



Robert Roßbruch

Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 2. Teil

■ Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten aus arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Sicht

Von Rechtsanwalt Robert Roßbruch

■ Fortsetzung des Aufsatzes aus PfIR 2003, S. 102

V. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten aus arbeitsrechtlicher Sicht

1. Das Direktionsrecht des Arbeitgebers

Um von vornherein Missverständnisse auf den einzelnen Weisungsebenen auszuschließen, sei vorab festgestellt, dass grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten originäre, nicht aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich abgeleitete fachpflegerische Aufgaben darstellen. Pflegefachpersonen sind daher insoweit keine Erfüllungsgehilfen des Arztes, sondern stehen unter dem alleinigen Direktionsrecht der Pflegedienstleitung. Hinsichtlich der spezifisch medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Anforderungen an die Pflege hat der Arzt lediglich ein Anordnungsrecht.

Wie bereits unter I. 2. angedeutet, ist die Frage, ob die Pflegefachperson einer Weisung Folge zu leisten hat, primär keine berufsrechtliche, sondern eine dienstrechtliche Frage. Dabei begrenzen die berufsrechtlichen Regelungen das an sich umfassende Direktionsrecht. Dies bedeutet, dass mangels

ausdrücklicher vertraglicher Regelung das jeweilige Berufsbild Vertragsgegenstand des einzelnen Dienstvertrages wird.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der Arbeitgeber im Arbeitsverhältnis gegenüber dem Arbeitnehmer durch das Direktionsrecht die Leistungsbestimmungsbefugnis in den Grenzen der gesetzlichen Vorschriften (gesetzlich verbotene oder sittenwidrige Tätigkeiten müssen nicht durchgeführt werden), des jeweiligen Berufsbildes (siehe § 4 KrPflG und KrPflAPrV) sowie der Vereinbarungen im Arbeitsvertrag hat. Der **Umfang des Direktionsrechts** hinsichtlich der **Art der zu erbringenden Tätigkeit** bestimmt sich mithin nach dem jeweiligen Berufsbild und der vertraglichen Abrede. Damit sind Weisungen ausgeschlossen, die sich auf Tätigkeiten beziehen, die nicht zum Inhalt der arbeitsvertraglichen Pflichten des Arbeitnehmers gehören. So ist etwa die Weisung an die Pflegefachperson einer Allgemeinstation, intravenöse Injektionen, Infusionen, Blutentnahmen, etc. vorzunehmen, arbeitsvertragsrechtlich gegenstandslos, weil sie für den Arbeitnehmer unverbindlich ist. **Ist der Arbeitnehmer arbeitsvertraglich nicht zur Leistung einer Tätigkeit verpflichtet, die über sein Berufsbild hinausgeht, kann ihn der Arbeit-**

geber hierzu nicht durch eine Weisung heranziehen. Daher scheidet eine Verpflichtung des Arbeitnehmers aus dem Arbeitsverhältnis zur Leistung berufsfremder (ärztlicher) Tätigkeiten aus, **es sei denn, eine solche Pflicht ist – z. B. als Nebenpflicht – im Arbeitsvertrag oder in einer späteren Zusatzabrede besonders vereinbart.** Eine einseitige Änderung des Inhaltes des Arbeitsvertrages ist unzulässig.

Setzt die Tätigkeit des Arbeitnehmers **besondere Fachkenntnisse** voraus, kann das Direktionsrecht inhaltlich und auf einzelne Merkmale der Tätigkeit beschränkt sein. Das Direktionsrecht hat aber jedenfalls die Bestimmung zum Inhalt, welche Arbeiten ausgeführt werden sollen, welche Techniken, Methoden oder Standards anzuwenden bzw. auszuschließen sind. Das schließt nicht aus, dass Einzelheiten der Bestimmung auch dem Arbeitnehmer mit Rücksicht auf dessen besondere Fachkenntnisse überlassen bleiben können.

Unabhängig hiervon kann und muss die Pflegefachperson auch die Tätigkeiten, die zu ihren arbeitsvertraglichen Pflichten gehören, immer dann ablehnen, wenn sie sich bei der Durchführung derselben z. B. wegen mangelnder Routine unsicher ist oder im Einzelfall ein erhöhtes Risiko für den Patienten besteht. Im ersten Fall hat der Arbeitgeber jedoch das Recht, eine entsprechende Fortbildungsmaßnahme anzuordnen.

Ob eine ärztliche Tätigkeit daher im Einzelfall delegationsfähig ist, ergibt sich aus:

- der Erforderlichkeit ärztlichen Fachwissens,
- den berufsbildbedingten Anforderungen einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers bzw. einer Kinderkrankenschwester/eines Kinderkrankenpflegers und
- der objektiven Gefährlichkeit der vorzunehmenden Maßnahme.

2. Erforderlichkeit ärztlichen Fachwissens

Nach den allgemeinen Grundsätzen des Dienstvertragsrechts und unter Berücksichtigung der gemeinsamen Auffassungen der ADS, des DBfK, der DKG, der KBV und der Bundesärztekammer über die Anforderungen der persönlichen Leistungserbringung des Arztes sind solche Verrichtungen nicht delegationsfähig, die aufgrund der Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen; diese sind daher vom Arzt persönlich durchzuführen.

3. Berufsbild und objektive Gefährlichkeit der vorzunehmenden Maßnahme

Die in § 4 Abs. 1 KrPflG festgelegten Ausbildungsziele bilden den Rahmen des Berufsbildes der Pflege und legen implizit bestimmte Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche in der Kranken- und Kinderkrankenpflege in allgemeiner Form fest.

Basierend auf den Aussagen des § 4 Abs. 1 KrPflG sowie der international anerkannten Definition von Krankenpflege, wie sie u. a. von der WHO formuliert worden ist, wird man das **Berufsbild** der Pflege daher wie folgt beschreiben können:

Pflege ist Lebenshilfe und für die Gesellschaft notwendige Dienstleistung. Sie befasst sich mit gesunden und kranken Menschen aller Altersgruppen. Pflege leistet Hilfen zur Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens. Pflege ist eine abgrenzbare Disziplin mit einem eigenen Gebiet von Wissen und Können, welches sie von anderen Fachgebieten des Gesundheitswesens unterscheidet. Pflege ist als eigenständiger Beruf und selbständiger Teil des Gesundheitsdienstes für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die Planung, Ausführung und Bewertung der Pflege zuständig und für die eigene Aus-, Fort- und Weiterbildung verantwortlich. Pflege stützt sich in der Ausübung des Berufes und in der Forschung auf ihre eigene wissenschaftliche Basis und nützt dabei Erkenntnisse und Methoden der Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften. Die wichtigste Aufgabe der professionell Pflegenden besteht in der unmittelbaren Begleitung, Betreuung, Beratung und Versorgung von alten, behinderten, kranken und hilfsbedürftigen Menschen und ihren Angehörigen.¹

Aufgrund der Ausbildungszielbeschreibung des § 4 Abs. 1 KrPflG wird zumindest dargelegt, dass es die Aufgabe der Kranken- und Kinderkrankenpflege ist, zu pflegen. Damit findet eine gewisse – wenn auch sehr vage – Abgrenzung zu anderen Heilberufen statt. Gewisse Anhaltspunkte können auch aus der Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (Anlagen 1 und 2, jeweils Ziffer 8.7.3) entnommen werden. Weder das Krankenpflegegesetz noch die Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung oder gar andere Rechtsvorschriften enthalten eindeutige und klare Regelungen im Hinblick auf den Umfang und die konkreten Grenzen pflegerischen Handelns. Da sowohl das Krankenpflegegesetz als auch die Krankenpflege-

1 Vgl. DBfK (Hrsg.): *Berufsbild*, 1989, S. 1 f.

geausbildungs- und Prüfungsverordnung nur Mindestanforderungen an die Ausbildung stellen, kann lediglich als sicher gelten, dass einige ärztliche Tätigkeiten erlernt werden müssen (z. B. subkutane, intrakutane, und intramuskuläre Injektionen), während andere ärztliche Tätigkeiten (z. B. intravenöse Injektionen) lediglich erlernt werden können.

Die Frage der Delegationsfähigkeit einer einzelnen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme, im Rahmen des Berufsbildes, an die Pflegefachpersonen auf Allgemeinstationen hängt nicht nur vom formellen und tatsächlichen Ausbildungs- und Kenntnisstand der jeweiligen Pflegefachperson ab, sondern auch davon, ob die Durchführung einer solchen Maßnahme gerade durch die Pflegefachperson die Gefährdung des Patienten erhöhen könnte (**Risikoerhöhung**).

Die Frage der Risikoerhöhung macht sich vor allem an der Schwere des Eingriffs, der Bedeutung für den unmittelbaren Gesundheitszustand sowie der akuten Gefährdung des Patienten fest. Generell wird man daher sagen müssen, dass je höher die Komplikationswahrscheinlichkeit und/oder je größer die Komplikationsschwere der vorzunehmenden ärztlichen Tätigkeit ist, diese das persönliche Tätigwerden des Arztes erfordert.

4. Einteilung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten in drei Tätigkeitsgruppen

Aus dem oben Dargestellten lassen sich somit für den Regelfall drei Tätigkeitsgruppen bilden, nämlich ärztliche Tätigkeiten, die delegationsfähig (a), grundsätzlich nicht delegationsfähig (b) und nicht delegationsfähig (c) sind.

a) Delegationsfähige ärztliche Tätigkeiten (1. Tätigkeitsgruppe)

Hierzu gehören beispielsweise

- die subkutane und intramuskuläre Injektion,
- die orale oder anale Verabreichung von Arzneimitteln,
- der aseptische und septische Verbandwechsel,
- das Legen einer transnasalen Sonde,
- transurethraler Katheterismus,
- die Dekubitusbehandlung.

Die grundsätzliche Übertragbarkeit dieser Tätigkeiten ergibt sich aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Bei der Delegation dieser Tätigkeiten bedarf es daher keiner Übertragung ad personam durch den anordnenden Arzt, da dieser da-

von ausgehen kann und muss, dass eine Pflegefachperson diese Tätigkeiten grundsätzlich beherrscht. Aus diesem Grund bedarf es daher seitens des anordnenden Arztes auch keiner Vergewisserung über die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der jeweiligen Pflegefachperson.²

In **begründeten Einzelfällen** können aber auch diese grundsätzlich zu übernehmenden Tätigkeiten abgelehnt werden. So zum Beispiel

- bei einem gefährlichen Arzneimittel,
- bei einem neu auf dem Markt befindlichen Arzneimittel,
- aufgrund des besonders kritischen gesundheitlichen Zustandes des Patienten.

b) Grundsätzlich nicht delegationsfähige ärztliche Tätigkeiten (2. Tätigkeitsgruppe)

Zu den ärztlichen und damit berufsfremden bzw. pflegefremden Tätigkeiten, die daher grundsätzlich nicht delegationsfähig sind, gehören u. a.:

- die venöse Blutentnahme,
- die Vornahme intravenöser Injektionen,
- das Anlegen von Kurz-, Einmal- und Dauerinfusionen,
- das Anleiten von Mitarbeitern aus dem ärztlichen Bereich (AiPler, PJler, etc.),
- die Übernahme ärztlicher Sekretariats- und Dokumentationsarbeiten,
- die Mitwirkung an Studien für die Pharmaindustrie,
- die Mitwirkung bei ärztlichen Studien und Gutachten.

Diese Tätigkeiten sind **nicht** Bestandteil der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in der Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege, so dass bei den grundsätzlich vom Arzt vorzunehmenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen lediglich die Assistenz verlangt werden kann.

Nebenbei sei angemerkt, dass der oben beschriebenen Aufgabenverteilung insofern in der Praxis Rechnung getragen wird, als sowohl die Blutentnahmen, die intravenösen Injektionen als auch das Anlegen von Infusionen im ärztlichen Stellenschlüssel seine Berücksichtigung findet.

2 Die in der Stellungnahme der ADS und des DBfK vom April 1989 anders lautende Auffassung ist aufgrund des heutigen Qualitätsniveaus in der Behandlungspflege und der damit einhergehenden Eigenverantwortlichkeit pflegerischen Handelns dringend überholungsbedürftig.

Nach der arbeitsrechtlichen Rechtsprechung ist die Delegation **grundsätzlich nicht delegationsfähiger** ärztlicher Tätigkeiten auf das Pflegefachpersonal rechtlich nur dann zulässig, wenn die folgenden **fünf Voraussetzungen** vorliegen:

► **Der Patient muss in die jeweilige Maßnahme eingewilligt haben.**

Jedes ärztliche und pflegerische Handeln bedarf grundsätzlich der Einwilligung des Patienten. Die Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal ist nicht nur für die Frage der Verantwortlichkeit des Arztes und der Pflegefachperson im Falle eines Behandlungsfehlers von Bedeutung, sondern gewinnt bereits für die wirksame Einwilligung des Patienten haftungsrechtliche Relevanz, da sich diese Einwilligung regelmäßig nur auf ein Tätigwerden der Pflegefachperson im Rahmen rechtlich zulässiger Delegation erstreckt. Grundsätzlich zu unterscheiden ist die ausdrückliche von der mutmaßlichen Einwilligung.

Ausdrückliche Einwilligung

Für eine wirksame Einwilligung müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die Einwilligung muss **rechtlich zulässig** sein. Sie ist daher nur möglich, wenn das bedrohte Rechtsgut (Selbstbestimmungsrecht und Privatsphäre des Patienten) in vollem Umfang der privaten Disposition des Einwilligenden unterworfen ist.
- Die Einwilligung muss vom **Inhaber des Rechtsguts** (Patient) bzw. einem zur Disposition über das Rechtsgut befugten Vertreter (z. B. die sorgeberechtigten Eltern, der Betreuer) vor der Tat (z. B. Eingriff in die körperliche Integrität) erteilt worden sein und zur Tatzeit noch bestehen. Die nachträgliche Zustimmung genügt somit nicht.
- Der Zustimmungende muss **einwilligungsfähig** sein, d. h. nach seiner geistigen und sittlichen Reife im Stande sein, die Bedeutung und Tragweite seiner Einwilligung zu erkennen und sachgerecht zu beurteilen. Ist dies nicht gegeben, muss die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters vorliegen. Auf die Geschäftsfähigkeit des Zustimmungenden im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches kommt es nicht an. Entscheidend ist, ob die Einwilligungsfähigkeit des Patienten gegeben ist. Diese liegt vor, wenn der noch minderjährige Patient die geistige und sittliche Reife und somit die Einsichtsfähigkeit besitzt, die Konsequenzen der Vornahme bzw. Nichtvor-

nahme einer pflegerischen oder medizinischen Maßnahme erkennen zu können (hierzu unten mehr).

- Die Einwilligung muss **ausdrücklich** kundgetan werden. Eine bloße »innere Überzeugung« des Patienten genügt nicht. Eine ausdrückliche Einwilligung kann entweder **schriftlich, mündlich** oder durch **konkludentes** Handeln erfolgen. Kommt beispielsweise die Pflegeperson X mit einer aufgezogenen Spritze auf den Patienten zu, um ihm die Spritze intramuskulär zu verabreichen und dreht dieser sich im Bett mit dem Gesäß zur Pflegeperson hin um, so liegt hierin eine Einwilligung durch schlüssiges Handeln.
- Die Einwilligung **darf nicht an wesentlichen Willensmängeln leiden**, so z. B. bei einer Einwilligung, die auf einer unzureichenden Aufklärung über pflegerische oder medizinische Maßnahmen beruht.

Nur wenn alle diese Voraussetzungen erfüllt sind – die zur Rechtfertigung aller ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen gelten – liegt eine wirksame Einwilligung vor.

Zu beachten ist, dass die wirksame **Einwilligung** jederzeit vom Patienten mit sofortiger Wirkung **widerrufen** oder nur auf bestimmte pflegerische oder medizinische Maßnahmen **beschränkt** werden kann.

Mutmaßliche Einwilligung

Die mutmaßliche Einwilligung ist gegenüber der ausdrücklichen Einwilligung subsidiär, das heißt:

- Sie findet nur dort Anwendung, wo die Erteilung der ausdrücklichen Einwilligung zum Beispiel aufgrund der Bewusstlosigkeit des Patienten nicht gegeben und aufgrund des notwendigen sofortigen Handelns nicht abgewartet werden kann, also grundsätzlich nur in Notfällen.
- Sie rechtfertigt nur dort, wo die ausdrückliche Einwilligung rechtfertigen könnte, greift also zum Beispiel nur bei solchen Tatbeständen ein, in denen ein disponibles Rechtsgut verletzt wird.
- Sie findet keine Anwendung, wenn ein rechtswirksamer entgegenstehender Wille bekannt ist.

Eine mutmaßliche Einwilligung des Patienten in einen Eingriff in die körperliche Integrität liegt somit dann vor, wenn bei objektiver Betrachtungsweise die Einwilligung des Patienten zu erwarten gewesen wäre und die Nichtbeachtung der Verlet-

zung der körperlichen Integrität im vermeintlichen Interesse des Patienten liegt.

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

Ob beispielsweise die Applikation einer Injektion delegationsfähig ist, ergibt sich zum einen aus dem Berufsbild und zum anderen aus der objektiven Gefährlichkeit der vorzunehmenden Maßnahme. Maßstab hierfür sind die einzusetzenden Medikamente und die angewendete Injektionstechnik. Es gibt Medikamente, die so gefährlich sind, dass sie von Krankenpflegepersonen überhaupt nicht verabreicht werden dürfen, unabhängig davon, mit welcher Injektionstechnik diese injiziert werden. Zu dieser Gruppe zählen:

- alle Röntgenkontrastmittel,
- alle Herzmittel, wie Strophanthin,
- alle Zytostatika,
- alle Medikamente, bei denen häufig Zwischenfälle beobachtet wurden.

Ist das zu spritzende Medikament nicht gefährlich und hat die Pflegefachperson ausreichende Kenntnisse in der Pharmakologie, dann ist als weiterer Anhaltspunkt die einzusetzende **Injektionstechnik** heranzuziehen, wobei allerdings auch immer der Einzelfall entscheidend ist und es auf die individuelle Pflegefachperson und deren Kenntnisstand ankommt. In der Literatur haben sich folgende Grundsätze herausgebildet:

- Subkutane und intrakutane Injektionen sind von der Technik her einfach und weisen eine geringe Komplikationsgefahr auf. Daher sind sie auf das Pflegefachpersonal sowie auf Krankenpflegehelfer/innen übertragbar.
- Intramuskuläre Injektionen sind nicht ungefährlich. Eine Übertragung kommt in der Regel nur auf Pflegefachpersonen in Betracht. Die Durchführung intramuskulärer Injektionen kann auch auf Altenpfleger/innen delegiert werden, wenn sie sich die entsprechenden Techniken und Kenntnisse angeeignet haben. Umstritten ist, ob eine Übertragung auch auf Krankenpflegehelfer/innen zulässig ist. Dies muss im Einzelfall entschieden werden.
- Intravenöse Injektionen sind weniger wegen der Applikationstechnik als vielmehr aufgrund des schnell wirkenden Injektionsmittels und den damit verbundenen möglichen Nebenwirkungen gefährlich. Eine Übertragung kommt nur auf speziell fortgebildete Pflegefachpersonen in Betracht. Sofern eine intravenöse Injektion

nicht erlernt wurde, darf eine solche Injektion nicht auf die betreffende Pflegefachperson übertragen werden.

Überwachung durch den Arzt: Der Arzt hat die Pflicht zur Aufsicht und Kontrolle. Er muss daher sicherstellen, dass auf vorhersehbare Gefahrensituationen adäquat reagiert wird. Die Pflegefachperson muss vom Arzt instruiert werden, z. B. ist ihr die Gefahrenlage zu beschreiben oder sie muss auf Besonderheiten hingewiesen werden. Der Arzt soll schließlich eine Endkontrolle vornehmen, z. B. die Wirkung eines Medikamentes prüfen.

► **Der Arzt muss die durchzuführende Maßnahme schriftlich angeordnet haben.**

Zunächst ist noch einmal auf das ärztliche Berufsrecht und das Kassenarztrecht, insbesondere auf § 19 Satz 2 der Musterberufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte, § 32 der Zulassungsordnung der Kassenärzte sowie auf § 4 des Bundesmanteltarifvertrages zu verweisen. Danach hat der Arzt seinen Beruf grundsätzlich persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten auszuüben. Nur im Einzelfall kann von diesem Grundsatz abgewichen werden.

Zum Begriff der »ärztlichen Anordnung«

Zum Begriff »ärztliche Anordnung« ist festzuhalten, dass darunter keine generelle Delegation durch den behandelnden Arzt zu verstehen ist, vielmehr hat die Vornahme der diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nach eingehender Untersuchung und Beurteilung des Zustandes des Patienten durch den Arzt zu erfolgen.

Sorgfaltswidrig im generellen Sinn wäre also, die **allgemeine** – »im Routinefall« – ärztliche Delegation, z. B. der Verabreichung von subkutanen, intramuskulären, intravenösen Medikamenten, der Durchführung von Verbandswechsel, oder das Legen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, usw., an die Pflegefachperson.

Der »Einzelfall« bezieht sich auf den jeweiligen Patienten und steht als ausdrücklicher und von seiner Wortwahl her unmissverständlicher Wille des Gesetzgebers jeder »allgemeinen Erlaubnis« zur Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten entgegen.

In der Rechtspraxis sprechen wir von der Gefahreneignigkeit einer Tätigkeit. Der Arzt muss also bei der Entscheidung über die Delegation von an

sich ärztlichen Tätigkeiten die möglichen Folgen und Risiken im Einzelfall abwägen.

Die Anordnungen des Arztes sind von diesem deutlich und klar vorzunehmen. Auch wo eine generelle Übertragung zulässig ist (siehe Fallgruppe 1) muss die Übertragung der ärztlichen Tätigkeit an die Pflegefachperson in jedem Einzelfall von einer detaillierten ärztlichen Anordnung gedeckt sein. Das heißt, die Pflegefachperson muss anhand der ärztlichen Anordnung genau erkennen können, welche Maßnahmen bei wem, wie und wann durchgeführt werden sollen.

Im Falle der Anordnung einer so genannten **Bedarfsmedikation** hat der anordnende Arzt

- die Bedarfsdiagnose,
- das Medikament und
- seine Dosis sowie
- die Art und
- den Zeitpunkt der Applikation

eindeutig zu bezeichnen. Die gängige Praxis der so genannten Bedarfsmedikation wird diesen Anforderungen in aller Regel nicht gerecht und ist daher im Rahmen entsprechender Dienstanweisungen an die Ärzte zu unterbinden.

Zum Begriff der »Schriftlichkeit«

Die Dokumentationspflicht des Arztes ergibt sich u. a. auch als Nebenpflicht im Sinne einer »Bringschuld« aus dem Behandlungsvertrag zwischen Krankenhaus und Patient, wie eine Reihe weiterer Nebenpflichten, z. B. die Auskunftspflicht, das Einsichtnahmerecht des Patienten in seine Dokumentation, usw.

Dokumentationsfehler bzw. unvollständige Dokumentationsunterlagen können dazu führen, dass dem Patienten insbesondere im Schadenersatzprozess weit reichende – häufig prozessentscheidende – Beweiserleichterungen zugute kommen.

Die sorgfältige Dokumentation im arbeitsteiligen Teamhandeln ist auch medizin- und pflegewissenschaftlich geboten, um eine angemessene, bedürfnisorientierte Kontinuität in der Betreuung des Patienten sicherzustellen.

Im medizin- und pflegerechtlichen Schrifttum wird es daher als selbstverständlich angesehen – und stellt im Falle des Fehlens ein Organisationsverschulden dar –, dass die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten wie z. B. Injektionen und Infusionen eine vorhergehende schriftlich fixierte Anordnung des Arztes voraussetzt. Für die zeitnahe und ordnungs-

gemäße Dokumentation der Delegation einer ärztlichen Tätigkeit an das Pflegefachpersonal ist in erster Linie der delegierende Arzt verantwortlich. In § 10 Abs. 1 Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) heißt es unter anderem: »Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen ...«. Unter dem Begriff »getroffene Maßnahmen« sind nach einheitlicher Auffassung auch alle medizinisch-behandlungspflegerisch relevanten ärztlichen Anordnungen zu verstehen. Damit sind auch Delegationsentscheidungen ärztlicherseits schriftlich festzuhalten. Wird die Dokumentation einer ärztlichen Anordnung delegiert, so hat der anordnende Arzt die erfolgte Dokumentation abzuzeichnen. Mit Rücksicht auf das Gebot der Schriftlichkeit der ärztlichen Anordnung muss eine telefonische Delegationsentscheidung auf Notfälle beschränkt bleiben. In einer solchen Ausnahmesituation sind vom Pflegefachpersonal Aufzeichnungen über die angeordnete Maßnahme anzufertigen; diese Aufzeichnungen müssen dann unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Verzögern, vom anordnenden Arzt nachträglich gegengezeichnet werden.

Ohne das Vorliegen einer eindeutigen schriftlich fixierten ärztlichen Anordnung ist aus haftungsrechtlicher, insbesondere aus beweisrechtlicher Sicht von der Durchführung der angeordneten Maßnahme durch das Pflegefachpersonal dringend abzuraten. Auch die Empfehlungen der DKG gehen von der prinzipiellen Schriftlichkeit ärztlicher Anordnungen aus.³

Ein Absehen vom Erfordernis der Schriftlichkeit ist nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen, die sehr restriktiv zu interpretieren sind, insbesondere nach den allgemeinen Rechtsgrundsätzen des Notstandes möglich. So gehört der »organisatorisch herbeigeführte Regelnotfall« nicht zu den medizinisch begründeten Ausnahmefällen.

Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax, per E-Mail oder im Wege einer anderen automationsunterstützten Datenübertragung (z. B. bei Belegärzten) ist zulässig, sofern die Ordnungsgemäßheit der Dokumentation gewährleistet ist.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich die Pflicht des Arztes zur ordnungsgemäßen Doku-

³ Siehe die Stellungnahme der DKG zur Durchführung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durch das Krankenpflegepersonal vom 11.03.1980, Ziff. 2.5.

mentation, die auch und gerade die Pflicht zur schriftlichen Fixierung ärztlicher Anordnungen umfasst, aus folgenden Rechtsquellen ergibt:

- dem ärztlichen Standesrecht (§ 10 Abs. 1 MBO-Ä),
- dem Krankenhausvertragsrecht,
- dem Deliktsrecht (§ 810 BGB) sowie
- der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes.

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

Wie bereits oben angedeutet, hängt die Frage der Delegationsfähigkeit einer einzelnen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme, im Rahmen des Berufsbildes, an die Pflegefachpersonen auf Allgemeinstationen auch vom formellen und tatsächlichen Ausbildungs- und Kenntnisstand der jeweiligen Pflegefachperson ab.

Darüber hinaus wird die Qualität des konkreten Handelns der Pflegefachperson am pflegerischen bzw. medizinischen Standard gemessen. Wird dieser Standard außer Acht gelassen, so liegt ein **Behandlungsfehler** vor. Dabei ist der erste Wortteil als pars pro toto anzusehen: Auch Fehler in der Prophylaxe und Nachsorge sind von dem Begriff des Behandlungsfehlers umfasst.

Die Pflegefachperson muss somit die am pflegerischen bzw. medizinischen Standard orientierten erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die durchzuführende Maßnahme besitzen. Sie muss also die Injektionstechnik beherrschen und über Grundkenntnisse der Wirkung und Nebenwirkung des zu verabreichenden Medikaments verfügen. Dabei ist nicht nur der Ausbildungsabschluss von Bedeutung, sondern auch das tatsächliche Wissen und Können der Pflegefachperson (so genannte materielle Qualifikation). Zu beachten ist hier, dass die Pflegefachperson im Rahmen ihrer Übernahmeverantwortung bei einer schuldhaft verursachten Schädigung des Patienten in der Durchführungshaftung ist. Wenn sie sich im konkreten Fall dem Eingriff nicht gewachsen fühlt und erkennt, dass sie zur Ausführung nicht in der Lage ist, darf sie die Maßnahme nicht durchführen. Sie muss den Arzt darauf hinweisen, der dann über das weitere Vorgehen entscheidet. Die Pflegefachperson hat in Fällen, in denen sie aufgrund einer realistischen Selbsteinschätzung zu dem Schluss kommt, dass sie nicht die nötige Qualifikation für die durchzuführende Maßnahme hat, ein Verweigerungsrecht. Dies ergibt sich insbeson-

dere aus § 8 Abs. 2 Satz 3 BAT, wonach der Angestellte Anordnungen, »deren Ausführung – ihm erkennbar – den Strafgesetzen zuwiderlaufen würden, nicht zu befolgen« hat. Eine Verweigerung sollte allerdings nur in begründeten Fällen erfolgen, da ansonsten arbeitsrechtliche Nachteile entstehen können (Abmahnung, Kündigung).

Im Zusammenhang mit der notwendigen Befähigung der Pflegefachperson wird in jüngster Zeit verstärkt ein so genannter **Spritzenschein** – unzutreffender Weise auch **Befähigungsnachweis** genannt – diskutiert. Hierzu ist festzustellen, dass Spritzenscheine den delegierenden Arzt nicht im Einzelfall von der Überwachung und Anleitung der Pflegefachperson entbinden können. Auch die Pflegefachperson wird hierdurch nicht von ihrer Durchführungsverantwortung befreit. Sofern die Pflegeperson berechtigte Zweifel an einer Anordnung hat, muss sie diese dem Arzt mitteilen (Remonstrationspflicht), damit dieser seine Entscheidung überdenken kann. Dies ergibt sich aus ihrer Beobachtungsverpflichtung nach § 4 KrPflG. Die Bedenken sollte die Pflegefachperson dokumentieren. Sofern der Arzt bei seiner Anordnung bleibt, haftet er im Rahmen seiner Anordnungsverantwortung für einen Schaden des Patienten. Führt die Durchführung der ärztlichen Anordnung aus der Sicht der Pflegefachperson aber mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer Schädigung des Patienten, so hat diese auch hier ein Verweigerungsrecht.⁴

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass der Spritzenschein **kein(!)** Befähigungsnachweis, wie beispielsweise das Krankenpflegeexamen, ist. Eine so genannte Spritzenprüfung gibt es nicht und folglich auch nicht die Möglichkeit einen Spritzenschein als persönlichen Befähigungsnachweis zu handhaben. Anders lautende Meinungen sind unzutreffend und forensisch nicht belegbar.

Hierzu ist – ausgehend von einer auf einer Allgemeinstation eingesetzten Pflegefachperson – festzustellen, dass dem **Spritzenschein** in der forensischen Praxis – und nur hierauf kommt es letztlich an – **keine haftungsrechtliche Bedeutung** zukommt.

4 Für den öffentlichen Dienst sei hier auf § 8 Abs. 2 Satz 3 BAT verwiesen.

► **Die Pflegeperson muss zur Ausführung der ärztlichen Tätigkeit bereit sein.**

Wie bereits oben dargelegt, muss die Pflegefachperson zur Durchführung der angeordneten ärztlichen Tätigkeit bereit sein. Das heißt, die Pflegefachperson muss es aufgrund einer selbstbestimmten Entscheidung wollen. Es sei denn, dass über eine arbeitsvertragliche Vereinbarung bzw. eine arbeitsvertragliche Nebenabrede Durchführung der angeordneten ärztlichen Tätigkeit grundsätzlich vertraglich geschuldet ist (siehe oben unter V. 1.).

c) Nicht delegationsfähige ärztliche Tätigkeiten (3. Tätigkeitsgruppe)

Ganz allgemein ist festzuhalten, dass ausschließlich der Arzt zur Ausübung der Heilkunde berufen ist (siehe § 2 Abs. 5 der Bundesärzteordnung). Den Pflegefachpersonen ist somit die Ausübung der medizinischen Heilkunde untersagt. Dieser Umstand kann gerade im Zusammenhang mit dem Formerfordernis der schriftlichen ärztlichen Anordnung oder der Übertragung einer nicht delega-

tionsfähigen – also einer ärztlichen Vorbehaltstätigkeit – Aufgabe an die Pflegefachperson, eine besondere, und wie oben dargestellt auch eine haftungsrechtlich bedeutsame Dimension bekommen.

Ärztliche Vorbehaltstätigkeiten erfordern medizinwissenschaftliche Erkenntnisse und sind daher den Ärzten vorbehalten und somit auf nichtärztliche Gesundheitsberufe nicht delegierbar.


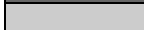

Hierzu gehören beispielsweise:

- Einspritzungen in Katheter, Shunts und Ports bei zentraler Lage in herznahe Venen,
- in das Ventrikelsystem,
- in das arterielle System,
- in den Periduralraum,
- in das Peritoneum,
- das intravenöse Injizieren von Zytostatika,
- das intravenöse Injizieren von Röntgenkontrastmittel,
- das Anlegen von Bluttransfusionen sowie das Wechseln von Blutkonserven.

Aufgrund des oben Dargestellten und unter Berücksichtigung der Einteilung in die vorgenommenen drei Tätigkeitsgruppen lassen sich somit – wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich ist – die folgenden ärztlichen Tätigkeiten als delegationsfähig, grundsätzlich nicht delegationsfähig und nicht delegationsfähig qualifizieren.

Tätigkeit	Qualifikation	Krankenschwester/ pfleger	Kinderkrankenschwester/ pfleger	Krankenpflegehelfer/in	Arzthelfer/in	Pflegehelfer/in	ZDL/ Praktikant/in (nach Anleitung)
Medikamentengabe							
venöse Blutentnahme							
s.c. Injektionen							
i.m. Injektionen							
i.v. Injektionen							
Injektionen in liegende Infusionssysteme							
Anlegen von (Kurz)infusionen							
Umstecken von Infusionen							
Antibiosen anhängen							
Zytostatika verabreichen (injizieren)							
Röntgenkontrastmittel injizieren							
Anlegen u. Wechseln von Blutkonserven							
Kompressionsstrümpfe anziehen							
Kompressionsverband anlegen							
einfache Verbandwechsel (Heftpflaster)							
Verbandwechsel aseptisch							
Verbandwechsel septisch							
Patiententransport zum und vom OP							
Anlegen eines Gipsverbandes							
Katheterisieren, Blasenspülung							
transnasale Sonde legen							
PEG anlegen							
Sondenernährung							

Tätigkeit	Qualifikation	Krankenschwester/ pfleger	Kinderkrankenschwester/ pfleger	Krankenpflegehelfer/in	Arzthelfer/in	Pflegehelfer/in	ZDL/ Praktikant/in (nach Anleitung)
Dekubitusbehandlung							
Legen von Braunülen							
Legen einer arteriellen Kanüle							
BGA bei arteriellem Zugang							
ZVD messen							
ZVK anlegen							
ZVK spülen							
ZVK entfernen							
Wechseln der Perfusorspritze, der Leitung, des Filters bei liegendem Peridulkatheter							
Port-Nadel: Heparinblock, Entfernen							
Port-Katheter: Punktion							
Blutzucker einstellen (BZ-Kontrolle und Insulingabe nach Bedarfsmedikation)							
Vakuumversiegelung							
Klammern/Fäden entfernen							
Wechseln von Trachealkanülen							
Entfernen von Saugdrainagen nach Anordnung							
Entfernen von Tamponaden nach Anordnung							
Endotracheales Absaugen							
Intubation							
Extubation							
Defibrillation							
Röntgen							

Legende:  = delegationsfähig
 = grds. nicht delegationsfähig
 = nicht delegationsfähig

Für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten aus arbeitsrechtlicher Sicht kann somit zusammenfassend festgestellt werden, dass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten der Tätigkeitsgruppe 2 (das Applizieren von intravenösen Injektionen, die venöse Blutentnahme, das Anlegen von Kurz-, Einmal- und Dauerinfusionen, etc.) bei entsprechender Qualifizierung des Pflegepersonals und der Überwachung durch den zuständigen Arzt zwar haftungsrechtlich möglich ist und daher vom Pflegepersonal **durchgeführt werden darf**, allerdings von diesem **nicht übernommen werden muss**, wenn diese Tätigkeiten weder arbeitsvertraglich noch im Rahmen einer arbeitsvertraglichen Nebenabrede ausdrücklich vereinbart worden sind.

Der Arbeitgeber hat regelmäßig **nicht** die Möglichkeit, kraft seines Direktionsrechtes die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten anzuweisen, da das Direktionsrecht auf die Anweisung von Tätigkeiten begrenzt wird, die sich aus dem Berufsbild der Pflege ergeben. Da es sich – wie oben dargestellt – bei den ärztlichen Tätigkeiten der Tätigkeitsgruppe 2 um

berufsfremde bzw. pflegefremde Tätigkeiten handelt, bleibt dem Arbeitgeber lediglich die Möglichkeit diese Tätigkeiten im Rahmen eines **Arbeitsvertrages** bzw. einer beiderseitigen arbeitsvertraglichen Nebenabrede rechtsverbindlich festzulegen.

VI. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten aus versicherungsrechtlicher Sicht

Die Haftungsfreistellung des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber entfällt, wenn zu Gunsten des Arbeitnehmers eine gesetzlich vorgeschriebene (Pflicht)-Haftpflichtversicherung besteht oder wenn er in den Schutzbereich einer solchen Pflichtversicherung einbezogen ist. Dann ist die aus Gründen des Sozialschutzes zu Gunsten von Arbeitnehmern entwickelte Haftungsfreistellung gegenüber dem Versicherungsschutz nachrangig. Der Arbeitgeber kann also von dem Arbeitnehmer nach allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätzen vollen Schadenersatz fordern, wenn und soweit ein Pflichtversicherer dem Arbeitnehmer Deckung

zu gewähren und an Stelle des Arbeitnehmers dem Arbeitgeber Schadenersatz zu leisten hat. Wenn allerdings die Versicherung keine oder keine ausreichende Leistung erbringt, lebt die Haftungsfreistellung zu Gunsten des Arbeitnehmers wieder auf. Nur eine gesetzliche Pflichtversicherung führt zum Wegfall der Haftungsfreistellung, nicht dagegen der Versicherungsschutz aus einer privaten Haftpflichtversicherung. Die Haftungsbeschränkung bzw. -befreiung zu Gunsten von Arbeitnehmern wird durch den Versicherungsschutz einer privaten Haftpflichtversicherung also nicht beeinträchtigt.

Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten, das mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten verbundene (zusätzliche) Haftungsrisiko der Pflegefachperson aufzufangen:

- durch eine schriftlich vom Arbeitgeber vorzunehmende Haftungsfreistellung, die den Zweck hat, die Pflegefachperson für alle fahrlässig verursachten Schäden des Patienten, einschließlich des groben Behandlungsfehlers von der Haftung gegenüber dem Patienten freizustellen.
- durch den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung.

Vor dem Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung bzw. bei Bestehen einer solchen sollte diese auf folgende Fragestellungen hin überprüft werden:

- Besteht bereits über den Krankenhausträger eine Berufshaftpflichtversicherung?
- Sind alle Fahrlässigkeitsformen einschließlich der groben Fahrlässigkeit von der Berufshaftpflichtversicherung abgedeckt?
- Werden auch Schäden, die im Rahmen der Durchführung ärztlicher Tätigkeiten verursacht worden sind, übernommen?

VII. Zusammenfassung

1. Grundsätzlich ist bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal zwischen dem »Können«/»Dürfen« und dem »Müssen« zu unterscheiden. Im Unterschied zum **Berufsrecht**, welches das »Können«/»Dürfen« festlegt, regelt das **Dienstrecht** das »Müssen«. Ob daher einer Weisung Folge zu leisten ist, ist keine berufsrechtliche, sondern eine dienstrechtliche Frage. Die berufsrechtlichen Regelungen dürfen jedoch nicht außer Acht gelassen werden und stecken die Grenzen des Direktionsrechts ab, was besonders aufgrund einer umfassenden

dienstrechtlichen Weisungsbefugnis von großer Relevanz ist. Hinzu kommt, dass mangels ausdrücklicher vertraglicher Regelung das jeweilige Berufsbild Vertragsgegenstand des einzelnen Dienstvertrages wird.

2. Die **Organisationsverantwortung des Krankenhausträgers** umfasst die Einhaltung aller Sorgfaltspflichten, die für einen ordnungsgemäßen Betrieb des Krankenhauses zum Ausschluss von Schadensfällen notwendig sind. Unter dem Organisationsverschulden versteht man die Haftung für fehlerhafte oder trotz Erfordernisses nicht gegebene Organisationsanweisungen oder Dienstanweisungen. So hat der Krankenhausträger dafür zu sorgen, dass die baulichen, technischen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen so gegeben sind, dass von diesen keine Gefahren für den Patienten ausgehen. So sind beispielsweise die Geräte ordnungsgemäß zu warten, eine ausreichende Zahl von qualifizierten Ärzten und Pflegefachpersonen zur Verfügung zu stellen und diese ihrer Ausbildung und ihrer Erkenntnis entsprechend richtig einzusetzen, der ärztliche und pflegerische Notdienst sachgerecht zu organisieren.
3. Die Pflegefachperson haftet für einen **Pflegefehler**, wenn infolge des Fehlers der Patient geschädigt wurde. Da nicht jeder Behandlungsfehler einen Schaden bedingt, kann für diesen auch kein Schadenersatz gefordert werden. Ein Pflegefehler kann zu bejahen sein, wenn die pflegerische Maßnahme nicht dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft und/oder der medizinischen Wissenschaft entspricht. Dabei ist von der Pflegefachperson die objektiv erforderliche Sorgfalt zu beachten, d. h. diejenige Sorgfalt, die von einer pflichtgetreuen, gewissenhaften und erfahrenen Durchschnittspflegefachperson, der in Betracht kommenden Fachperson, in der spezifischen Situation erwartet werden kann.
4. Grund- und behandlungspflegerische Tätigkeiten stellen originäre, nicht aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich abgeleitete fachpflegerische Aufgaben dar. Pflegefachpersonen sind daher insoweit keine Erfüllungsgehilfen des Arztes, sondern stehen unter dem alleinigen **Direktionsrecht der Pflegedienstleitung**. Hinsichtlich der spezifisch medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Anforderungen an die Pflege hat der Arzt lediglich ein Anordnungsrecht.
5. Der Arbeitgeber hat gegenüber dem Arbeitnehmer durch sein Direktionsrecht die Leistungsbestimmungsbefugnis, im Rahmen der gesetz-

lichen Vorschriften, des jeweiligen Berufsbildes sowie der Vereinbarungen im Arbeitsvertrag, den Inhalt der Arbeitsleistung festzulegen. Der **Umfang des Direktionsrechts** hinsichtlich der Art der zu erbringenden Tätigkeit bestimmt sich mithin nach dem jeweiligen Berufsbild und der vertraglichen Abrede. Damit sind Weisungen ausgeschlossen, die sich auf Tätigkeiten beziehen, die nicht zu den arbeitsvertraglichen Pflichten des Arbeitnehmers gehören. Ist der Arbeitnehmer arbeitsvertraglich nicht zur Leistung einer Tätigkeit verpflichtet, die über sein Berufsbild hinausgeht, kann ihn der Arbeitgeber hierzu nicht durch eine Weisung heranziehen. Daher scheidet eine Verpflichtung des Arbeitnehmers aus dem Arbeitsverhältnis zur Leistung berufsfremder (ärztlicher) Tätigkeiten aus, es sei denn, eine solche Pflicht ist – z. B. als Nebenpflicht – im Arbeitsvertrag oder in einer späteren Zusatzabrede besonders vereinbart. Eine einseitige Änderung des Inhaltes des Arbeitsvertrages ist unzulässig.

6. Ob eine **ärztliche Tätigkeit** daher im Einzelfall **delegationsfähig** ist, ergibt sich aus a) der Erforderlichkeit ärztlichen Fachwissens, b) den berufsbedingten Anforderungen einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers bzw. einer Kinderkrankenschwester/eines Kinderkrankenpflegers und c) der objektiven Gefährlichkeit der vorzunehmenden Maßnahme.

7. Für den Regelfall können nach diesen Kriterien **drei Tätigkeitsgruppen** gebildet werden, nämlich ärztliche Tätigkeiten, die a) delegationsfähig sind (1. Tätigkeitsgruppe), b) grundsätzlich nicht delegationsfähig sind (2. Tätigkeitsgruppe) und c) nicht delegationsfähig sind (3. Tätigkeitsgruppe). Um **ärztliche Tätigkeiten der 2. Tätigkeitsgruppe** delegieren zu können, müssen nach der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung folgende fünf Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Patient muss in die jeweilige Maßnahme eingewilligt haben.
- Die Art des Eingriffs darf das persönliche Handeln des Arztes nicht erfordern.
- Der Arzt muss die durchzuführende Maßnahme schriftlich angeordnet haben.
- Die ausführende Pflegefachperson muss zur Durchführung der Anordnung befähigt sein.

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

Für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten aus arbeitsrechtlicher Sicht kann somit zusammenfassend festgestellt werden, dass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten der Tätigkeitsgruppe 2 (das Applizieren von intravenösen Injektionen, die venöse Blutentnahme, das Anlegen von Kurz-, Einmal- und Dauerinfusionen, etc.) bei entsprechender Qualifizierung des Pflegepersonals und der Überwachung durch den zuständigen Arzt zwar haftungsrechtlich möglich ist und daher vom Pflegepersonal **durchgeführt werden darf**, allerdings von diesem **nicht übernommen werden muss**, wenn diese Tätigkeiten weder arbeitsvertraglich noch im Rahmen einer arbeitsvertraglichen Nebenabrede ausdrücklich vereinbart worden sind.

8. Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten, das mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten verbundene (zusätzliche) **Haftungsrisiko** der Pflegefachperson **versicherungsrechtlich aufzufangen**:

- Durch eine schriftlich vom Arbeitgeber vorzunehmende **Haftungsfreistellung**, die den Zweck hat, die Pflegefachperson für alle fahrlässig verursachten Schäden des Patienten, einschließlich des groben Behandlungsfehlers, von der Haftung gegenüber dem Patienten freizustellen.
- Durch den Abschluss einer **Berufshaftpflichtversicherung**.

Vor dem Abschluss einer **Berufshaftpflichtversicherung** bzw. bei Bestehen einer solchen sollte diese auf folgende Fragestellungen hin überprüft werden:

- Besteht bereits über den Krankenhausträger eine Berufshaftpflichtversicherung?
- Sind alle Fahrlässigkeitsformen einschließlich der groben Fahrlässigkeit von der Berufshaftpflichtversicherung abgedeckt?
- Werden auch Schäden, die im Rahmen der Durchführung ärztlicher Tätigkeiten verursacht worden sind, übernommen?