

Zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, versicherungsrechtlicher, arbeitsrechtlicher und sozialrechtlicher Aspekte

Rechtsanwalt Robert Roßbruch
Institut für Gesundheits- und Pflegerecht
Mehlgasse 6

56068 Koblenz

Tel.: 0261/9142020

Fax: 0261/9142021

E-Mail: robert.rossbruch@t-online.de



Zur Problematik der **Delegation** ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal

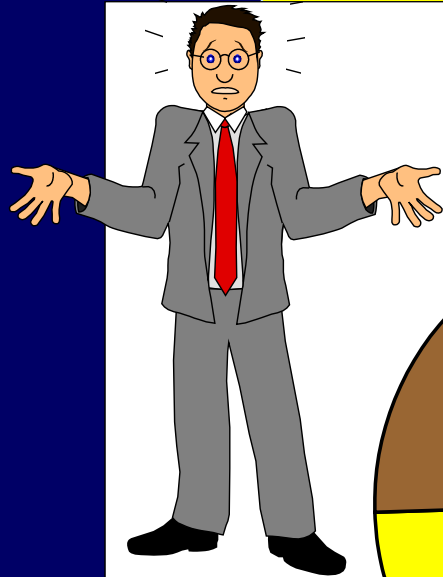


Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal muss im wesentlichen unter sechs Aspekten betrachtet werden:

- ⇒ **Berufsbild Pflege (KrPflIG, AltPflIG, Berufsordnungen)**
- ⇒ **Ausbildungsinhalte (KrPflIAPrV, AltPflIAPrV)**
- ⇒ **Strukturelle Bedingungen**
- ⇒ **Ökonomische Bedingungen**
- ⇒ **Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen**
- ⇒ **Rechtliche Rahmenbedingungen**

Ökonomische Bedingungen

Mehr Verwaltung !

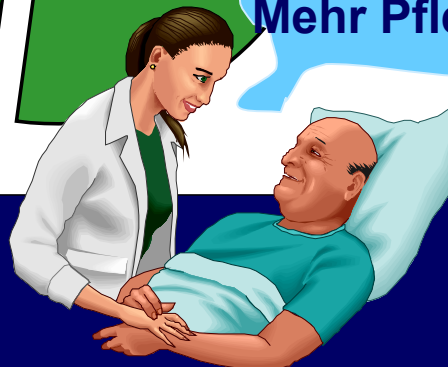


DRG' KUCHEN'

Mehr Medizin!!

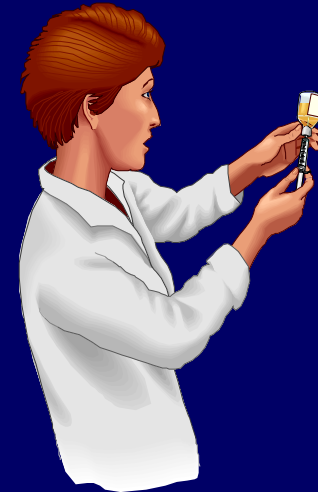


Mehr Pflege !!!



- Ärzte
- Pflege
- Funktionsdienst
Pflege
- Therapie
- Wirtschaft +
Versorgung
- Verwaltung

Ökonomische Bedingungen



Kosten

Bruttopersonalkosten
pro Stunde

29,30

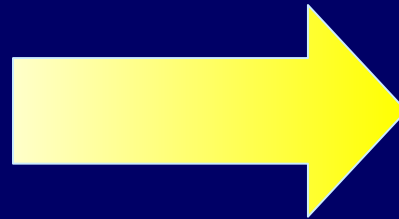
19,20

Stellenplan



Ökonomische Bedingungen

Rechenbeispiel iv.-Injektion

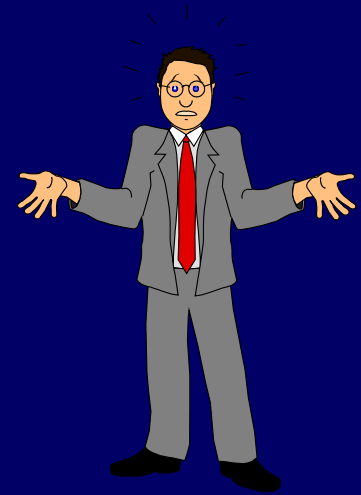


Innere Medizin 100 Betten angenommen 70 iv. Injekt. täglich

Zeitaufwand: 210 Minuten = 3,5 Std. Tag
= 24,5 Std. Woche (0,76 VK)



Ökonomische Bedingungen



Mögliche Lösungen:

Variante 1

Die Pflege übernimmt die Tätigkeit und erhält dafür eine Budgeterhöhung von 456 € / Woche oder 0,76 VK. Damit stehen 24,5 Std. pro Woche an Arbeitszeit mehr zur Verfügung.

Die Ärzte geben den Stundenanteil ab und reduzieren den Stellenplan.

➔ **Gewinner** = Die Einrichtung gewinnt 245 € / Woche

Ökonomische Bedingungen

Mögliche Lösungen:

Variante 2

Die Pflege übernimmt die Tätigkeit und erhält dafür eine Budgeterhöhung von 456 € / Woche oder 0,76 VK. Damit stehen 24,5 Std. pro Woche an Arbeitszeit mehr zur Verfügung.

Die Ärzte geben den dafür notwendigen Budgetanteil ab und reduzieren den Stellenplan um 15 Std. pro Woche.

➔ **Gewinner** = Die Ärzte haben 9,5 Std. /Woche an Arbeitszeit gewonnen.



Ökonomische Bedingungen

Mögliche Lösungen:

Variante 3



Die Pflege übernimmt die Tätigkeit und erhält dafür den Budgetanteil der Ärzte von 710 € / Woche. Damit stehen 37,4 Std. pro Woche bei 24,5Std. Mehrleistung mehr zur Verfügung.

Die Ärzte geben den Budgetanteil ab und reduzieren den Stellenplan.

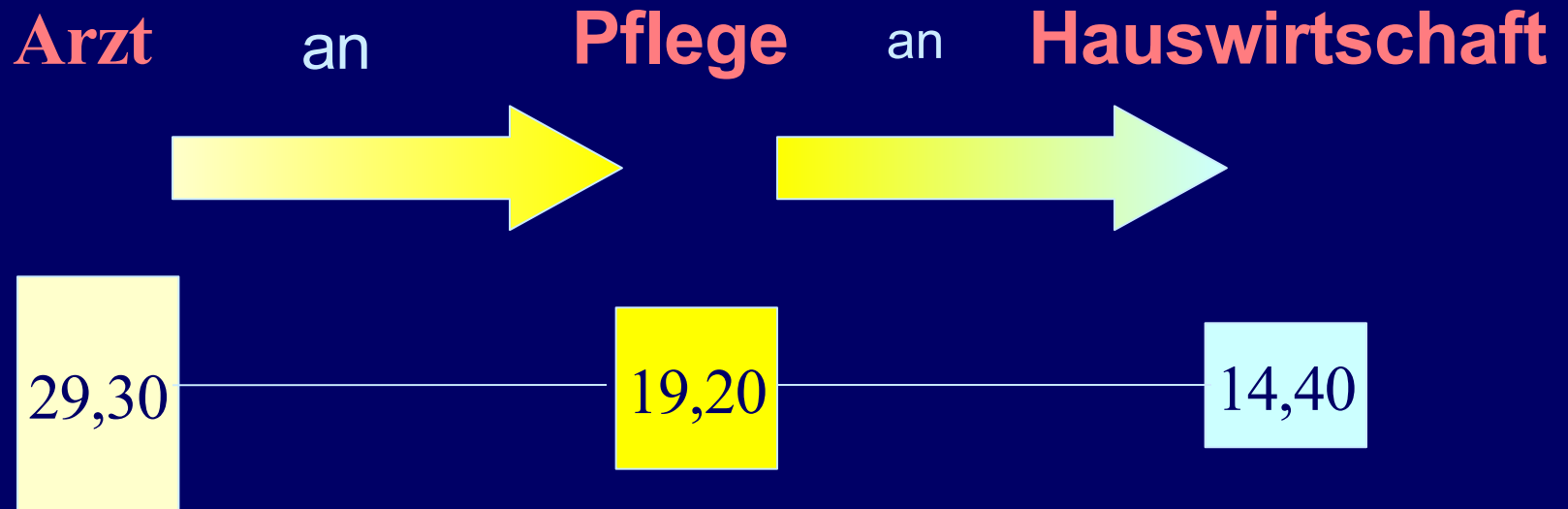
➔ **Gewinner** = Die Pflege gewinnt 13,4 Std. Arbeitszeit pro Woche

Ökonomische Bedingungen

Mögliche Lösungen:

Ihre Variante ??

Auch darüber kann durchaus nachgedacht werden:



Ökonomische Bedingungen

Fazit:

- Unter ökonomischen Aspekten betrachtet, ergeben sich erhebliche Ressourcen durch die Verlagerung von Tätigkeiten aus dem ärztlichen Bereich.
Dieses gilt nicht nur für den Bereich der Klinik, sondern ebenso für den außerklinischen Bereich.
- Auch hinsichtlich qualitativer Aspekte sind durchaus erhebliche Vorteile erkennbar.
- Die **gesetzlich implementierte** Neuregelung der Aufgaben- und Zuständigkeitskompetenzen der Gesundheits- und Pflegeberufe ist jedoch eine notwendige Voraussetzung um das sich ändernde Berufsbild der Pflege berufsrechtlich abzusichern!

Die haftungsrechtliche Sicht

Behandlungsvertrag, § 280 BGB iVm § 278 BGB
unerlaubte Handlung, § 823 BGB iVm § 831 BGB

Krankenhaus-
träger

Patient

Rückgriffsanspruch des Arbeit-
gebers bzw. des Arbeitnehmers

unerlaubte Handlung, §§ 823,
847 BGB

Pflegefachkraft

Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten das mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten verbundene zusätzliche Haftungsrisiko der Pflegeperson aufzufangen:

1. durch eine schriftliche arbeitgeberseitige Haftungsfreistellung, die die Pflegeperson einschl. der groben Fahrlässigkeit von der Haftung gegenüber dem Patient freistellt,

2. durch den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung.

Vor dem Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung ist vorab zu prüfen bzw. darauf zu achten:

- ⇒ **ob bereits eine Berufshaftpflichtversicherung über den Krankenhausträger besteht,**
- ⇒ **das alle Fahrlässigkeitsformen einschließlich der groben Fahrlässigkeit abgedeckt sind,**
- ⇒ **das auch Schäden, die im Rahmen der Durchführung ärztlicher Tätigkeiten verursacht sind übernommen werden.**

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten aus arbeitsrechtlicher Sicht

Grundsätzlich ist bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegepersonen zwischen drei Fallgruppen zu differenzieren:

1. Fallgruppe

Ärztliche Tätigkeiten, die grundsätzlich delegationsfähig **sind**

Beispiele:

- s.c.-, i.m.-, i.c.-Injektionen
- Wundmanagement
- Dekubitusbehandlung

In begründeten Einzelfällen können aber auch diese Tätigkeiten abgelehnt werden, z.B. bei:

- gefährlichen Medikamenten
- neuen Medikamenten
- bes. gesundheitl. Zustandes des Pat.

2. Fallgruppe

Ärztliche Tätigkeiten, die grundsätzlich nicht delegationsfähig **sind**

Beispiele:

- Blutentnahmen
- i.v.-Injektionen / (Kurz)Infusionen
- ZVK entfernen

Diese Tätigkeiten *können* jedoch unter den nachfolgend darzulegenden Voraussetzungen *übernommen* werden

3. Fallgruppe

Ärztliche Tätigkeiten, die *nicht* delegationsfähig **sind**

Beispiele:

- PEG anlegen
- ZVK anlegen
- Verabreichen von Zytostatika

Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das OP-Pflegefachpersonal

Grundsätzlich ist bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegepersonen zwischen drei Fallgruppen zu differenzieren:

1. Fallgruppe

Ärztliche Tätigkeiten, die grundsätzlich delegationsfähig sind

Beispiele:

- Prä- und postoperative Betreuung
- Lagerung des Patienten
- Sterilisation im Rahmen des MPG

In begründeten Einzelfällen können aber auch diese Tätigkeiten abgelehnt werden, z.B.:

Aufgrund des bes. gesundheitlichen Zustandes des Patienten

2. Fallgruppe

Ärztliche Tätigkeiten, die grundsätzlich nicht delegationsfähig sind

Beispiele:

- Haken halten
- Wundsekret absaugen
- ~~Fäden abschneiden~~

Diese Tätigkeiten können jedoch unter den nachfolgend darzulegenden Voraussetzungen übernommen werden

3. Fallgruppe

Ärztliche Tätigkeiten, die nicht delegationsfähig sind

Beispiele:

- Bluttransfusionen
- Röntgen, vgl. § 23 Ziff. 4 RVO
- Durchleuchtung

Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Intensiv-/Anästhesie-Pflegefachpersonal

Grundsätzlich ist bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegepersonen zwischen drei Fallgruppen zu differenzieren:

1. Fallgruppe

Ärztliche Tätigkeiten, die grundsätzlich delegationsfähig sind

Beispiele:

- s.c., i.m., i.v.-Injektionen
- Blutentnahmen
- Legen von Sonden

In begründeten Einzelfällen können aber auch diese Tätigkeiten abgelehnt werden, z.B.:

Aufgrund des bes. gesundheitlichen Zustandes des Patienten

2. Fallgruppe

Ärztliche Tätigkeiten, die grundsätzlich nicht delegationsfähig sind

Beispiele:

- Extubation
- Legen einer arteriellen Kanüle
- Legen einer Braunüle

Diese Tätigkeiten können jedoch unter den nachfolgend darzulegenden Voraussetzungen übernommen werden

3. Fallgruppe

Ärztliche Tätigkeiten, die nicht delegationsfähig sind

Beispiele:

- Bluttransfusion
- Intubation
- Narkoseübernahme

Die Delegation grundsätzlich nicht delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten (2. Fallgruppe) an das Pflegepersonal ist rechtlich nur zulässig, wenn:

- ⇒ **der Patient in die Maßnahme eingewilligt hat,**
- ⇒ **die Art des Eingriffs das persönliche Handeln des Arztes nicht erfordert,**
- ⇒ **der Arzt die Maßnahme schriftlich angeordnet hat,**
- ⇒ **die ausführende Pflegeperson zur Durchführung der Anordnung befähigt und**
- ⇒ **die Pflegeperson zur Ausführung der ärztlichen Tätigkeit bereit ist.**

1. Der Patient muss in die jeweilige Maßnahme eingewilligt haben.

Für eine wirksame Einwilligung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- ⇒ Die Einwilligung muss rechtlich zulässig sein.
- ⇒ Der Zustimmungende muss einwilligungsfähig sein.
- ⇒ Die Einwilligung muss vom Einwilligungsberechtigten (Patient, Eltern, Bevollmächtigter, Betreuer) vor der Maßnahme erteilt worden sein und im Zeitpunkt der Durchführung noch bestehen.
- ⇒ Die Einwilligung muss ausdrücklich (schriftlich, mündlich, oder konkludent) erteilt worden sein.
- ⇒ Die Einwilligung darf nicht an wesentlichen Willensmängeln leiden.

2. Die Art des Eingriffs darf das persönliche Handeln des Arztes nicht erfordern.

- ⇒ **Ob z.B. die Applikation einer Injektion delegationsfähig ist, ergibt sich zum einen aus dem Berufsbild und zum anderen aus der objektiven Gefährlichkeit der vorzunehmenden Maßnahme.**
- ⇒ **Maßstab hier ist das zu applizierende Medikament und die anzuwendende Injektionstechnik.**
- ⇒ **Zu den problematischen Substanzen gehören u.a.: Alle Röntgenkontrastmittel, Herzmittel (wie Strophanthin), Zytostatika sowie alle Medikamente, bei denen häufige Zwischenfälle beobachtet wurden.**
- ⇒ **Hinsichtlich der Injektionstechniken muss zwischen subkutanen und intrakutanen, intramuskulären sowie intravenösen Injektionen differenziert werden.**

3. Der Arzt muss die durchzuführende Maßnahme schriftlich angeordnet haben.

- ➔ **Unter dem Begriff der ärztlichen Anordnung ist keine generelle Delegation zu verstehen, sie hat vielmehr erst nach eingehender Untersuchung und Beurteilung des Zustandes des Patienten durch den Arzt zu erfolgen.**
- ➔ **Im Falle der Anordnung einer sog. Bedarfsmedikation hat der anordnende Arzt die Bedarfsdiagnose, das Medikament und seine Dosis sowie die Art und den Zeitpunkt der Applikation eindeutig zu bezeichnen.**
- ➔ **Die Pflicht zur Schriftlichkeit der ärztlichen Anordnung ergibt sich aus: dem ärztlichen Standesrecht (§ 10 Abs. 1 MBO-Ä), dem Krankenhausvertragsrecht, dem Deliktsrecht (§ 810 BGB) sowie aus der st. Rspr. des BGH.**

4. Die ausführende Pflegefachperson muss zur Durchführung der Anordnung befähigt sein.

- ➔ **Die Pflegefachperson muss die am medizinisch-pflegerischen Standard orientierten erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die durchzuführenden Maßnahmen besitzen.**
- ➔ **Im Zusammenhang mit der notwendigen Befähigung der Pflegefachperson wird immer wieder der sog. Spritzen-schein oder „Befähigungsnachweis“ diskutiert.**
- ➔ **Dem „Spritzenschein“ oder „Befähigungsnachweis“ kommt in der forensischen Praxis keine eigenständige haftungsrechtliche Bedeutung zu.**

5. Die Pflegeperson muss zur Ausführung der ärztlichen Tätigkeit bereit sein.

Welche arbeitsrechtlichen Möglichkeiten bestehen, um grundsätzlich nicht delegierbare ärztliche Tätigkeiten (2. Fallgruppe) auf das Pflegepersonal zu übertragen?

Zunächst ist festzuhalten, dass eine einseitig (z.B. kraft Direktionsrecht des AG) angewiesene ärztliche Tätigkeit, die nicht als eigenständige pflegerische Tätigkeit in der KrPflAPrV aufgeführt ist, nach der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel nicht möglich ist, da es sich bei den ärztlichen Tätigkeiten der 2. Fallgruppe um berufs-fremde Tätigkeiten handelt, die die Weisungsbefugnis des AG und damit der Pflegedienstleitung begrenzt.

Die Übertragung grundsätzlich nicht delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten ist daher nur möglich aufgrund

- ⇒ **einer gesetzlichen Regelung, z.B. in Form der Aufnahme eines differenzierten Tätigkeitskatalogs in das Krankenpflegegesetz entsprechend dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz,**
- ⇒ **einer beiderseitigen einvernehmlichen Vereinbarung zwischen AG und AN (z.B. im Rahmen eines Arbeitsvertrag, einer Stellenbeschreibung und/oder arbeitsvertraglichen Nebenabrede).**

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten aus sozialrechtlicher Sicht

Zur Frage, ob angelernte Kräfte in stationären Pflegeeinrichtungen zur Durchführung bestimmter behandlungspflegerischer Maßnahmen eingesetzt werden dürfen, hat die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung eindeutige aussagen getroffen.

So hat z.B. das Sozialgericht Speyer in seinem Urteil vom 27.07.2005 u.a. die Rechtsfrage entschieden, ob für das, die pflegerische Qualität gewährleistende Kriterium der „Eignung“ allein auf die materielle Qualifikation, also auf das auswählen und anlernen von Nicht-Pflegefachkräften abzustellen ist, oder ob vielmehr die formelle Qualifikation die entscheidende Voraussetzung für die Übernahme der Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen ist.

Die Grundsätze der Entscheidung des SG Speyer können wie folgt zusammengefasst werden:

- 1. Gemäß § 112 Abs. 1 Satz 1 SGB XI bleiben die Träger der Pflegeeinrichtungen unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich.**

2. Maßstab für die Beurteilung der Leistungsqualität einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind nach § 112 Abs. 1 Satz 2 SGB XI unter anderem die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI.

3. Die grundsätzlich bestehende Delegationsmöglichkeit behandlungspflegerischer Maßnahmen ist nicht grenzenlos, sondern wird durch das Kriterium der „Eignung“ eingeschränkt. Dabei ist hinsichtlich der Eignung nicht allein auf die materielle Qualifikation der Pflegeperson abzustellen, vielmehr ist die formelle Qualifikation von entscheidender Bedeutung, da nur sie im Regelfall ausreichend Rückschlüsse auf die fachliche Qualifikation zulässt.

4. Die Delegation bestimmter Maßnahmen der Behandlungspflege (hier: Verabreichung von Medikamenten, Verbandswechsel bei PEG-Sonde und suprapubischem Dauerkatheter sowie das Einbringen von Augentropfen und -salben) dürfen nicht auf zwar ausgewählt, aber nur angelernte Kräfte delegiert werden. Eine solche Delegation stellt daher einen Qualitätsmangel im Sinne des § 115 Abs. 2 Satz 1 SGB XI dar.

Nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte ist zu differenzieren zwischen:

- **Fachkräften,**
- **Hilfskräften und**
- **angelernten Kräften.**

- ➔ **Danach sind unter Pflegefachkräften dreijährig ausgebildete Krankenpfleger/innen, Kinderkrankenpfleger/innen und Altenpfleger/innen zu verstehen.**
- ➔ **Unter Pflegehilfskräfte versteht das Sozialgericht einjährig ausgebildete Krankenpflegehelfer/innen.**
- ➔ **Unter angelernten Kräften versteht das Sozialgericht alle anderen angelernten und im pflegerischen Bereich eingesetzten Mitarbeiter.**

Dabei stellt das Sozialgericht im Bereich der Behandlungspflege die einjährig ausgebildeten Altenpflegehelfer/innen mit den angelernten Kräften gleich, da es sowohl bei den Altenpflegerhelfern als auch bei den angelernten Kräften an einer entsprechenden Ausbildung fehlt.

Aufgrund dieser nicht zu beanstandenden Differenzierung kommt das Sozialgericht zu dem Ergebnis, dass behandlungspflegerische Maßnahmen

- ⇒ ausschließlich durch Pflegefachkräfte zu erbringen sind,**
- ⇒ nicht ohne weiteres auf Pflegehilfskräfte delegiert werden können, sondern dies nur dann möglich ist, wenn neben der formalen Qualifikation als Krankenpflegehelfer eine bestimmte materielle Qualifikation festgestellt und nachgewiesen ist,**
- ⇒ nicht auf angelernte Kräfte delegiert werden dürfen, da diese grundsätzlich nicht berechtigt sind, Behandlungspflege durchzuführen.**

Fazit aus sozialrechtlicher Sicht:

Die Delegation bestimmter Maßnahmen der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen ist nicht zulässig und stellt daher einen Qualitätsmangel im Sinne des § 115 Abs. 2 Satz 1 SGB XI dar.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten aus strafrechtlicher Sicht

Hinsichtlich der strafrechtlichen Problematik der Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen wird auf die sehr interessante Entscheidung des Landgerichts Waldshut-Tiengen vom 23.03.2004 (PfIR 2004, 511 ff.) verwiesen.

Dort wurde der Leiter einer Seniorenresidenz wegen Anstiftung zur Körperverletzung verurteilt, weil dieser eine angelernte Kraft angewiesen hatte, bei einer Heimbewohnerin subkutane Insulininjektionen vorzunehmen, was diese auch mehrfach durchführte.

Obwohl diese Injektionen fachgerecht ausgeführt wurden und eine Schädigung der Heimbewohnerin nicht erfolgt ist, ging das Landgericht dennoch von einer Körperverletzung der Heimbewohnerin, begangen durch die angelernte Kraft, aus und wertete somit folgerichtig und zutreffend die dienstliche Weisung zur Durchführung der subkutanen Insulininjektion als Anstiftung zur Körperverletzung.

Dort wurde der Leiter einer Seniorenresidenz wegen Anstiftung zur Körperverletzung verurteilt, weil dieser eine angelernte Kraft angewiesen hatte, bei einer Heimbewohnerin subkutane Insulininjektionen vorzunehmen, was diese auch mehrfach durchführte.

Obwohl diese Injektionen fachgerecht ausgeführt wurden und eine Schädigung der Heimbewohnerin nicht erfolgt ist, ging das Landgericht dennoch von einer Körperverletzung der Heimbewohnerin, begangen durch die angelernte Kraft, aus und wertete somit folgerichtig und zutreffend die dienstliche Weisung zur Durchführung der subkutanen Insulininjektion als Anstiftung zur Körperverletzung.

Behandlungspflegerische Maßnahmen erfüllen regelmäßig den Tatbestand der Körperverletzung

In der Pflege ist allgemein bekannt, dass die Verabreichung einer Injektion einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Empfängers darstellt und somit den Tatbestand der Körperverletzung im Sinne des § 223 StGB erfüllt. Ein solcher Eingriff ist jedoch nur dann gerechtfertigt, wenn eine wirksame Einwilligung des zu Behandelnden gegeben ist.

Eine wirksame und damit rechtfertigende Einwilligung der Heimbewohnerin lag jedoch bei den hier vorgenommenen Injektionen nicht vor.

Wirksam ist eine Einwilligung, wenn sie:

- ➔ rechtlich zulässig,**
- ➔ der Zustimmungse einwilligungsfähig,**
- ➔ die Einwilligung ausdrücklich (schriftlich, mündlich, oder konkludent) erteilt worden ist und**
- ➔ nicht an wesentlichen Willensmängeln leidet.**

Zwar hatte die Heimbewohnerin in dem vom Landgericht Waldshut-Tiengen entschiedenen Fall gegenüber dem behandelnden Arzt in die Verabreichung einer subkutanen Insulininjektion eingewilligt, die grundsätzlich auch die Delegation der konkret in Rede stehenden behandlungspflegerischen Maßnahme auf hierfür qualifiziertes Pflegefachpersonal einschließt – allerdings nur insoweit, als „eine solche Delegation üblichem und ordentlichem Standard entspricht“.

Maßgeblich ist dabei nicht, was sich der Patient unter einer zulässigen Delegation vorstellt (sofern er dies nicht ausdrücklich zum Gegenstand seiner Einwilligung macht), sondern was nach objektiven Maßstäbe als zulässig anzusehen ist.

Fazit:

Die gesetzliche Implementierung einer Neuregelung der Aufgaben- und Zuständigkeitskompetenzen der Gesundheits- und Pflegeberufe ist eine notwendige Voraussetzung, um zum einen das sich ändernde Berufsbild der Pflege berufsrechtlich abzusichern und zum anderen mehr haftungs-, arbeits- und sozialrechtliche Rechtsklarheit und Rechtssicherheit zu erhalten.

Ich habe fertig !

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

