

1 Überblick über das Haftungssystem in der Pflege

Das in der Bundesrepublik Deutschland in und für die Pflege gültige Haftungssystem ist vom Gesetzgeber aus verschiedenen Blickwinkeln angelegt worden.

Definition:

Haftung bedeutet in diesem Fall das Einstehenmüssen für die Nicht-/Schlechterfüllung von Leistung. Diese Leistung wird in ihrer Qualität durch den jeweiligen Gesetzesauftrag im BGB, StGB und SGB definiert. Dabei ergeben sich für die Pflege in den Bereichen Krankenhaus, Pflegeheim und ambulanter Pflegebereich separate Verantwortungsbereiche, die aufgrund der organisatorischen und hierarchischen Zuständigkeiten unterschiedliche Zuständigkeiten auslösen.



Soweit eine Haftung für den Regelungsbereich „fehlerhaftes Handeln“ definiert werden soll, ist vorab festzuhalten, dass eine Haftungsdefinition in der Pflege wegen knapper werdender gesellschaftlicher Ressourcen sich nicht mehr allein vor dem rechtlichen Hintergrund des 19. und 20. Jahrhunderts und seinem Dualismus von zivilrechtlicher und strafrechtlicher Haftung darstellt. Kennzeichnend für die neue historische Entwicklung ist die neu hinzutretende sozialrechtliche Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle, die als weitere Komponente den objektiven Sorgfaltsbegriff des Zivilrechts und den subjektiven Sorgfaltsbegriff des Strafrechts bei der Frage des „Einstehen-müssens“ für fehlerhaftes Handeln ergänzt.

Drei Gesetzesaufträge prägen daher das Haftungssystem in der Pflege. Aus der Zusammenschau der drei Gesetzesaufträge des BGB, des StGB und des SGB V und XI ergibt sich, dass der Patient

- medizinisch-pflegerisch notwendig,
- wirtschaftlich vertretbar sowie
- haftungsrechtlich unbedenklich

behandelt, gepflegt, betreut und versorgt werden soll und muss. Im organisatorischen Kontext der jeweiligen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung (Krankenhaus, Pflegeheim, ambulanter Pflegebereich) müssen Verantwortungsbereiche in den vorbezeichneten Strukturen als selbständige Organisationssysteme ausgeformt werden, die für die zielgerichtete Erfüllung des gesetzgeberischen Auftrags jeweils zu aktivieren sind.

Die Träger in der Pflege haben patientenbezogen qualitätssichernd und qualitätskontrollierend zu arbeiten. Sie haben durch eigene Selbstprüfung sicherzustellen, dass die Voraussetzungen für ihre Ar-

Drei Gesetzesaufträge

Absoluter Rechtsgüterschutz des Patienten

beit als notwendige Rahmenbedingungen sozialer Arbeit in der Kranken- und Altenpflege geschaffen werden. Dabei ist auf den Leitfaden des Bundesgesundheitsministeriums zurückzugreifen. Dieser setzt die klassische Orientierung am absoluten Schutz des Patienten in seinen Rechtsgütern, Leib, Leben, Gesundheit, Persönlichkeitsrecht und Selbstbestimmungsrecht, voraus.

Objektive Leistungsprofile

Die als Vorgaben nach dem jeweiligen Gesetzesauftrag geschuldeten objektiven Leistungsprofile sind für die Träger in der Pflege zu berücksichtigen. Daneben ist beim Einsatz von infrastrukturellen, sachlichen und personellen Ressourcen darauf zu achten, dass die Zielorientierung auf dem Niveau fachpflegerischen Standards im Krankenhaus, angemessener Pflege im Pflegeheim und ausreichender/sicherer Pflege im ambulanten Bereich gewährleistet ist.

Im Haftungsrecht wird zwischen zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und strafrechtlicher Haftung unterschieden. Im Zivilrecht gilt ein objektiver Sorgfaltsbegriff, der auch im Arbeitsrecht wirkt. Im Strafrecht wird vor dem Hintergrund der Eigenverantwortung des Handelnden ein subjektiver individueller Sorgfaltsbegriff zugrunde gelegt.

Zwei Haftungsebenen im Bereich des Trägers

Im Bereich des Trägers ist zwischen mindestens zwei Haftungsebenen im Rahmen der betrieblichen Hierarchie zu unterscheiden. Zum einen ist die Organisationsverantwortung des Trägers der Pflege und der von ihm eingesetzten Funktionsträger zu beachten. Zum anderen ist die Eigenverantwortung des einzelnen Mitarbeiters in der jeweiligen Verantwortungzuweisung zu thematisieren.

Sorgfaltsmäßstäbe des bürgerlichen Rechts

Aufgrund der zwischenzeitlichen historischen Entwicklung trifft der Träger im ambulanten und stationären Bereich nicht nur auf den Sorgfaltsmäßstab des bürgerlichen Rechts gem. §§ 611, 276, 278 BGB und §§ 823, 831 ff. BGB. Hinzu treten aufgrund der Ausgestaltung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung die Normen des SGB, die die Sorgfaltsmäßstäbe des bürgerlichen Rechts ergänzen, jedoch nicht ersetzen.¹ Sozialrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebote wirken auf die Definition von Versorgungsstandards ein. Sie dürfen jedoch gleichzeitig den Rechtsgüterschutz für Leib, Leben und Gesundheit des Patienten nicht relativieren. Vor dem Hintergrund der Organisationsverantwortung des Trägers ist darauf zu achten, dass Behandlung, Pflege, Betreuung und die Versorgung von Patienten vom Gesetzgeber nicht als Zielkonflikt angelegt sind, sondern der Gesetzgeber aufgrund der unterschiedlichen Gesetzesmaterien davon ausgeht, dass in jedem Falle der absolute Rechtsgüterschutz des Patienten und Heimbewohners zu gewährleisten ist und dieser synergetisch durch die vorbezeichneten Gesetzesmaterien herzustellen ist.

¹ Laufs, NJW 1977, S. 1609 f.

Pflegerische Leistungsbestimmungen nach dem SGB dürfen daher nicht so angelegt sein, dass eine Verwässerung von Sorgfaltsmäßigkeiten des bürgerlichen Rechts erfolgt.² Eine Missachtung des strafrechtlichen Sanktionsanspruchs des Staates hätte daneben bei Überbewertung der wirtschaftlich vertretbaren Leistungen strafrechtliche Sanktionen zur Folge, die nicht nur beteiligtes Pflegepersonal, sondern auch zuständige Sachbearbeiter bei MDK, Heimaufsicht usw. angemessen zu reflektieren hätten.

Das moderne Haftungsrecht der Pflege wird daher nicht nur geprägt durch die zivilrechtliche und strafrechtliche Wertung, sondern durch den sozialrechtlichen Hintergrund, vor dem die Behandlung, Pflege, Betreuung und Versorgung von Patienten und Heimbewohnern erfolgt.

² Igl 1999, S. 5

2 Der organisierte Kontext als haftungsrechtliche Voraussetzung

Vor dem Hintergrund der skizzierten gesetzlichen Rahmenbedingungen ist der jeweilige organisatorische Kontext der ambulanten und stationären Einrichtung zu beachten. Aus dem organisierten Kontext des Krankenhauses, Pflegeheims und der ambulanten Einrichtung ergibt sich notwendig eine Aufbau-, Ablauf- und Arbeitsorganisation, die von der Zielrichtung der jeweiligen Organisation her bestimmt wird. Dabei ist der gesetzliche Auftrag zur Daseinsvorsorge für die jeweilige Pflegeeinrichtung genauso beachtlich wie das wirtschaftliche Eigeninteresse des Trägers. Die Rechtsform der einzelnen Einrichtungen ist von sekundärer Bedeutung. Die Organisationsform der Träger in der Pflege wirkt strukturierend auf die Durchführung der Rechtsverhältnisse von Behandlungsvertrag, Pflegevertrag und Heimvertrag.

Die Organisationsformen sind gleichzeitig für die innerbetriebliche Verantwortungszuweisung und Verantwortungsabgrenzung von zentraler Bedeutung. Sie regeln die innerbetriebliche Haftungszuweisung für Leistungs- und Organisationsdefizite in der jeweiligen Führungs- und Handlungsebene. Vor dem Hintergrund der vertraglichen Abhängigkeiten ist dabei zuerst auf die Vertragshaftung³ abzustellen. Daneben ist die deliktische Haftung zu problematisieren.

2.1 Krankenhaus



Definition:

Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburthilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, pflege-, funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingestellt sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburthilfe zu leisten und in denen
4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

³ vgl. Kap. 5.2.1 (Behandlungsvertrag); Kap. 5.2.2 (Heimvertrag); Kap. 5.2.3 (Pflegevertrag)

Nach § 108 SGB V dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlungen nur folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Hochschulkliniken i. S. d. Hochschulbauförderungsgesetzes,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Zugelassene Krankenhäuser

Das Krankenhaus stellt sich regelmäßig als dreigeteilte Organisation im Sinne der „Drei-Säulen-Theorie“ dar (vgl. § 33 KHG-BaWü). Ärztlicher Dienst, Verwaltung und Pflegedienst sind als selbständige Subsysteme nebeneinander gestellt. Aus dem nachstehenden Organigramm ist unschwer das Subsystem der Pflege zu erkennen.

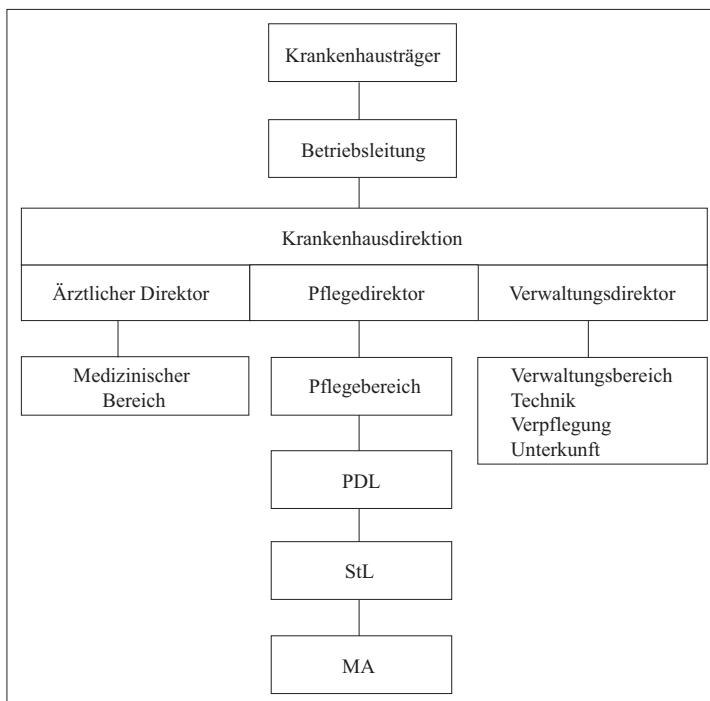


Abb. 1: Vereinfachtes Krankenhausorganigramm

Im Krankenhaus ist der Pflegebereich als solcher und die ihm zugeordneten Subsysteme von Abteilungen, Stationen und Funktionseinheiten zu unterscheiden. Soweit im Folgenden vom Pflegedienst als eigenständigem Subsystem im Krankenhaus ausgegangen wird, darf zu keinem Zeitpunkt vernachlässigt werden, dass es im Krankenhaus keinen sog. arztfreien Bereich gibt. Die Gesamtverantwortung des ärztlichen Dienstes für den Patienten löst notwendig im Bereich der Zusammenarbeit der Dienste parallele Verantwortlichkeiten aus. Die Gesamtverantwortung des Arztes kann tendenziell die Verantwortung der Pflege überlagern. Dies ist im Bereich der Grundpflege re-

Subsystem Pflegedienst

gelmäßig nicht der Fall. Im Bereich der Behandlungs- und Funktions- wie auch der Sonderpflege ist dies im Rahmen der stattfindenden vertikalen Arbeitsteilung stets zu beachten.

2.2 Pflegeheim



Definition:

Der Heimbegriff des HeimG geht von der Unterscheidung nach Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim und betreutem Wohnen aus.

Im Folgenden wird der Heimbegriff des PfIVG, (§ 71 SGB XI), der nicht mit dem Heimbegriff des § 1 HeimG identisch ist, zugrunde gelegt. Nach § 71 SGB XI tritt im Pflegeheimen und Kurzpflegeeinrichtungen als vollstationären Einrichtungen ein regelmäßiger Pflegebedarf auf. Unter das HeimG fallen Altenwohn- und Altenheime, auch wenn dort die Bewohner nur fakultativ bzw. ambulant nach Notwendigkeit gepflegt werden.⁴

Während die Wohnformen Altenheim und Altenwohnheim durch die Selbstdefinition, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Heimbewohner geprägt werden, ist im Bereich Pflegeheim und Betreutes Wohnen die Vorhaltung und Gewährleistung von schützenden Rahmenbedingungen zugunsten des Heimbewohners unabdingbar. Der Heimbewohner stellt sich im geriatrischen und gerontopsychiatrischen Bereich besonders schützenswert dar, da er nicht mehr in der Lage ist, selbstverantwortlich vor dem Hintergrund reduzierter Einsichtsfähigkeit, Handlungsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit im Einzelfall sein Leben selbständig zu organisieren. Unter Beachtung der Restressourcen des Heimbewohners im Pflegeheim hat „so viel Freiheit wie möglich und so wenig Schutz wie nötig“ zu erfolgen. Eine gesundheitsrechtliche Bevormundung hat zu unterbleiben. Der Heimbewohner ist nicht untergebracht im Sinne der Unterwerfung unter ein besonderes „Gewaltverhältnis“. Er erfährt eine Aufnahme in das Pflegeheim unter Wahrung seiner verfassungsrechtlich verbürgten Grundrechte. Eine Verwahrung des Heimbewohners aus Schutzgründen ist nicht zulässig. Aktivierende Pflege unter Erhaltung und Beachtung der gegebenen Restressourcen ist zu betreiben. Die Heim- und Pflegedienstleitung hat Gesamtverantwortung für die Durchsetzung des Personenschutzes zugunsten des Heimbewohners zu beachten.

⁴ Klie 2002, S. 385 f.

Im Pflegeheim findet keine unmittelbare Zusammenarbeit wie im Krankenhaus (sog. Arztnähe) statt. Die Gesamtverantwortung der Pflegedienstleitung für den Pflegedienst wird durch die sog. Arztferne, nämlich durch die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten geprägt. Es ergeben sich spezifische Kooperationsnotwendigkeiten, die haftungsrechtlich von besonderer Bedeutung sind. Aus der nachstehenden Abbildung eines vereinfachten Organigramms für ein Pflegeheim geht die fehlende Anwesenheit des ärztlichen Dienstes hervor.

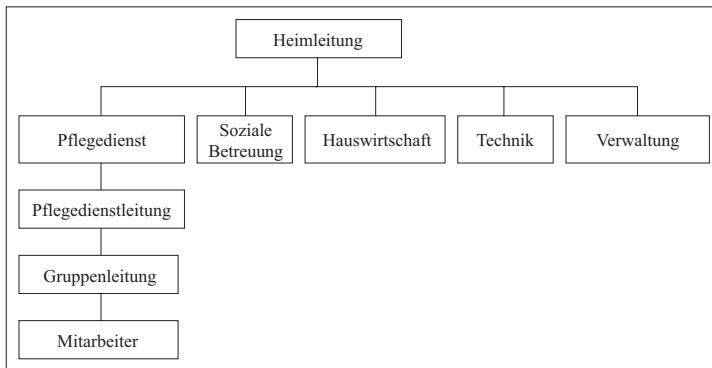


Abb. 2: Vereinfachtes Organigramm eines Pflegeheims

2.3 Ambulanter Pflegebereich

Im ambulanten Bereich stellt sich die hierarchische Struktur eines ambulanten Pflegedienstes oder einer Sozialstation wie folgt dar:

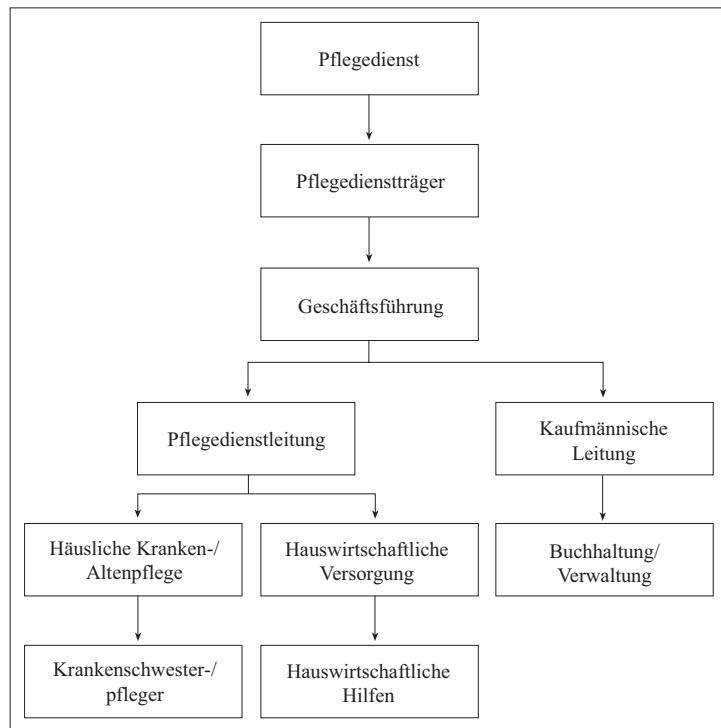


Abb. 3: Vereinfachtes Organigramm eines ambulanten Pflegedienstes

Fehlen des unteren und mittleren Managements

Gleichzeitig ist wiederum das Strukturmerkmal der sog. Arztferne gegeben, das eine spezifische Kooperation mit dem niedergelassenen ärztlichen Dienst auslöst. Kennzeichnend für den ambulanten Dienst ist das Fehlen des unteren und mittleren Managements. Die Pflegedienstleitung wie auch die vor Ort beim ambulanten Patienten arbeitenden Pflegekräfte erfahren deshalb eine besondere fachpflegerische Pflicht zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle.