

Pflegefremde Mitar im Krankenhaus

**Dürfen Ärzte und Stationsleitungen grund- und
behandlungspflegerische Tätigkeiten an Pflegende
ohne Krankenpflegeexamen delegieren? Juristische
Aspekte für die Verantwortlichen im Stationsalltag**



Elke Bachstein,
Referentin für
Pfl gerecht,
Vorstandsmit-
glied des DBfK

Vor dem Hintergrund der sich immer schneller wandelnden Entwicklung in der Medizin, Aufspaltung der Pflegearbeit, Druck zur Übernahme neuer, risikoträchtiger Aufgabengebiete, Einsparung von Planstellen u.v.m., stellt sich für die Stationsleitung die entscheidende Frage nach der Verantwortung im Stationsalltag. Fragen nach der Verantwortung stellen sich vor allem im Zusammenhang mit immer häufiger eingesetzten kostengünstigeren Pflegekräften mit unzureichender Qualifikation.

Der Stationsleitung obliegt es im Einzelfall zu prüfen und zu entscheiden, welche grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen ohne Risiko auf das von der Krankenhausleitung eingestellte Personal delegiert werden können. Im Zweifel hat sie sich ähnlich wie bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Krankenpflegekräfte, bei jeder Mitarbeiterin oder Mitarbeiter, die oder der über keine abgeschlossene dreijährige Krankenpflegeausbildung verfügt und noch nicht langjährig erfahren ist, sich zu überzeugen, ob die beauftragte Pflegeperson, auch in der Lage ist, diese Aufgaben zu übernehmen. Hierbei geht es sowohl um die Delegation und Übernahme von primär ärztlichen Tätigkeiten, die im Laufe der medizinischen und pflegerischen Entwicklung zunehmend mehr in

den pflegerischen Bereich verlagert wurden, als auch um die Zulässigkeit der Delegation von behandlungs- und grundpflegerischen Maßnahmen. Sollten erhebliche Zweifel in Bezug auf die Qualifikation eines Mitarbeiters bestehen und kann dadurch der reibungslose Stationsablauf nicht gewährleistet werden, so müssen diese Bedenken dem Arbeitgeber in Form einer Entlastungsanzeige, mit der Bitte um Abhilfe, zur Kenntnis gebracht werden. Ob in allen Fällen eine Umstrukturierung möglich sein wird, bleibt dahin gestellt.

Die Bezeichnung pflegefremde Mitarbeiter umfasst ein weites Spektrum an Mitarbeitern und Helfern, einerseits Angehörige anderer Berufsgruppen, die pflegerische Tätigkeiten gelegentlich bzw. auch im Rahmen ihrer Berufsausübung übernehmen, andererseits pflegerische Laien wie Praktikanten und Angehörige. Dagegen sind langjährig in der Pflege arbeitende und erfahrene Krankenpflegehelfer/ innen (einjährige Ausbildung) und Pflegehelfer/ innen nicht pflegefremd, jedoch aufgrund der mangelnden formalen Qualifikation, nicht als Pflegefachkraft einzustufen. Dies hat zur Folge, dass damit auch eine Einschränkung der Delegationsmöglichkeit verbunden ist.

Ärzte, AiP, Medizinstudenten. Während Ärzte in der Regel bis

auf wenige Ausnahmen, keine pflegerischen Aufgaben übernehmen, sieht es bei den Ärzten im Praktikum und Medizinstudenten anders aus. Die Aufgaben im Grenzbereich zwischen ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten können sich mangels gesetzlicher Regelung in der Praxis durchaus überschneiden und vermischen, so dass oftmals wegen fehlender ärztlicher Anleitung für diese beiden Gruppen das Pflegepersonal die Anleitung für primär ärztliche Tätigkeiten - die fast ausschließlich von Krankenpflegekräften durchgeführt werden - wie z.B. i.m. Injektionen, übernimmt. Die Zeit für die Anleitung bei Aufgaben des ärztlichen Dienstes fehlt letztendlich im Bereich der Pflege; ebenso muss allen Beteiligten bewusst sein, dass in Anleitesituationen die zuständige Pflegeperson für fehlerhaftes Verhalten des angewiesenen Mitarbeiters die Verantwortung trägt.

Wenn, wie häufig praktiziert, bei personellen Engpässen im Krankenpflegebereich Studenten für ausgefallene Pflegepersonen eingesetzt werden ist das bei Studenten der Studiengänge Pflegepädagogik und Pflegemanagement unproblematisch, solange für diese Studiengänge eine zuvor absolvierte Pflegeausbildung obligatorisch ist, ebenso bei Medizinstudenten im fortgeschrittenen Semester. Bei allen anderen Fach-

beiter

richtungen ist jedoch im Einzelfall zu prüfen, ob sie mit Pflegeaufgaben und wenn ja, mit welchen, ohne Risiko für alle Beteiligten betraut werden können. In der Praxis ist es häufig so, dass mit dem Einsatz von Studenten zwar die ausgefallenen Krankenpflegepersonen zahlenmässig ersetzt werden, aber nicht unbedingt qualitativ. Dies bedeutet für die verantwortliche Stationsleitung oder deren Vertretung, dass sie, um Risiken zu minimieren, diese Mitarbeiter im ungünstigsten Fall nur zum Telefondienst und für Botengänge einteilen kann.

Krankenpflegeschüler. Während die KrPflAPrV a.F. einzelne Tätigkeiten vorsah, die im Rahmen der dreijährigen Ausbildungszeit erlernt werden mussten, ist die neue KrPflAPrV diesbezüglich allgemeiner gehalten. Das bedeutet für die Delegation von Tätigkeiten an Auszubildende, dass die Stationsleitung wie bisher, in enger Zusammenarbeit mit der Ausbildungsstätte Vorgaben entwickeln sollte, die an dem jeweiligen Einsatzort schwerpunktmässig erlernt werden sollten, welche Tätigkeiten unter Anleitung und/ oder Überwachung und welche eigenständig durchgeführt werden können.

Bei Beginn der Ausbildung sind Krankenpflegeschüler/innen zuerst ebenso pflegefremd wie Praktikanten, das bedeutet für die

Praxisanleiter vor Ort, dass sie ein gutes Gespür entwickeln müssen, was dem einzelnen Auszubildenden übertragen werden kann und was nicht. Erst im Laufe der dreijährigen Ausbildung entwickeln sich aus pflegefremden Mitarbeitern kompetente Pflegeexperten. Mit dem Fortschreiten der Ausbildung können zunehmend mehr Pflegeaufgaben, bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Injizieren, dies soll nur unter unmittelbarer Aufsicht einer Pflegefachkraft geschehen) eigenständig durchgeführt werden.

Mit Ablegen der staatlichen Prüfung und Beendigung der Ausbildung, ist formal der Status einer Pflegefachkraft erreicht. Dies bedeutet, dass sie nun alle Tätigkeiten einer Pflegefachkraft eigenverantwortlich übernehmen kann. Je nach Einsatzort kann bzw. muss aber auch hier noch Kontrolle und Aufsicht der erfahrenen Stationsleitung notwendig sein. Für die Stationsleitung bedeutet dies bei der Delegation abteilungsspezifischer Tätigkeiten, dass sie neben der formalen auch die materielle Qualifikation der noch unerfahrenen Pflegefachkraft zu berücksichtigen hat.

Es ist im Einzelfall zu prüfen, ob Pflegeaufgaben möglichst risikofrei delegiert werden können

Krankenpflegehelfer. Diese Berufsgruppe war, vor dem Hintergrund des Pflegenotstandes, jahrelang mit Aufgaben betraut worden, die üblicherweise gemäß. Krankenpflegegesetz a.F. von 1985 i.V.m. der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in den Bereich der Krankenpflegekräfte fielen. Diese wurde sowohl in Krankenhäusern als auch in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gebilligt und praktiziert.

Mit einem Blick ins Krankenpflegegesetz wird deutlich, dass die Ausbildung zum Krankenpflegehelfer in erster Linie als Assistenzberuf der Krankenpflege einzustufen ist und damit viele der bisher übernommenen Aufgaben, insbe-

sondere viele Tätigkeiten aus dem Bereich der Behandlungspflege nicht eigenständig durchführen sollten. In der ambulanten Pflege und im Heimbereich, die etwa 50 Prozent Nichtpflegefachkräfte beschäftigen, musste in den vergangenen Jahren vieles aus diesem Grund umstrukturiert werden. Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 SGB XI und Änderung des Heimgesetzes wurden im § 71 SGB XI und im § 6 der Heimpersonalverordnung, die Kriterien für eine Pflegefachkraft festgelegt. Daraus ergibt sich, dass Krankenpflegehelfer und Pflegehelfer keine Fachkräfte im Sinne des Gesetzes sind und somit keine Behandlungspflege ausführen sollen. Bei Überprüfungen der Einrichtungen im Rahmen der Qualitätssicherung durch MDK, wird eine andere Vorgehensweise in der Regel beanstandet. Dies führte in manchen Einrichtungen zu großem Unmut auf allen Seiten. Einerseits fühlten sich die Krankenpflegehelfer abqualifiziert, da sie nunmehr viele der bisher ohne Beanstandung durchgeführten Tätigkeiten nicht mehr ausüben durften und andererseits die verantwortlichen Leitungspersonen das Problem mit der quantitativ und qualitativ richtigen Besetzung ihrer Einrichtungen lösen mussten und müssen. In Krankenhäusern wird üblicherweise vorwiegend dreijährig ausgebildetes Krankenpflegepersonal für die Arbeit am Patienten eingesetzt, da die komplexen Handlungsabläufe eine umfassende Aus- bzw. sogar Weiterbildung erfordern. Umso mehr ist in diesem Bereich für Krankenpflegehelfer das Krankenpflegegesetz im Wortlaut anzuwenden, so dass die Krankenhäuser, die z.Z. noch mit Krankenpflegehelfern arbeiten, gut beraten sind, diese ihrer formalen Qualifikation entsprechend einzusetzen und keine behandlungspflegerischen Tätigkeiten zu delegieren. (Paradoxerweise ist die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten wie z.B. Injektionen durch einen Arzt nicht ausgeschlossen, wenn sich der delegie-

rende ärztliche Mitarbeiter von dem Können, d.h. der materiellen Qualifikation der oder des Angewiesenen überzeugt hat. Um jedoch Missverständnisse oder Irrtümer, die zu Lasten des Patienten gehen könnten zu vermeiden, empfiehlt es sich, einen klar strukturierten Ablauf auf der Station mit Dienstweisungen, die für alle verbindlich sind, zu gewährleisten.)

Ergo- und Physiotherapeuten u.a. werden in der Regel nur in ihrem eigenem Aufgabengebiet tätig, es sei denn, sie übernehmen pflegerische Tätigkeiten beim Patienten wie den Gang zur Toilette oder das Reichen von Flüssigkeit und Nahrung. Diese Aufgaben werden jedoch nicht vom Pflegepersonal delegiert, sondern im Rahmen des Reha- und Mobilisationsprogramms, Trainieren von Fertigkeiten des täglichen Lebens oder aber auch aus Hilfsbereitschaft übernommen oder wenn eine Pflegekraft nicht in der Nähe ist, um die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen. Sollte es hierbei zu einem Schaden bei einem Patienten kommen, z.B. Sturz des Patienten oder Verschlucken mit nachfolgender Aspiration, fällt dieses Geschehen nicht in die Delegationsverantwortung der Stationsleitung, sondern in den Verantwortungsbereich des Ausführenden.

Pflegehelfer ohne Ausbildung, jedoch mit Erfahrung in der Pflege und evtl. mit Basisqualifikation, werden kaum in Krankenhäusern eingesetzt, da aufgrund des fehlenden pflegerischen und medizinischen Fachwissens, die Gefahr besteht, schwerwiegende Fehler in Ausübung ihrer Tätigkeit zu begehen. Einsetzbar wäre diese Mitarbeitergruppe lediglich bei relativ einfachen pflegerischen Tätigkeiten, wie bei der Essensanreicherung oder Waschen des Patienten, Vorlesen, Telefondienst und Botengänge.

Bei Zivildienstleistenden, soweit in den Krankenhäusern überhaupt noch vertreten, gelten die Vorgaben der zulässigen Tätigkei-

Grundsätze der Delegation

Grundsätzlich gelten die allgemeinen Delegationsregeln wie auch bei der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten auf Krankenpflegepersonal

► **Anordnungsverantwortung**

Der oder die Delegierende trägt die Verantwortung für die richtige Anordnung der Maßnahme und für die Auswahl den richtigen Delegierungsadressaten, im Zweifel Überprüfung der Fähigkeiten des Mitarbeiters. Ergeben sich keine Bedenken und gehört diese Tätigkeit in den Aufgabenbereich des Mitarbeiters (bei Notfällen sind Ausnahmen zulässig), kann diese Maßnahme delegiert werden.

► **Durchführungsverantwortung**

Derjenige, der eine Maßnahme ausführt, trägt die Verantwortung für die korrekte Durchführung und haftet bei fehlerhafter Durchführung.

► **Übernahmeverschulden**

trifft denjenigen, der eine Maßnahme übernimmt, ohne die dafür notwendi-

gen Fachkenntnisse zu haben. Bei berechtigten Bedenken des Mitarbeiters diesbezüglich, kann die Durchführung der Tätigkeit abgelehnt werden ohne dass es als Arbeitsverweigerung zu werten ist. Eine Nachqualifizierung durch entsprechende Fortbildungen kann sowohl vom Arbeitnehmer als auch vom Arbeitgeber verlangt werden, wenn diese Tätigkeit in den Aufgabenbereich des Mitarbeiters fällt.

► **Organisationsverantwortung**

fällt in den Bereich der Leitung des Krankenhauses oder der Abteilung. Damit kann eine Einrichtung zur Verantwortung gezogen werden, wenn nicht das entsprechend qualifizierte Personal zum Einsatz kommt, sondern Personal mit einer geringeren Qualifikation und der entstandene Schaden auf die Minderqualifizierung zurückzuführen ist.

ten aus dem Zivildienstgesetz, ansonsten gelten die Ausführungen zu Punkt „Pflegehelfer“.

Bei den Praktikanten ist zwischen den Schulpraktikanten und denjenigen, die zur Vorbereitung auf ihren Beruf ein Praktikum ableisten müssen zu unterscheiden. Bei Ersteren gelten neben den Ausführungen zum Punkt „Pflegehelfer“ das Jugendschutz- und Jugendarbeitsschutzgesetz, das bestimmte, die Gesundheit des Jugendlichen schädigende Tätigkeiten verbietet. Bei der zweiten Gruppe hängt es von den Tätigkeiten des zu erlernenden Berufes ab. Die Anleitung und Überwachung obliegt hierbei den verantwortlichen Ausbildern (z.B. Ergo- und Physiotherapeuten). Handelt es sich um ein Pflegepraktikum, das als Vorbereitungsdienst abgeleistet werden muss, gelten je nach Fähigkeiten und Können des Praktikanten die Ausführungen unter „Pflegehelfer“.

Ehrenamtliche Helfer und Besucher sind keine Mitarbeiter des Krankenhauses sondern werden ehrenamtlich vorwiegend im sozialen und kulturellen Bereich tätig. Es besteht kein Weisungsrecht der Stationsleitung und anderen Pflegekräften. Bei diesen ehrenamtlichen Besuchsdiensten kann es jedoch vorkommen, dass ein Patient um ein Glas Wasser oder

Ähnliches bittet, das ihm dann von diesem gereicht wird. Kommt es dabei durch ein Verschulden des ehrenamtlich Tätigen zu einem Schaden beim Patienten, trifft die Stationsleitung keine Verantwortung in Form von Überwachungspflichten, da sie diese Tätigkeit nicht delegiert hatte. D.h., sie trifft im Falle einer Schädigung auch keine Haftung. Wie dieser Fall haftungsrechtlich einzuschätzen ist, hängt davon ab, unter welchen Umständen der ehrenamtliche Helfer tätig geworden ist. Werden die ehrenamtlichen Helfer auf Veranlassung des Krankenhauses eingesetzt, müsste die Haftpflichtversicherung des Krankenhausträgers eintreten. Werden die Ehrenamtlichen im Auftrag einer Organisation wie z.B. im Rahmen von Palliativ-Care oder ähnlichen Institutionen beauftragt, ist diese Einrichtung auch für ihre Beauftragten verantwortlich. Bei besonders gefährdeten Patienten sollte ein Hinweis der Stationsleitung erfolgen, dass sich Besucher zuerst im Dienstzimmer melden sollten, um auf evtl. Gefahrensituationen (z.B. Verschlucken) hinweisen zu können.

Angehörige. Ähnliches trifft auch auf Angehörige zu, die oftmals ein Großteil an Pflegetätigkeiten übernehmen, teilweise, um das Pflegepersonal zu entlasten aber

auch, weil sie in absehbarer Zeit die Versorgung des Angehörigen in häuslicher Pflege übernehmen wollen oder müssen. Dagegen ist im Prinzip nichts einzuwenden. Je nach Krankheitsfall und Schwere der Erkrankung, aber auch nach den zeitlichen Möglichkeiten sowie unter Beachtung der körperlichen und seelischen Verfassung der Angehörigen, können diese zunehmend mehr an Aufgaben und Verantwortung übernehmen. Nach entsprechender Unterweisung und Anleitung durch das Krankenpflegepersonal, werden die Angehörigen diese Pflegemaßnahmen zuerst unter Aufsicht des Pflegepersonals, später, je nach Tätigkeit, auch allein durch-

führen können. Dabei trifft die Anleitenden die Verantwortung, sich zu überzeugen, ob der Angehörige diese Maßnahme beherrscht. Handelt es sich um komplizierte Behandlungspflege, wird die Übergabe an den Angehörigen zunächst unter Aufsicht und weiterhin unter Kontrolle erfolgen, handelt es sich um Pflegetätigkeiten aus dem Bereich der Grundpflege, können diese eher vom Angehörigen übernommen werden. Allgemein lässt sich sagen, je geringer die Gefährdungsmöglichkeit des Patienten durch die übertragene Aufgabe ist, umso eher kann diese von Angehörigen übernommen werden. Handelt es sich

um Tätigkeiten, die von den Angehörigen auch zu Hause durchgeführt werden, wie z.B. das Baden oder Wickeln eines Kindes und die Mutter lässt das Kind in einem kurzen Moment unbeaufsichtigt auf dem Wickeltisch, so dass es herunterfällt, obliegt allein ihr die Verantwortung. Wird bei Kontrollen bemerkt, dass Maßnahmen nicht oder fehlerhaft ausgeführt wurden, ist der betreffende Angehörige darauf hinzuweisen und in einigen Fällen gebietet es die Sicherheit des Patienten, den Angehörigen von seiner Aufgabe zu entbinden. Dies ist entsprechend in der Pflegedokumentation zu vermerken und gegebenenfalls der ärztliche Dienst zu informieren.

Zulässigkeit der Delegation von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten auf Mitarbeiter in der Krankenpflege im Krankenhaus

	Ärzte AiP	KS/KPK KS/P GKP/ GKKP*	Kranken- pflegeschüler n. Anleitung/ bzw. unter Aufsicht	Kranken- pflegehelfer	Arzt- helferin	Pflege- helfer	Praktikant/ Studenten	ZDL	Angehörige nach entspr. Anleitung u. Kontrolle
Erstellen und Evaluierung der Pflegeplanung	-	X	X	-	-	-	-	-	-
s.c. Inj.	X	X	X	-	X	-	-	-	X
i.m. Inj.	X	X	X	-	X	-	-	-	X
i.V.Inj.	X	- X m.WB AI	-	-	X	-	-	-	-
Blutentnahme venös* rechtlich unproblematisch, jedoch zum ärztlichen Bereich gehörend	X	X*	X*	-	X*	-	-	-	-
Infusion anlegen	X	-	-	-	X*	-	-	-	-
Wechsel der Infusionsflasche	X	X	X	-	X	-	-	-	X
Transfusion, nicht delegierbar	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Med.Gabe Port	X	X	X	-	X	-	-	-	X
Legen v. Magensonden	X	X	X	-	X	-	-	-	-
Legen u. Wechsel v. Blasenkathe- ter	X	X	X	-	X	-	-	-	X
Katheterversorgung suprapubisch	X	X	X	-	X	-	-	-	-
Blasenspülung	X	X	X	-	X	-	-	-	-
Darminlauf/Klistier	X	X	X	-X	-X	-X	-X	-	-X
Stomapflege	X	X	X	X	-	-	-	-	X
Dekubitusbehandlung	X	X	X	-	-	-	-	-	-X
Krankenbeobachtung/ Vitalzeichenkontrolle	X	X	X	X	X	X	-	-	X

In der Praxis ist es oftmals nicht ganz so einfach zu entscheiden, welche Aufgaben auf die verschiedenen Mitarbeitergruppen delegiert werden dürfen. Es muss jedoch sowohl die formelle als auch die materielle Qualifikation in die Überlegungen mit einbezogen werden, ebenso spielt der Gesundheitszustand des Patienten und die sogenannte „Gefahrenneigtheit“ bzw. das Risiko der Maßnahme eine Rolle. Die Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters in die Vornahme dieser Tätigkeit wird jeweils als gegeben vorausgesetzt. Auch der Blick ins Krankenpflegegesetz a. und n. F., lässt keine eindeutigen Rückschlüsse zu, welche Tätigkeiten ausgebildete Krankenpflegekräfte ausschließlich in Abgrenzung zur beruflich ausgeübten Pflege durch Nichtausgebildete und der Laienpflege als so genannte „Vorbehaltstätigkeiten“ vorbehalten sind und welche Tätigkeiten von Pflegeexperten ohne Krankenpflegeexamen durchgeführt werden können. (Anders das Krankenpflegegesetz von 1938, das Vorbehaltstätigkeiten vorsah.) Helmut Erdle dazu: Der „§ 3 KrPflG vom 16.7.2003 enthält indirekt eine Definition der Kranken- und Kinderkrankenpflege, jedoch als Berufsbezeichnungsschutzgesetz keine Tätigkeitsvorbehalte. Es stellt deshalb grundsätzlich kein Hindernis dar, Personen, unabhängig davon, ob sie eine Erlaubnis nach diesem Gesetz haben, entsprechend ihren Kenntnissen und Fähigkeiten mit pflegerischen Aufgaben zu betrauen.“ Dies findet seinen Niederschlag insbesondere im SGB XI, wo der Gesetzgeber eindeutig die Pflege durch Angehörige und sonstige Pflegepersonen favorisiert. Andererseits wird im Rahmen des Pflegequalitätssicherungsgesetzes PQsG ein hohes Maß an Qualität gefordert. Die Auswirkungen dieser Politik sind in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen deutlich zu spüren. Grundsätzlich gilt: Je höher das Wissen, umso eher auch die Möglichkeit, riskan-

te Situationen korrekt einschätzen zu können und sich im Bedarfsfall entsprechend zu verhalten. Aus Qualitätssicherungsgründen gem. §§ 135, 137 ff SGB V, sollte die Qualifikation der ausführenden Mitarbeiter im Krankenhaus sehr hoch sein, weil damit evtl. Fehler vermieden werden können, die bei einem nicht ausgebildeten Mitarbeiter passieren könnten. Dies gilt generell für alle Berufsgruppen.

Mit dem Einsatz von nicht examinierten Pflegepersonal erhofft sich der Krankenhausträger weniger hohe finanzielle Belastungen. Das mag auf dem ersten Blick rechnerisch richtig sein, fraglich ist jedoch, ob durch den Einsatz von Hilfskräften und die damit höhere Wahrscheinlichkeit von Pflegefehlern, das Budget nicht viel

mehr belastet wird. Zudem müssen bei Pflegefehlern die weiteren Folgen, sowohl für den Patienten als auch für

den einzelnen Mitarbeiter bedacht werden, ebenso der vermutlich eintretende Imageverlust des Krankenhauses bei einer Schadensersatzklage des Patienten.

Zu bedenken ist, dass auch Arbeitnehmer ohne die entsprechende formelle und materielle Qualifikation bei einem Fehler unter Umständen strafrechtlicher Verfolgung wegen fahrlässiger Körperverletzung bzw. fahrlässiger Tötung ausgesetzt sind. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen: Die Essensanreicherung mit Löffel oder Gabel wird als grundsätzlich delegationsfähige Maßnahme auch auf Nichtpflegefachkräfte angesehen. Dennoch kann es dabei zu Schädigungen kommen.

► Ein Patient ohne Schluckstörungen verschluckt sich ohne ersichtlichen Grund und erstickt, trotz Rettungsmaßnahmen: niemand muss haften

► Ein Patient mit Schluckstörungen isst noch allein, verschluckt

sich und verstirbt: kein Verschulden und keine Haftung des Pflegepersonals und des Trägers.

► Ein Patient verschluckt sich, weil die nahrungsverabreichende Pflegeperson sich nicht an den körperlichen Bedürfnissen des Patienten orientiert und den Schluck Tee oder den Löffel mit Essen den Verhältnissen des Patienten nicht angepasst verabreicht.

Urteil AG Berlin 2001: Verurteilung eines Pflegehelfers wegen fahrlässiger Tötung, weil er einer Patientin ein zu großes Stück Kohlroulade gereicht hat. Dies hätte durch den Einsatz einer Krankenpflegekraft vermieden werden können.

Aber auch eine Krankenpflegekraft kann nach jahrelanger Berufskarenz durch Erziehungszeiten oder Studium „pflegefremd“ zumindest aber „pflegeentwöhnt“ sein, so dass trotz vorliegender formeller Qualifikation, die materielle Befähigung nicht mehr ausreicht. In solchen Fällen muss sich die delegierende Stationsleitung im Rahmen eines Einarbeitungskonzeptes von den Ressourcen der Mitarbeiter überzeugen und sie ihren Fähigkeiten entsprechend einplanen. Andererseits trifft auch die Mitarbeiter die Verpflichtung, sich den aktuellen Stand der Pflegetechniken durch regelmäßige Fortbildungen in ihrem Arbeitsbereich anzueignen.

Abschließend bleibt zu sagen: um Unsicherheiten und Kompetenzstreitigkeiten zu vermeiden, wäre es sinnvoll, eine für alle geltende verbindliche Dienstanweisung, zu erarbeiten, in der klar geregelt ist, wer mit welcher Qualifikation welche Tätigkeiten durchführen darf und welche nur mit Einschränkung bzw. überhaupt nicht. Um den Pflegealltag etwas zu erleichtern, dient die beistehende Tabelle, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, noch als abschließende Regelung zu verstehen ist, da die Entwicklung im Bereich der Pflege und Medizin rapide fortschreitet. Die Tabelle umfasst ausschließlich die im Krankenhaus beruflich Tätigen sowie die Gruppe der Angehörigen. ■

Die gute Qualifikation der Mitarbeiter im Krankenhaus hilft Pflegefehler zu vermeiden