

Haftungsgesetz (c.) Simone Pies

Inhalt :

Einleitung

Haftungsrecht

Strafrechtliche Haftung

Zivilrechtliche Haftung

Haftung aus Vertrag

Haftung aus Delikt

Wann kommt es zu typischen Haftungssituationen im Bereich der Pflege?

Grundpflege

Krankenbeobachtung

Behandlungspflege

Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Übersicht

Notfälle

Eigenmächtige Durchführung von Behandlungsmassnahmen

Telefonische Anordnung

Bedarfsmedikation

Hygiene

Wer muss im Falle der Haftung zahlen?

Literatur

Die Autorin

1. Einleitung

Das Recht erlangt eine immer grössere Bedeutung in der Krankenpflege. Dies hängt sicherlich auch mit dem zunehmenden Rechtsbewusstsein der Patienten zusammen. Auf der anderen Seite klaffen Recht und Wirklichkeit auseinander. Um so bedeutsamer ist es daher, seine Rechte und die Rechte anderer zu kennen.

Von besonderem Interesse ist dabei der Bereich des Haftungsrechts, da in Krankenhäusern in Rechte anderer Personen eingegriffen wird, zB in die körperliche Unversehrtheit bei Injektionen oder in Freiheitsrechte durch Fixierung.

Wer für die Folgen fehlerhaften Handelns haftet, ist im Haftungsrecht geregelt. Im folgenden Beitrag sollen einige wichtige Aspekte der Haftung von Pflegepersonen angesprochen werden.

2. Haftungsrecht

Haftung bedeutet, dass jemand für die Folgen seines Handelns einstehen muss. Wenn eine Pflegekraft zB einen Patienten widerrechtlich und schuldhaft an seinem Körper verletzt, indem sie ein falsches Medikament spritzt, kann sie für ihr Tun zur Verantwortung gezogen werden. Dabei können sich aus einem fehlerhaften Handeln sowohl zivilrechtliche als auch strafrechtliche Konsequenzen ergeben.

Die zivilrechtliche Haftung behandelt die Frage, inwieweit gegenüber dem Patienten Schadensersatz geleistet werden muss, zB für verlängerten Krankenhausaufenthalt oder Verdienstausschlag.

In strafrechtlicher Hinsicht kann eine Pflegekraft zB wegen fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung zur Verantwortung gezogen werden und zu einer Geld- oder Freiheitsstrafe verurteilt werden. Zivilrechtliche und strafrechtliche Haftung sind voneinander zu unterscheiden.

Das Zivilrecht gehört dem Privatrecht an, das die Beziehungen der Bürger untereinander regelt und zum grossen Teil im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert ist. Zu einem Zivilprozess kommt es nur, wenn der Bürger selbst tätig wird, dh wenn zB der Patient Klage beim Gericht einreicht.

Im Zivilprozess werden die Beweise nicht von Amts wegen ermittelt. Vielmehr muss der Patient einen widerrechtlichen Behandlungs- bzw Pflegefehler beweisen, der den Schaden verursachte. Ferner muss er Verschulden und Umfang des Schadens nachweisen. Ein solcher Beweis ist sehr schwer und häufig nicht möglich.

Die Rechtsprechung billigt dem Patienten in Ausnahmefällen aus Gründen der Waffengleichheit bestimmte Beweiserleichterungen zu, die bis zur Beweislastumkehr führen können. Das gilt für folgende Fälle:

- bei versäumter oder unvollständiger Aufklärung des Patienten muss der Arzt nachweisen, dass eine Einwilligung vorlag
- eine lückenhafte oder fehlende Dokumentation wird als Indiz dafür gesehen, dass eine nicht dokumentierte Massnahme vom Arzt oder der Pflegeperson nicht getroffen worden ist. Arzt oder Pflegepersonal müssen die Indizwirkung entkräften

· beim groben Behandlungsfehler (= ärztliches oder pflegerisches Fehlverhalten, das schlechterdings nicht unterlaufen darf) wird die Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden vermutet. Arzt oder Pflegekraft müssen beweisen, dass der Schaden auch ohne Fehler entstanden wäre bzw der Fehler nicht ursächlich für den Schaden war

Das Strafrecht gehört dagegen dem öffentlichen Recht an, das die Beziehungen zwischen Bürger und Staat regelt. Es ist im Strafgesetzbuch (StGB) verankert. Ein Strafverfahren kommt in der Regel dadurch in Gang, dass die Staatsanwaltschaft Ermittlungen einleitet und Anklage erhebt.

Im Strafprozess werden die Beweise von Amts wegen erhoben. Hier gibt es keine Beweiserleichterungen. Vielmehr muss das Gericht die volle Überzeugung von der Täterschaft gewinnen, andernfalls gilt der Grundsatz: "Im Zweifel für den Angeklagten" (in dubio pro reo).

Strafverfahren und Zivilverfahren sind selbständig und voneinander unabhängig. Eine Strafverfolgung ist neben der zivilrechtlichen Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen möglich.

3. Strafrechtliche Haftung

Folgende Tabelle soll einen Überblick darüber geben, welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit eine Straftat vorliegt. Aufbau der Straftat Tatbestandsmäßigkeit
Rechtswidrigkeit Schuld Vorliegen der im Gesetz genannten Tatbestandsmerkmale, maW einer Handlung laut StGB.

Die Handlung kann ein Tun oder Unterlassen sein. Liegt nicht vor, wenn Rechtfertigungsgründe eingreifen, zB Notwehr, rechtfertigender Notstand, Einwilligung
Vorsatz

Vorsatz ist das Wissen und Wollen der objektiven Tatbestandsmerkmale. Fahrlässigkeit

Fahrlässig handelt der Täter, wenn er trotz Vorsehbarkeit einer Rechtsverletzung einen gesetzlichen Tatbestand in pflichtwidriger Weise verwirklicht.

Bei der Fahrlässigkeit ist zu beachten, dass ein subjektiver Massstab gilt, dh es kommt auf die konkreten Umstände und die individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten der Pflegekraft an.

Als wichtigste Norm ist der Tatbestand der Körperverletzung (§§ 223ff StGB) zu nennen, der bei Pflegefehlern am meisten zum Tragen kommen dürfte.

Nach der Rechtsprechung erfüllt ärztliches und pflegerisches Handeln den Tatbestand einer Körperverletzung, selbst dann, wenn der Eingriff zu Heilzwecken erfolgte und kunstfehlerfrei durchgeführt wurde. Wenn also die Pflegekraft zB eine Injektion verabreicht, dann wird der Tatbestand der Körperverletzung nach dem Strafgesetzbuch verwirklicht. Das Handeln ist nur dann nicht strafbar, wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt. Als wichtigster Rechtfertigungsgrund ist die Einwilligung des Patienten anzusehen, die allerdings nur in kunstfehlerfreie Eingriffe erfolgen kann.

Die Rechtsprechung leitet das Erfordernis der Einwilligung aus den Grundrechten der Menschenwürde nach Art 1 I GG, der freien Entfaltung der Persönlichkeit (Art 2 I GG) und

dem Schutz der körperlichen Unversehrtheit (Art 2 II GG) her. Der Patient hat ein Selbstbestimmungsrecht, er kann also selbst entscheiden, ob er sich behandeln lässt oder nicht. Handelt die Pflegekraft gegen den Willen des Patienten und weiss sie, dass eine Einwilligung nicht vorliegt, dann macht sie sich strafbar.

4. Zivilrechtliche Haftung

Die zivilrechtliche Haftung hat zum Ziel, den Patienten eine Entschädigung bei Behandlungs- und Pflegefehlern zu gewähren. Bei der zivilrechtlichen Haftung ist im wesentlichen zwischen der Haftung aus Vertrag und Delikt zu unterscheiden.

4.1. Haftung aus Vertrag

Grundlage für die Krankenhausbehandlung ist ein Vertrag zwischen Patient und Krankenhaus, der alle Krankenhausmitarbeiter zur Erbringung der vereinbarten, fachlich einwandfreien Leistung verpflichtet. Bei fehlerhafter Leistung kann der Patient aus vertraglichen Ansprüchen im Regelfall nur Schadensersatz vom Krankenhausträger, nicht jedoch von der Pflegekraft selbst erhalten, da Vertragspartner des Patienten allein der Krankenhausträger ist (sog totaler Krankenhausaufnahmevertrag) bzw und/oder der Arzt ist (totaler Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag oder gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag).

4.2. Haftung aus Delikt

Für Pflegekräfte bedeutsamer ist die Haftung aus Delikt gem. §§ 823ff BGB. Sie greift bei Verletzung von Rechtsgütern, wie Eigentum, Freiheit, Gesundheit. Falls hier die Pflegekraft Pflegefehler schuldhaft begeht, haftet sie selbst, sofern sie vom Patienten in Anspruch genommen wird. Allerdings wird in der Regel die Versicherung zahlen, sofern der Fehler nicht auf Vorsatz beruht.

Auch bei der Deliktshaftung gibt es die Unterscheidung Tatbestandsmässigkeit, Rechtswidrigkeit, Schuld. Es gilt hier bei der Fahrlässigkeit allerdings ein anderer Massstab als im Strafrecht. Fahrlässig iSd Zivilrechts handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt ausser Acht lässt. Es gilt ein objektiver Massstab, dh die Sorgfalt wird auf das erwartete Verhalten der Angehörigen der Gesundheitsberufe bezogen. Man muss sich immer die Frage stellen: was kann von einer ausgebildeten Pflegekraft erwartet werden?

Bei der deliktischen Haftung kann neben dem Ersatz des materiellen Schadens (zB Kosten für Krankenhausaufenthalt, Verdienstausschlag) auch der sogenannte immaterielle Schaden (sog Schmerzensgeld) für Schmerzen, Entstellungen usw verlangt werden.

5. Wann kommt es zu typischen Haftungssituationen im Bereich der Pflege?

5.1 Grundpflege (allgemeine Pflege)

Die Grundpflege umfasst die unmittelbare körperliche Pflege, die Versorgung des Patienten, die psychosoziale Betreuung sowie die Beobachtung und Überwachung des Patienten (Brenner, Seite 238).

Besonders hervorzuheben ist in diesem Bereich die Dekubitusprophylaxe. Die Dekubitusprophylaxe gehört nach überwiegender Ansicht zur Grundpflege (vergleiche

Böhme, Seite 272; anderer Ansicht ist offenbar der BGH, NJW 1986, Seite 2365). In diesem Rahmen wird der Krankenpflege eine gewisse Eigenständigkeit zugebilligt.

Durch mangelnde pflegerische Versorgung kann es zu Dekubitusgeschwüren kommen. Problemfälle waren schon mehrfach Gegenstand der Rechtssprechung (vergleiche zB BGH, Urteil vom 18.3.1986, NJW 1986, Seite 2365ff).

Werden Dekubitusgeschwüre durch Pflegefehler verursacht, so wird hierdurch die körperliche Unversehrtheit des Patienten verletzt. Somit erfüllt das Fehlverhalten zum einen den Straftatbestand der Körperverletzung und zum anderen entstehen zivilrechtliche Schadensersatzansprüche.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Rechtssprechung der Pflegedokumentation im Zivilprozess eine erhebliche Bedeutung zumisst. GrdS muss der Patient einen Pflegefehler nachweisen. Eine Besonderheit besteht jedoch, wenn eine Massnahme, zB die Dekubitusprophylaxe nicht dokumentiert wird. Hier greift eine Beweiserleichterung für den Patienten ein, da bei lückenhafter oder unzulänglicher Aufzeichnungen die Aufklärung des Sachverhalts unzumutbar erschwert wird. In der fehlerhaften Dokumentation sehen die Gerichte ein Indiz für mangelhafte Pflege (BGH, NJW 1986, Seite 2365ff). Das bedeutet, die Pflegekraft muss im Zivilprozess dieses Indiz entkräften. Dieser Nachweis ist nur äusserst schwer zu führen, wenn nicht gar unmöglich. Daher sollte die Pflegedokumentation sorgfältig geführt werden, um eventuelle Prozessrisiken zu vermeiden.

Ein Pflegefehler kann auch bei Bewegungs- und Transportmassnahmen bzgl. eines Patienten auftreten, etwa wenn der Patient durch einen falschen Transport stürzt. Als Beispiel wäre hier zu nennen, dass ein schwerer Patient nur von einer Pflegekraft angehoben wird, die das Gewicht nicht tragen kann oder der Patient wird nicht fachgerecht gefasst und hierdurch kommt es zu Verletzungen.

Nach einer Entscheidung des BGH müssen die auf der Krankenstation an den Patienten vorgenommenen Bewegungs- und Transportmassnahmen in einer Weise bewerkstelligt werden, dass ein Sturz des Patienten ausgeschlossen ist (BGH, Urteil vom 18.12.1990, VersR 1991, 310, 311)

Der BGH hatte in diesem Zusammenhang einmal folgenden Fall zu entscheiden (BGH, Urteil vom 28.6.1991, NJW 1991, Seite 2960ff):

Eine Patientin wurde am rechten Knie operiert; ihr linkes Bein konnte sie infolge einer Kinderlähmung nur mit einem Spezialschuh belasten. Nach der Operation suchte die Patientin zum ersten Mal das Bewegungsbad auf, danach war sie in einem sogenannten Duschstuhl, einem leichten Spezialrollstuhl unter der Dusche. Bei dem Stuhl bestand die Gefahr, dass schon ein Niesen oder ein leichtes Nach-vorn-Lehnen zum Kippen führen konnte. Mit diesem Stuhl wurde die Patientin von der Pflegekraft in den Ankleideraum nahe an eine Bank gefahren, auf dem ein Handtuch lag. Die Pflegekraft wandte sich dann von der Patientin ab mit den Worten, sie solle einen Moment warten. Die Patientin, die damals mindestens 90 kg wog, beugte sich nach vorn, um nach dem Handtuch zu greifen. Dabei stürzte sie vornüber aus dem Duschstuhl. Sie zog sich eine Stauchungsfraktur des zwölften Rückenwirbels sowie Prellungen und Blutergüsse zu

Das Gericht bejahte eine Pflichtwidrigkeit der Pflegekraft. Der Pflegekraft sei die Gefährlichkeit des Duschstuhls bekannt gewesen (BGH, NJW, 2960). Ihr sei auch klar gewesen, dass es den Patienten nach dem Duschen kalt werde und dass sie deshalb möglichst schnell trocken werden wollen. Unter diesen Umständen hätte sich der Pflegekraft aber aufdrängen müssen, dass die Patientin versuchen würde, nach dem Handtuch zu greifen, um sich abzutrocknen. Trotzdem habe sie nicht deutlich und eindringlich auf die bei dem Duschstuhl bestehende Kippgefahr hingewiesen und die Patientin nicht aufgefordert, sich ruhig zu verhalten und nicht nach dem Handtuch zu greifen. Darin sah das Gericht eine Sorgfaltspflichtverletzung.

Laut BGH muss ein Sturz in einer Klinik ausgeschlossen werden. Diese Aufgabe ist Bestandteil des Behandlungsvertrages und damit Teil der Verpflichtung des Krankenhausträgers zu sachgerechter pflegerischer Betreuung. Diese Betreuung obliegt dem Krankenhausträger und dem Pflegepersonal aufgrund der Garantenstellung für die übernommene Behandlungsaufgabe.

5.2 Krankenbeobachtung

Gesondert angesprochen werden soll hier die Krankenbeobachtung, die eine Aufgabe des Pflegepersonals ist. Die Pflegekraft hat einen intensiveren Kontakt zum Patienten als der Arzt.

Grundsätzlich muss die Pflegekraft bei auftretenden Komplikationen den Arzt verständigen und hat eigene Bemühungen einzustellen, sofern der Patient nicht akut gefährdet ist. Falls der Arzt nicht kommt oder die Pflegekraft abwimmelt, muss die Pflegekraft es trotzdem weiter versuchen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass sich die Pflegeperson an den nächsthöheren diensthabenden Arzt oder Notarzt wendet, wobei dies dokumentiert werden sollte.

Beispiel aus der Praxis (AG Besigheim vom 27.8.1974 - AZ: 3 Ls 226/74):

Ein 16-jähriges Mädchen wurde mit einer Platzwunde, die sie sich am Kopf bei einem Verkehrsunfall zugezogen hatte, in ein Krankenhaus eingeliefert. Im Nachtbuch befanden sich keine Eintragungen über die Patientin u eine mündliche Übergabe an die Nachtschwester wurde versäumt. In der Nacht erbrach das Mädchen zweimal u klagte über starke Kopfschmerzen. Die Nachtschwester wollte den Stationsarzt herbeirufen, vergass dies aber, weil sie überlastet war. Sie spritzte dem Mädchen später ein Beruhigungsmittel. Daraufhin nahm der Pulsschlag ab, was die Nachtschwester als Zeichen der Besserung wertete.

In der Nacht verstarb die Patientin an einer Gehirnblutung aufgrund eines auf den Röntgenbildern nicht erkennbaren Schädelbasisbruchs, den sie beim Verkehrsunfall erlitten hat.

Das AG Besigheim hat hier entschieden, dass die Nachtschwester fahrlässig gehandelt hat und sie wegen fahrlässiger Tötung durch Unterlassen verurteilt. Die Schwester hätte schon beim ersten Erbrechen den Arzt verständigen müssen, erst recht aber beim zweiten Erbrechen. Sie hatte eine Rechtspflicht zum Handeln (= Garantenstellung). Diese Pflicht hätte sie aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung erkennen müssen. Durch pflichtwidrige Unterlassung kam es dazu, dass die Ärzte nicht von der Gefährlichkeit des Krankheitsverlaufs unterrichtet wurden und entsprechende Gegenmassnahmen treffen konnten.

Die Pflegekraft konnte sich auch nicht erfolgreich auf ihre Überlastung stützen. Zwar kann im Einzelfall in Drucksituationen ein geringeres Verschulden vorliegen bzw das Verschulden

ganz entfallen. In der Regel wird dies aber nicht gegeben sein. Der Umstand der Überlastung kann sich allenfalls auf die Strafzumessung auswirken.

5.3 Behandlungspflege (spezielle Pflege)

Massnahmen, die das Krankenpflegepersonal aufgrund ärztlicher Anordnung durchführt, werden der Behandlungspflege zugeordnet (Brenner, Seite 239). Hier sind zB folgende Sorgfaltspflichtverletzungen zu nennen:

- Die Pflegekraft führt die richtige Anordnung des Arztes falsch aus, sie verwechselt zB ein Medikament.
- Die Pflegekraft sterilisiert nicht Instrumente oder Geräte, obwohl dies erforderlich wäre.

5.4 Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf das nichtärztliche Pflegepersonal

Ein besonderer Problembereich ist die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Pflegepersonal. Beispiel: Der Arzt überträgt eine intravenöse Injektion auf die Krankenschwester.

Es existiert keine gesetzliche Regelung über die Abgrenzung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten: Einigkeit besteht darüber, dass Diagnose- und Therapieentscheidungen nicht auf das Pflegepersonal übertragen werden dürfen. Es ist jedoch nirgends festgelegt, ob der Arzt die Therapie selbst durchführen muss oder Massnahmen anordnen und delegieren kann.

Aus dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) lässt sich nichts Konkretes herleiten. Zwar ist dort der pflegerische Aufgabenbereich angesprochen. Jedoch ist das Krankenpflegegesetz hier keineswegs abschliessend und zählt nur einen Beispielkatalog auf, aus der sich letztendlich keine bindende abschliessende Festlegung des Aufgabenbereichs entnehmen lässt.

Das KrPflG schützt nur die Berufsbezeichnung, also ob sich jemand "Krankenschwester" oder "Krankenpfleger" nennen darf oder nicht, legt jedoch nicht die Berufsausübung fest.

Näheres ergibt sich auch nicht aus der Ausbildungs- und Prüfungsordnung. Dort werden nur die Mindestanforderungen festgelegt, die in der Ausbildung verlangt werden, nicht jedoch der berufliche Einsatzbereich beschränkt. Es bleibt den Schulen überlassen, über die weitergehenden Mindestanforderungen hinaus Kenntnisse zu vermitteln. Eine gesetzlich abschliessende Regelung besteht jedenfalls nicht. Auch aus dem Berufsrecht anderer Berufe im Gesundheitswesen sowie dem Heilpraktikergesetz lässt sich keine abschliessende Kompetenzverteilung entnehmen. Insofern können nur die Literatur, die Rechtssprechung und die Stellungnahmen der Berufs- und Fachverbände einen gewissen Anhaltspunkt geben.

In der Literatur werden ärztliche und pflegerischen Aufgaben danach abgegrenzt, ob ärztliches Fachwissen erforderlich ist oder nicht. Danach werden zum ärztlichen Aufgabenbereich alle Diagnose- und Therapieentscheidungen gezählt sowie solche Verrichtungen und Eingriffe, die aufgrund ihrer Komplikationsdichte und Gefährdungsnähe ärztliches Wissen und Können unbedingt erfordern (Schell, Seite 13). Es ist aber überwiegend anerkannt, dass der Arzt bei Erledigung seiner Aufgaben das Krankenpflegepersonal hinzuziehen darf, wobei es für die Zulässigkeit einer solchen Delegation auf die konkrete Tätigkeit, die Art des Eingriffs und die Kenntnisse und Fertigkeiten der jeweiligen Pflegekraft ankommt. Je geringer Komplikationsdichte und Gefährdungsnähe, desto eher kann die

Massnahme übertragen werden. Vieles spricht für diese Auffassung, da die Allgemeinheit bzw der Patient vor Gesundheitsschädigungen geschützt werden muss und es sicherlich deshalb von erheblicher Bedeutung ist, ob es sich um einen gefährlichen Eingriff handelt und welche Kenntnisse die Pflegekraft im einzelnen besitzt. Verschiedene Urteile zeigen, dass auch die Rechtsprechung geneigt ist, diese Kriterien zu beachten.

Ärztlicher und pflegerischer Aufgabenbereich können nicht schematisch strikt getrennt werden, da es vielfach Überschneidungen gibt. Das Pflegepersonal wird häufig im Bereich der Durchführung der Therapie eingesetzt.

Nach überwiegender Ansicht kann das Pflegepersonal ärztlich angeordnete Therapie- und Diagnoseentscheidungen unter bestimmten Voraussetzungen selbständig durchführen. Dies wird insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Delegation von Injektionen oder ähnlichen Massnahmen diskutiert.

Literatur, sowie Berufs- und Fachverbände ordnen die Vornahme von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen zwar grundsätzlich dem Aufgabenbereich des Arztes zu. Der Arzt darf diese Tätigkeiten jedoch unter bestimmten Voraussetzungen auf das Krankenpflegepersonal übertragen.

Sofern der Arzt Injektionen auf eine Pflegeperson überträgt, trägt er die Anordnungsverantwortung (Führungsverantwortung), dh er haftet für Fehler, die ihm bei der Auswahl der Kraft und der Anordnung unterlaufen.

Die Pflegekraft trägt die Durchführungsverantwortung (Handlungsverantwortung), dh sie haftet für Fehler, die ihr bei der Durchführung einer solchen Tätigkeit unterlaufen. Sie kann daher wegen fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung bestraft werden bzw muss unter Umständen Schadensersatz leisten, wenn sie eine Massnahme fehlerhaft durchführt.

Für eine Delegation sind folgende Voraussetzungen erforderlich:

- Einwilligung des Patienten: Handelt die Pflegekraft ohne Einwilligung des Patienten, so macht sie sich strafbar.
- Anordnung des Arztes, in der die zu übertragende Aufgabe inhaltlich festgelegt ist: Die Pflegekraft muss genau wissen, welche Massnahmen durchgeführt werden sollen. Die Anordnung sollte möglichst schriftlich sein. Dieses Erfordernis ergibt sich aus der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Denn die Dokumentation ist von erheblicher Bedeutung als Nachweis vor Gericht. Eine Ausnahme besteht in Notfällen.
- Kenntnisse und Fähigkeiten der Pflegekraft: Die Pflegekraft muss die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse für die durchzuführende Massnahme besitzen. Sie muss also die Injektionstechnik beherrschen und Grundkenntnisse des zu verabreichenden Medikaments besitzen. Dabei ist weniger der Ausbildungsabschluss entscheidend, sondern vielmehr das tatsächliche Wissen und Können der Pflegekraft. Zu beachten ist hier, dass die Pflegekraft eine Übernahmeverantwortung trägt. 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 das über das weitere Vorgehen entscheiden kann. Die Pflegekraft hat in Fällen, in denen sie aufgrund einer gesunden Selbsteinschätzung zu dem Schluss kommt, dass sie nicht die nötige Qualifikation für den Eingriff hat, ein Verweigerungsrecht. Dies ergibt sich insbesondere aus § 8 II 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 (Kündigung). Zur Vermeidung solcher Nachteile sollte in der Einrichtung eine Dienstanweisung aufgestellt werden, um klare Regeln zu schaffen.

· Die Art des Eingriffs erfordert nicht das Tätigwerden des Arztes: Ob die Tätigkeit einer Injektion übertragen werden darf, bestimmt sich entscheidend nach der objektiven Gefährlichkeit des Eingriffs. Massstab hierfür sind die einzusetzenden Medikamente und die angewendete Injektionstechnik. Es gibt Medikamente, die sind so gefährlich, 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

Dies gilt ausnahmsweise nicht für gut organisierte Intensivstationen und die Anästhesie, weil in diesen Bereichen ärztliches Personal verstärkt anwesend ist.

Ist das zu spritzende Medikament nicht gefährlich und hat die Schwester oder der Pfleger 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 Pflegekraft 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 examinierte Pflegekräfte (Krankenpflege- und Altenpflegekräfte) und zB auch auf KrankenpflegehelferInnen übertragbar.

· Intramuskuläre Injektionen sind nicht ungefährlich. Eine Übertragung kommt in der Regel nur auf examiniertes Pflegepersonal in Betracht. Die Durchführung intramuskulärer Injektionen kann auch auf AltenpflegerInnen delegiert werden, wenn sie die entsprechenden Techniken und Kenntnisse erlernt haben. Umstritten ist, ob eine Übertragung auch auf Krankenpflegehelfer/innen zulässig ist. Es muss im Einzelfall entschieden werden.

· Intravenöse Injektionen sind dagegen gefährlich, da die Injektion schwierig ist und das Injektionsmittel schneller wirkt. Eine Übertragung kommt nur auf speziell ausgebildetes Krankenpflegepersonal in Betracht (zB nach Weiterbildung). Sofern eine intravenöse Injektion nicht erlernt wurde, darf eine solche Injektion nicht auf die betreffende Krankenpflegeperson übertragen werden.

· Überwachung durch den Arzt: Der Arzt hat die Pflicht zur Aufsicht und Kontrolle. Er muss daher sicherstellen, dass vorhersehbare Gefahrenzustände ausgeräumt werden. Die Pflegekraft muss vom Arzt instruiert werden, zB ist ihr die Gefahrenlage zu beschreiben oder sie muss auf Besonderheiten hingewiesen werden. Der Arzt soll schliesslich eine Endkontrolle

vornehmen, zB die Wirkung eines Medikamentes prüfen. Zu beachten ist, dass der Arzt immer mitverantwortlich ist.

Falls diese Voraussetzungen nicht vorliegen, kann dies unter Umständen Bedeutung für die Pflegekräfte haben. Die Pflegekraft kann dann zur Verantwortung gezogen werden, wenn sie eine ärztliche Anordnung missachtet oder eigenmächtig, dh ohne ärztliche Anordnung handelt.

Sogenannte Spritzenscheine können den Arzt nicht im Einzelfall von der Überwachung und Anleitung der Pflegeperson entbinden. Auch die Pflegekraft wird hierdurch nicht von ihrer Durchführungsverantwortung befreit. Sofern die Pflegeperson berechnigte Zweifel an einer Anordnung hat, muss sie diese dem Arzt mitteilen, damit dieser seine Entscheidung überdenken kann. Dies ergibt sich aus ihrer Beobachtungsverpflichtung nach § 4 KrpflG. Die Bedenken sollte die Pflegekraft dokumentieren. Sofern der Arzt bei seiner Anordnung bleibt, haftet er im Rahmen seiner Anordnungsverantwortung für einen Schaden des Patienten. Die Pflegeperson hat dagegen weiterhin die Durchführungsverantwortung.

5.5 Übersicht

Anhand folgender Übersicht soll zusammenfassend verdeutlicht werden, wann nach den Grundsätzen der Literatur eine Pflegekraft bei der Vornahme ärztlicher Tätigkeiten haften müsste. Sachverhalt Folge Der Patient will nicht, dass die Pflegekraft ihm eine Injektion setzt Die Pflegekraft gibt ihm trotzdem die Injektion. Haftung wegen fehlender Einwilligung des Patienten Es fehlt die ärztliche Anordnung. Die Pflegekraft gibt trotzdem die Injektion. Beim Patienten entsteht eine Lähmung. Haftung wegen eigenmächtigen Handelns ohne ärztliche Anordnung Die Pflegekraft gibt die Injektion nicht so, wie sie vom Arzt angeordnet wurde, zB injiziert sie ein anderes Medikament. Dadurch entsteht ein Schaden beim Patienten. Haftung wegen Missachtung der ärztlichen Anordnung Die Pflegekraft führt die Injektion nicht kunstgerecht aus, weil ihr ein Fehler bei der technischen Durchführung unterläuft. Sie desinfiziert zB die Einstichstelle nicht oder verwechselt ein Medikament. Es entsteht ein Schaden beim Patienten. Haftung aufgrund der Durchführungsverantwortung Die Injektion übersteigt die individuellen Fähigkeiten der Pflegekraft, weil sie zB die Technik nicht beherrscht. Sie handelt trotzdem, so dass der Patient verletzt wird. Haftung aufgrund Übernahmeverschuldens

5.6 Notfälle

In Notfällen, wenn also ärztliche Hilfe nicht sofort erreichbar ist, kann die Pflegekraft nach bestem Wissen und Fähigkeiten ohne ärztliche Anordnung handeln. Sie ist dazu sogar verpflichtet, da sie sich andernfalls wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 323c StGB strafbar machen kann. Ausserdem kommt eine Strafbarkeit wegen fahrlässiger Körperverletzung und Tötung durch Unterlassen in Betracht je nach Einzelfall.

5.7 Eigenmächtige Durchführung von Behandlungsmassnahmen

Wie oben bereits erläutert, darf eine Pflegeperson nicht eigenmächtig Behandlungsmassnahmen vornehmen. Eine interessante Entscheidung hatte in diesem Zusammenhang das OLG im Jahr 1992 zu fällen (OLG Düsseldorf vom 2.12.1992 - 27 U 103/91):

Ein Patient in einer psychiatrischen Klinik wurde entgegen der dem Pflegepersonal bekannten Weisung der ärztlichen Klinikleitung ohne schriftliche Anordnung wegen starker Unruhe mittels eines Bauchgurtes und Fussfesseln im Bett fixiert. Etwa 1 1/2 Stunden später merkte man, dass im Zimmer des Patienten ein mit starker Rauchentwicklung verbundenes Feuer ausgebrochen war. Das Bettzeug des Patienten war in Brand gesetzt worden. Der Patient erlitt schwere Verbrennungen 2. und 3. Grades an Füßen und Beinen hinauf bis zu den Genitalien. Er wurde zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus eingeliefert und verstarb dort.

Das Gericht verurteilte die handelnden Pflegepersonen zum Schadensersatz. Die Pflichtwidrigkeit wurde vom Gericht darin gesehen, dass das Pflegepersonal ohne vorherige schriftliche ärztliche Anordnung des diensthabenden Arztes teilfixiert hat und es auch unterliess, den Arzt sofort von dieser Massnahme zu unterrichten u dessen weitere Entscheidung abzuwarten.

Nach Auffassung des OLG handelt es sich bei der Fixierung um eine Behandlungsmassnahme, die im Interesse des Heilerfolgs u der Sicherheit des Patienten dem Arzt vorbehalten ist. Der Arzt trägt die Anordnungs-kompetenz. Das Pflegepersonal handelt danach bereits dann pflichtwidrig, wenn die Fixierung ohne ärztliche Anordnung vorgenommen wird. Nur in Ausnahmefällen darf das Pflegepersonal ohne ärztliche Anordnung handeln, wenn die Fixierung unaufschiebbar ist und zur Abwendung akuter Gefahren für den Patienten oder andere dient. Aber auch dann muss danach jedenfalls der diensthabende Arzt hinzugezogen werden. Das eigenmächtige Aufrechterhalten der Fixierung erweist sich als pflichtwidrig.

In diesem Zusammenhang hat das Gericht weiter entschieden, dass es im Einzelfall geboten sein kann, einen teilfixierten Patienten lückenlos optisch und akustisch zu überwachen. Dies insbesondere, wenn der Patient psychisch krank ist, Gefahren selbst nicht erkennen kann, Verletzungsrisiken durch die Fixierung ausgesetzt ist (zB Aufschlagen auf harten Teilen der Bettgestelle oder an der Wand mit den freibeweglichen Körperteilen oder dem Kopf) oder eine Gefährdung anderer Patienten nicht auszuschliessen ist. Fehlt es an einer Überwachung, so liegt ebenfalls eine Pflichtwidrigkeit vor.

5.8 Telefonische Anordnung

Ordnet der Arzt telefonisch eine Massnahme an, so besteht die Gefahr von Hör- und Übermittlungsfehlern. So kann es zB passieren, dass eine Pflegekraft die Anordnung des Arztes falsch versteht.

Teilweise werden telefonische Anordnungen in der Literatur als unzulässig und unverantwortlich angesehen (vergleiche Klie, Seite 88), teilweise aber auch als erlaubt. Telefonische Anordnungen sind sicherlich bedenklich, wenn der Arzt sich nicht vorher ein eigenes Bild vom Patienten macht, um danach seine Entscheidung zu treffen. Letztendlich wird man für die Zulässigkeit solcher Anordnungen auf den Einzelfall abstellen müssen. Falls es durch einen Übermittlungsfehler zu einem Missverständnis kommt und hierdurch ein Schaden beim Patienten entsteht, würde im Falle eines Prozesses zunächst einmal der Arzt das Risiko eines derartigen Übermittlungsfehlers tragen, weil er sich für die telefonische Anordnung entschieden hat.

Es ist zu empfehlen, dass die Pflegekraft die telefonische Anordnung schriftlich fixiert und der Arzt sich die Anordnung von der Pflegekraft wiederholen lässt, um sicher zu stellen, dass

die Pflegeperson die Anordnung richtig verstanden hat. Das Risiko von Übermittlungsfehlern wird so verringert, wenn nicht gar vermieden.

5.9 Bedarfsmedikation

Bedarfsmedikation bedeutet, dass der Arzt der Pflegekraft aufgibt, ein bestimmtes Medikament, bei "Bedarf" zu verabreichen oder eine Behandlungsmassnahme vorzunehmen.

Eine solche Anordnung ist äusserst problematisch, da die Medikation hier nicht auf die konkrete Situation des Patienten hin erfolgt. Wann soll denn ein Bedarf gegeben sein? Der Begriff ist völlig unklar. Eine Bedarfsmedikation wird daher in der Literatur als unzulässig angesehen, soweit es dem Krankenpflegepersonal einen eigenen Entscheidungsspielraum im diagnostischen und therapeutischen Bereich belässt (vergleiche Klie Seite 88).

Das Pflegepersonal ist grundsätzlich nicht befugt, eigene Diagnose- und Therapieentscheidungen zu treffen. Das würde eine Pflegekraft aber tun, wenn sie selbständig das Medikament, den Verabreichungszeitpunkt, die Applikationsart sowie die Dosierung wählen könnte. Die Pflegekraft müsste in einem solchen Fall wegen Übernahmeverschuldens haften. Etwas anderes könnte nur dann gelten, wenn der Arzt vorher genau die Art des Medikaments und die Dosierung bestimmen kann, so dass die Pflegekraft routinemässig handelt.

5.10 Hygiene

Da es in Krankenhäusern häufiger zu nosokomialen (dh im Krankenhaus erworbener) Infektionen kommt, ist auch der Bereich der Hygiene von Bedeutung für die Haftung.

Die Pflegekraft ist fachlich verantwortlich für die Beachtung der Asepsis, Desinfektion und Sterilisation. Das ergibt sich aus § 4 I KrPflG. Falls die Pflegeperson in diesem Bereich fehlerhaft handelt, hat der fahrlässig geschädigte Patient Anspruch auf Schadensersatz/Schmerzensgeld.

Als Beispiel sei hier folgender Fall genannt, der allerdings einen Arzt betraf (OLG Düsseldorf, Urteil vom 4.6.1987, VersR 1988, Seite 40f.):

Der Arzt hatte zwei Patienten untersucht und dann, ohne zuvor seine Hände zu desinfizieren, bei einem weiteren Patienten die Spritze gesetzt. Das Gericht hat darin einen groben Behandlungsfehler gesehen. In Anbetracht der stets zu bedenkenden Infektionsgefahren sei das Unterlassen der gebotenen Desinfektion der Hände ein unter keinen Umständen verständliches und verantwortbares Versäumnis. Das Gericht hat wegen des groben Behandlungsfehlers eine Beweislastumkehr angenommen mit der Folge, dass der Arzt nachweisen müsse, dass die unterbliebene Desinfektion seiner Hände tatsächlich nicht zum Eindringen von Bakterien in das Gewebe geführt hat. Der Arzt konnte im konkreten Fall den Nachweis nicht erbringen.

Bei Pflegepersonen gilt entsprechendes. Auch sie würden bei schuldhafter fehlender Desinfektion zur Verantwortung gezogen, zB wenn eine Pflegekraft eine intramuskuläre Spritze gibt, ohne vorher die Einstichstelle zu desinfizieren. Das ist ein grober Behandlungsfehler.

Einen weiteren Problembereich in der Hygiene soll folgender Fall verdeutlichen (BGH, Urteil vom 3.11.1981, VersR 1982, Seite 161ff):

Wegen Verdachts auf Hyperkalzämie sollte bei einer Patientin ein sog Kyle-Test durchgeführt werden, wozu dem Patienten durch eine Infusion calcium gluconicum in Lävuloselösung verabreicht wird. Gegen 21 Uhr legte der Arzt die Infusion an, welche vor mehr als einer Stunde durch eine Krankenschwester vorbereitet worden war, die um 20 Uhr Dienstschluss hatte. Später traten bei der Patientin Schüttelfrost und hohes Fieber sowie Beklemmungs- und Schmerzbeschwerden in Magen, Brust und Rücken auf. Der Kyle-Test wurde abgebrochen und die Patientin, die einen septischen Schock erlitten hatte, intensiv ärztlich versorgt. Ursache für den septischen Schock war eine Verunreinigung der Infusionslösung durch *Bacillus enterobacter aerogenes*. Das Gericht entschied hier, die Infusionslösung dürfe, gerade, um eine für den Patienten gefährliche Bildung von Bakterien in ihr zu vermeiden, äusserstens eine knappe Stunde vor der Applikation angesetzt werden (BGH, VersR 1982, Seite 162).

In der viel zu frühen Vorbereitung der Lösung durch die Krankenschwester sieht das Gericht einen erheblichen und leichtfertigen Verstoss gegen die ärztlichen Sorgfaltspflichten, der geeignet gewesen sei, die septische Schädigung der Patientin herbeizuführen (BGH, VersR 1992, Seite 162). Die zuständigen Ärzte und das nichtärztliche Hilfspersonal hätten wichtige und selbstverständliche Grundregeln für die Sterilhaltung der Infusionslösung nicht nur unbeachtet gelassen, deren Beachtung vielmehr noch durch die getroffene Arbeitsverteilung geradezu unmöglich gemacht haben. Eine ärztliche Kontrolle über den Zeitpunkt der Vorbereitung der Lösung habe offensichtlich gefehlt.

Als Hygienefehler sind auch anzusehen:

- Vorbereitung von Desinfektionslösungen für mehr als 24 Stunden im voraus
- zu lange andauerndes Liegenlassen intravenöser Katheter und deren falsche Handhabung
- Einsatz von kontaminierten Inhalatoren
- Verbandswechsel mit Kontaminationen des Umfeldes

6. Wer muss im Falle der Haftung zahlen?

Falls das Pflegepersonal einen Fehler begeht und an den Patienten Schadensersatz leisten muss, trägt in der Regel die Berufshaftpflichtversicherung der Krankenhäuser den Schaden, sofern eine solche für das nichtärztliche Hilfspersonal abgeschlossen wurde. Dies gilt natürlich nur für die zivilrechtliche Haftung.

Zu beachten ist, dass das Tätigwerden des Pflegepersonals im ärztlichen Bereich eine ärztliche Anordnung voraussetzt. Sofern die Pflegeperson eigenmächtig handelt, könne es Schwierigkeiten mit der Versicherung geben.

Bei Vorsatz kann die Versicherung den Versicherungsschutz ganz versagen. Die Einzelheiten hängen vom jeweiligen Versicherungsvertrag ab.

Sofern ein Krankenhausträger jedoch überhaupt keine Haftpflichtversicherung für ihr Personal abgeschlossen hat, muss die Pflegekraft unter Umständen selbst zahlen. Um dies zu verhindern, sollten sich Pflegekräfte beim Krankenhausträger danach erkundigen, ob eine

Haftpflichtversicherung für das nichtärztliche Personal abgeschlossen wurde. Falls nicht, sollten die Pflegekräfte selbst eine entsprechende Berufshaftpflichtversicherung abschliessen.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass der Krankenhausträger oder Arzt die Verantwortung für die zivilrechtliche Haftung des Pflegepersonals bei der Ausführung der Tätigkeit im ärztlichen Bereich übernimmt, zB bei der Durchführung von Injektionen. Die Haftungsübernahme sollte aus Beweisgründen schriftlich erfolgen.

Kosten (Gerichts- und Verteidigerkosten) für eine Strafverfolgung werden von der Berufshaftpflichtversicherung nicht ersetzt. Solche Kosten ersetzt aber eine berufliche Rechtsschutzversicherung, die ebenfalls abgeschlossen werden kann.

7. Literaturverzeichnis

Hans Böhme: Das Recht des Krankenpflegepersonals, Teil 2 Haftungsrecht. Stuttgart ua, 3te Auflage 1991

Günter Brenner: Rechtskunde für das Krankenpflegepersonal. Stuttgart ua, 6te Auflage 1997

Werner Schell: Injektionsproblematik aus rechtlicher Sicht. Hagen, 4te Auflage 1995

Thomas Klie: Rechtskunde: Hannover, 5te Auflage 1996

8. Die Autorin

Simone Pies erreichen Sie per eMail unter simpies@metronet.de. Sie ist Juristin und unterrichtet das Fach Gesetzeskunde an einer Krankenpflegeschule. Auf Ihrer Homepage finden Sie weitere Inhalte zum Thema Recht und Pflege.

<http://www.aktuelle-pflege.de/Haft.htm>, online 24.4.2006