die eine pflegerische Tätigkeit ausüben soll. Durch einen solchen Befähigungsnachweis wird die materielle Qualifikation für die Erbringung der Leistung ebenfalls dokumentiert. „Entscheidend ist nur, dass die Pflegekraft mit abgeklärter materieller Qualifikation, d. h. mit gesichertem Leistungsprofil, tätig wird. Erforderlich ist daher eine laufende Kontrolle der vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten der (...) Mitarbeiter, damit

²¹ Vgl. BGH NJW 1984, 655 m.w.N.

die Delegationsfähigkeit sichergestellt ist.“²² Je weniger (potentiell) gefährlich die einzelne pflegerische Maßnahme ist, desto geringere Anforderungen dürften auch an die Qualifikation des Delegationsempfängers zu stellen sein. Dies zeigt bereits die Einführung der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87 b Abs. 3 SGB XI.²³

Auch eine zulässige Delegation bewirkt einen erhöhten organisatorischen Aufwand des Krankenhausträgers. Je mehr unterschiedliche Qualifikationsniveaus und Aufgabenzuschnitte existieren, desto größer ist auch die Gefahr von Schnittstellenproblemen und arbeitsorganisatorischen Friktionen.²⁴

Das Maß der objektivierten und nach § 276 BGB gebotenen Sorgfalt richtet sich aus an der Gefährdung des Patienten durch die Maßnahme. Je größer die Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Gefährdung des Patienten ist, desto höher ist der Maßstab, an den sich die erforderliche Sorgfalt auszurichten hat.²⁵

Der Delegationsempfänger muss angeleitet und überwacht werden. Die Schnittstellenprobleme müssen organisatorisch gelöst werden. Diese Verantwortung trifft primär den Krankenhausträger. Allerdings ist auch der Delegationsgeber, also der ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger, in der Verantwortung, die Zulässigkeit der Delegation einzelner Tätigkeiten kontinuierlich zu überprüfen und sicherzustellen, dass der Kernbereich seiner pflegerischen Tätigkeit unberührt bleibt.

Die organisatorischen und kommunikativen Rahmenbedingungen auch für eine zulässige Delegation sicherzustellen, bleibt Hauptaufgabe des Krankenhausträgers. Dies gilt vor allem, sobald weniger gut ausgebildetes Personal in einzelne Bereiche eingebunden werden soll. Schnittstellenprobleme dürfen auf gar keinen Fall zu Lasten der Patienten gehen, eine Gefahrerhöhung muss vermieden werden. Dies sind die Probleme der tatsächlichen Umsetzung einer zulässigen Delegation, sie sind einer juristischen Überprüfung nur bedingt zugänglich. Im Fall einer juristischen Auseinandersetzung obliegt die Bewertung der Organisationsstrukturen und der zulässigen Delegation einem Pflegesachverständigen.

E. Grenzen haftungsrechtlicher Bewertung

In rechtlicher Hinsicht kann es kein Prüfkriterium sein, ob durch eine Neuordnung der Pflege das berufliche Selbstverständnis der Pflegeberufe berührt ist oder ob Pflegearbeit tariflich als Hilfsarbeit abgewertet wird²⁶. Allenfalls unter rechtspolitischen

²² So zur Delegation ärztlicher Tätigkeit: Sträßner, Heinz, Haftungsrecht für Pflegeberufe. Ein Leitfaden, Stuttgart 2006, S. 249.

²³ Vgl. vor allem Betreuungskräfte-RI vom 19.08.2008 - vom GKV-Spitzenverband der Pflegekassen.

²⁴ Kritisch zur neuen Arbeitsteilung im Gesundheitswesen: Gewerkschaftliche Positionsbestimmung zu aktuellen Fragen der Arbeitsteilung und Berufsbildung der Gesundheitsberufe, Beschluss des Bundesfachbereichsvorstandes Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vom 30.04.2009, unter www.verdi.de.

²⁵ Vgl. Stressner, Heinz, Haftungsrecht für Pflegeberufe, S. 287.

²⁶ Dazu im einzelnen Verdi, Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, Beschl. des Bundesfachbereichs, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vom 30.04.2009.

Erwägungen kann die Frage aufgeworfen werden, ob die Delegation auf neue Berufsgruppen unterschiedliche Qualitätsniveaus und Aufgabenzustände schafft, so dass sich die Gefahr von Schnittstellenproblemen und arbeitsorganisatorischen Funktionen stellt. Schnittstellenprobleme lassen sich in der arbeitsteiligen Medizin nicht vermeiden. So lange sie gelöst werden, ist der Zuschnitt der einzelnen Aufgabenbereiche haftungsrechtlich nicht relevant. Ebenso ist es haftungsrechtlich irrelevant, ob die fachgerechte Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal zeitraubender sein kann als bestimmte Aufgabe selbst zu erledigen. Dies obliegt dem Organisationsmanagement des Krankenhausträgers. Haftungsrechtlich relevant kann aber beispielsweise die Frage sein, ob im konkreten Einzelfall der Patient einer fachlichen Begleitung durch das Pflegepersonal bedarf und der Hol- und Bringendienst dieses Krankenhauses im konkreten Fall nicht fachlich hinreichend qualifiziert ist. Dies gilt auch für pflegerische Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, sofern sie im Einzelfall nur durch Pflegefachkräfte erfolgen kann. Ebenso kann es im Einzelfall geboten sein, die Ganzkörperwäsche, das Betten und Lagern bei Schwerpflegebedürftigen und akut Erkrankten den Pflegefachkräften vorzubehalten.

Aus haftungsrechtlicher Sicht kann nicht die Frage beantwortet werden, welche Ausbildung am besten geeignet ist, den unterschiedlichen Anforderungen in den Arbeitsfeldern der Akutversorgung im Krankenhaus, der ambulanten pflegerischen Versorgung und letztlich auch der stationären Altenhilfe zu erfüllen. Aus haftungsrechtlicher Sicht kann lediglich die Forderung gestellt werden, dass Ausbildung und Weiterbildung auch von Assistenz und Serviceberufen so strukturiert sein müssen, dass sie dem Ziel, den gebotenen Sorgfaltstandard bei der Pflege des Patienten zu erreichen, gerecht werden. Hier besteht sicherlich für die Verantwortlichen, die die Ausbildung strukturieren müssen, ein erheblicher Spielraum, der sich einer haftungsrechtlichen, ja schlechthin einer rechtlichen Bewertung entzieht.

Ebenso ist der Bewertung des Haftungsrechtlers die Frage entzogen, ob für die Einführung von Assistenzberufen im Pflegebereich, wie es im Beschluss des Bundesfachbereichsvorstands von Verdi vom 30.04.2009 heißt, keine fachlichen, sondern allenfalls ökonomischen Gründe sprechen oder die Gefahr besteht, dass durch die Bildung von Pflegeassistenten und Assistentinnen die Versorgungsqualität sinkt. Soweit Ausbildung und Weiterbildung von den hierzu legitimierten Institutionen geregelt werden, ist haftungsrechtlich auf der Makroebene die erforderliche Sorgfalt im Sinne des § 276 BGB eingehalten. Eine Haftung kann sich insoweit nur aus Organisationsfehlern des Krankenhaus- oder Altenheimträgers, mangelhafter Anordnung oder Überwachung oder individuellen Pflegefehlern ergeben.

F. Fazit

Eine abschließende juristische Bewertung der Zulässigkeit einer Delegation pflegerischer Tätigkeiten ist nicht möglich. Dies liegt zum einen daran, dass sich weder die juristische Fachliteratur noch die deutschen Gerichte bislang umfassend mit diesem Thema befasst haben. Zum anderen sind die wesentlichen Fragen für die Zulässigkeit

der Delegation keine juristischen, sondern tatsächliche, die im Streitfall von einem Pflegesachverständigen beurteilt werden müssen.

Ebenso wie bei der ärztlichen Tätigkeit wird man nun auch für die pflegerische Tätigkeit einen Kernbereich zu definieren haben, der nicht delegiert werden kann. Im Übrigen hängt die Zulässigkeit der Delegation von der Kompetenz des Delegationsempfängers und von dem Vorhalten einer organisatorischen Struktur, die eine Gefahrerhöhung durch die Delegation für den Patienten verhindert, ab. Die Voraussetzungen für eine zulässige Delegation sind daher kumulativ zu nennen:

- klare Definition der zu delegierenden Aufgaben (außerhalb des Kernbereichs)
- genaue Prüfung, welche Kompetenz der Delegationsempfänger für die Übernahme der jeweiligen pflegerischen Tätigkeiten benötigt
- Überprüfung, welche Ausbildung hierfür vorgehalten werden muss (z. B. Gesundheits- und Krankenpflegehilfe)
- Überprüfung der formellen und materiellen Qualifikation des Delegationsempfängers vor Zugang zu der jeweiligen pflegerischen Tätigkeit
- kontinuierliche weitergehende Kontrolle und Überwachung des Delegationsempfängers
- genaue Definition der Schnittstellen und konkrete Vorgaben für die Kommunikation zwischen den verschiedenen an der Pflege beteiligten Akteuren
- dauerhafte Kontrolle der reibungslosen Kommunikation an den Schnittstellen durch den Krankenhausträger
- dauerhafte Kontrolle und Überprüfung der übertragenen Tätigkeit hinsichtlich des Gefahrenpotentials für den Patienten.

Die Frage der Verlagerung bisher nur pflegerischer Tätigkeiten auf Pflegeassistenten ist letztlich auch eine Frage der Organisationsverantwortung. Die Pflegedienstleitung hat die Organisationsverantwortung für die standardgerechte Delegation und auch für die Überwachung der Durchführungsverantwortung. Das vielfach in der Kritik stehende Über-/Unterordnungsverhältnis zwischen Arzt und Pflege wird insoweit auf die „Pflege-/Pflegeassistenten-Beziehung“ übertragen. Ob und inwieweit eine solche Entwicklung gewünscht wird, müssen die Verantwortlichen selbst entscheiden.

25 Jahre Arbeitsgemeinschaft - 25 Jahre Arzthaftung

Von der Krähen-theorie bis zum groben

Behandlungsfehler

AG Rechtsanwälte im Medizinrecht e. (Hrsg.)

2011, XIII, 350 S., Hardcover

ISBN: 978-3-642-18433-8