

**Dieser Artikel wurde bereitgestellt von Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH**

### **Der Spritzenschein**

*von Heinz Sträßner*

*aus „Pfleger- und Krankenhausrecht“ Ausgabe 2/2002*

#### **Eine unendliche Geschichte**

- 1. Der "Spritzenschein" ist als einrichtungsinterner Befähigungsnachweis als Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle zulässig.**
- 2. Der "Spritzenschein" entwickelt seine Aussagekraft nur einrichtungsbezogen und einrichtungsspezifisch. Er kann nicht auf andere Einrichtungen übertragen werden. Beim Wechsel von Pflegekräften in eine andere Einrichtung hat eine eigenständige personelle Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle zu erfolgen.**
- 3. Dem "Spritzenschein" als Befähigungsnachweis hat ein einrichtungsinternes Einarbeitungskonzept zu Grunde zu liegen. Die Anleitung, Unterweisung, Erprobung und Bewährung des beteiligten Pflegepersonals muss auf Grund dieses Einarbeitungskonzeptes historisch rekonstruierbar sein.**
- 4. Der mit Hilfe eines "Spritzenscheins" geführte Befähigungsnachweis von pflegerischem Personal ist historisch nur vorläufig. Der Träger ist gehalten, das Leistungsvermögen seiner Pflegekräfte arbeitseinsatzbegleitend**
  - 1. zu kontrollieren. Der Träger muss durch ständige regelmäßige Nachschulungen dafür sorgen, dass die Mitarbeiter auf der Höhe von Wissenschaft, Forschung und Lehre sich theoretisch und praktisch gleichermaßen ausgebildet darstellen.**

5. Der "Spritzenschein" ist keine generelle Ermächtigung für die Übernahme ärztlicher Tätigkeit. Der ärztliche
2. Anordnungsrahmen muss weiterhin im Einzelfall gegeben sein, da die übertragende Tätigkeit auf Anordnung des Arztes durchzuführen ist. Die selbstständige Durchführungsverantwortung der Pflegekraft muss dieser bewusst sein.
6. Der "Spritzenschein" stellt eine Beweis- und Organisationserleichterung für den Träger und die beteiligten Ärzte dar, da bei Beachtung der vorbezeichneten Grundsätze auf ein gesichertes Leistungsprofil der beteiligten Pflegekräfte zurückgegriffen werden kann. Für die beteiligten Pflegekräfte stellt der "Spritzenschein" eine Beweislastzuweisung im Haftungsfall dar, da die schuldhafte Schädigung des Patienten im erklärten Widerspruch zum im Befähigungsnachweis aufscheinenden Leistungsvermögen steht.

### **Problemstellung**

In der jüngeren pflegerechtlichen Diskussion wird der sogenannte "Spritzenschein" als einrichtungsinterner Befähigungsnachweis einer erneuten Bewertung unterzogen. Dabei treffen berufspolitische Interessen und Stellungnahmen aus dem Bereich des ärztlichen und pflegerischen Dienstes genauso aufeinander, wie unterschiedliche Bewertungen von

Befähigungsnachweisen auf der Ebene der beteiligten Träger, der zuständigen ärztlichen und pflegerischen Fachvorgesetzten und den ihnen nachgeordneten Mitarbeiter in der Pflege (1).

Die nachstehenden Ausführungen beschäftigen sich mit der Frage, welche Funktion ein "Spritzenschein" als Befähigungsnachweis in arbeitsrechtlicher und haftungsrechtlicher Hinsicht im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal hat (2). Dabei sollen der Nutzen und die Schädlichkeit des "Spritzenscheins" im berufspflegerischen Alltag untersucht werden. Befähigungsnachweise werden in der Praxis nicht nur im Bereich Delegation ärztlicher Tätigkeit (3), sondern auch in anderen Bereichen, wie dem Geräte- oder Hilfsmittleinsatz (4), immer wieder einrichtungsintern zum Einsatz gebracht.

Die Verwendung eines "Spritzenscheins" im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal ist daher nichts Besonderes. Dies stellt sich vor dem Hintergrund der vertikalen Arbeitsteilung zwischen Arzt und Pflegekraft nur als besondere Problemsituation dar (5).

Im übrigen kann die sich nunmehr aktuell wiederbelebende Diskussion zwanglos durch den gesetzgeberischen Auftrag zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle im Bereich stationärer und ambulanter Pflege erklärt werden.

Im folgenden soll von dem "Spritzenschein" (6) nur als Befähigungsnachweis im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal (7) gesprochen werden.

1. Die rechtliche Zulässigkeit und Begründetheit der Verwendung von Befähigungsnachweisen im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal.

Ob ein Träger von einem Befähigungsnachweis Gebrauch macht, hängt von der Ausübung seines Direktionsrechtes ab. § 315 BGB erlaubt dem Träger einer Einrichtung aus Gründen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle auf das übliche arbeitsrechtliche Instrumentarium zurückzugreifen, da er in der Leistungspflicht steht, die ausreichende, sichere Behandlung, Pflege und Versorgung des Patienten für diesen herzustellen. Ein hieraus resultierendes Leistungsbestimmungsrecht eines Trägers im Sinne einer von ihm zu tätigenen Selbstorganisation wird auf folgende innerbetriebliche Gestaltungsmöglichkeiten in der Pflege zurückgreifen:

- a) Die allgemeine Dienstanweisung (8) für die einrichtungsinterne Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal.
- b) Die Verwendung von Standards (9) im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal.
- c) Die ergänzende oder ausschließliche Verwendung von Befähigungsnachweisen (10) im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal.
- d) Der begleitende Einsatz regelmäßiger Praxisanleitung (11) im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal.

Ob und inwieweit der Träger kumulativ oder selektiv von diesem arbeitsrechtlichen Instrumentarium Gebrauch macht, ist seine Entscheidung. Eine normative

Wertung, die den Einsatz von betriebsinternen Befähigungsnachweisen verbietet, gibt es nicht.

Es existiert auch keine höchstrichterliche Rechtsprechung im Bereich des BGH oder BAG, die sich gegen die Verwendung von "Spritzenscheinen" als Befähigungsnachweise aussprechen würde.

Einigkeit besteht dahingehend, dass der Befähigungsnachweis im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit eine einrichtungsintern festgestellte Qualifikation von Pflegekräften auf Grund einer einrichtungsintern hergestellten Urkunde darstellt (12). Diese Qualifikationsfeststellung ist keine generelle Handlungsermächtigung für das beteiligte Pflegepersonal. Sie verobjektiviert für den Einrichtungsträger lediglich eine personelle Qualifikation im Sinne des möglichen innerbetrieblichen Rückgriffs auf besonders fort- und weitergebildetes Pflegepersonal.

### **Anforderungen an den Spritzenschein**

Damit der Befähigungsnachweis im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit als einrichtungsinterner Qualifikationsnachweis seine Funktion erfüllen kann, muss er folgenden inhaltlichen Anforderungen gerecht werden, die im Haftungsfall zu hinterfragen sind:

- Darstellung der innerbetrieblichen Anleitungssituation im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit (13).
- Darstellung der konkreten, begleitenden innerbetrieblichen Kontrolle von Wissen und Können des Pflegepersonals im Bereich delegierter Tätigkeit (14).
- Darstellung der innerbetrieblichen Verantwortlichkeiten für die Herstellung von Befähigungsnachweisen.
- Darstellung der trägerbezogenen Selbstorganisation innerbetrieblicher Fort- und Weiterbildung als Voraussetzung für die Ausstellung von Befähigungsnachweisen.

Nur wenn die vorbezeichneten Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Befähigungsnachweis als innerbetriebliches Kontrollinstrument seine Wirkung einrichtungsintern entfalten. Der Befähigungsnachweis hat auf Grund der vorbezeichneten Anforderungen daher nur einen innerbetrieblichen Aussagewert.

Er ist für andere Träger nicht verbindlich oder entlastend.

Gleichzeitig erfüllt der Befähigungsnachweis einen "Doppelcharakter" für den Träger. Zum einen definiert der Befähigungsnachweis die innerbetrieblich geprüfte und bestätigte materielle Qualifikation der beteiligten nichtärztlichen Mitarbeiter, die der Träger zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt festgestellt hat. Zum anderen definiert der Befähigungsnachweis die Zugangseröffnung für die an Pflegepersonal zu delegierende Tätigkeiten im Sinne eines "Verbots mit Erlaubnisvorbehalts", da der Träger sämtliche Mitarbeiter, die nicht im Besitze eines einrichtungsinternen Befähigungsnachweises sind, von der Übernahme ärztlicher Tätigkeit ausschließen kann.

Gleichzeitig wird aber den Mitarbeitern in der Pflege, die im Besitze eines Befähigungsnachweises sind, die Übernahme delegierter Tätigkeiten im Befähigungsnachweis definierten Umfang erlaubt.

Die Verwendung von Befähigungsnachweisen im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit ist daher eine schlichte Ausübung des Direktionsrechts des Trägers der stationären oder ambulanten Einrichtung im Sinne von § 315 BGB15.

Hinsichtlich der inhaltlichen Festlegungen und Anforderungen eines Befähigungsnachweises muss auf folgende Rechtsquellen zurückgegriffen werden:

- a) Normativer Bereich,
- b) Höchstrichterliche Rechtsprechung,
- c) Literatur,
- d) Empfehlungen.

### **1.1 Normativer Bereich und Befähigungsnachweis**

Bei der Lektüre der vorbezeichneten einschlägigen Rechtsquellen fällt auf, dass der Gesetzgeber sich bewusst einer Regelung im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal enthalten hat (16). Der Gesetzgeber ist offensichtlich davon ausgegangen, dass die sehr ausdifferenzierten, vertikalen Arbeitsteilungen im Bereich stationärer und ambulanter Behandlung, Pflege, Betreuung und Versorgung zwischen Arzt und beteiligter Pflegekraft patientenbezogen keiner allgemeinen Regelung zugänglich ist.

Die dabei zu beachtende Differenzierungsmöglichkeit verbiete eine allgemeine normative Regelung. Ob dies zutrifft, kann dahin gestellt bleiben.

Jedenfalls ist von einem bewussten Unterlassen des deutschen Gesetzgebers auszugehen, nachdem in anderen europäischen Ländern einschlägige Regelungen getroffen worden sind (17).

Ein Rückgriff auf die folgenden einschlägigen Gesetzesmaterialien mag dies kurz erhellen:

- Krankenpflegegesetz,
- Altenpflegegesetz - Entwurf,
- Pflegequalitätssicherungsgesetz,
- SGB
- und BGB.

Das Krankenpflegegesetz (18) ist ein reines Berufsbezeichnungsgesetz und Berufszulassungsgesetz. Es wird kein Berufsbild und die damit verbundenen Tätigkeiten geschützt. Das Krankenpflegegesetz definiert in § 4 KrpflG lediglich Ausbildungsziele für die Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe. Eine Definition krankenpflegerischer Tätigkeiten findet nicht statt. § 4 KrpflG (19) beantwortet nicht die Frage, in welchem Umfang Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durch Pflegepersonen übernommen werden können. Die Ausbildung soll lediglich die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur verantwortlichen Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung und Krankheiten vermitteln (Ausbildungsziel).

Aus § 11 KrpflG als Ermächtigungsgrundlage für die Ausbildung und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) ergeben sich nur eingeschränkte Erkenntnisse (20).

§ 1 KrPflAPrV sieht theoretischen und praktischen Unterricht laut Anlage 1 (Krankenpflege) und Anlage 2 (Kinderkrankenpflege) und Ziff. 8.73 im Bereich von Injektionen, der Vorbereitung von Venenpunktion, Infusionen und Transfusionen vor.

Dieses Lehrangebot wird ergänzt durch Lehrkenntnisse der Pharmakologie und Toxikologie sowie Maßnahmen bei Schockzuständen beziehungsweise Infusionen und Transfusionen (Anlage 1 und 2 jeweils Ziff. 5.4 bzw. Ziff. 12.7 und 12.8).

Vor dem Hintergrund dieser Ausbildungsregelungen erscheint es daher logisch, dass die Träger in der Pflege, neben dem formellen Qualifikationsnachweis eines

Examens, auf einer zusätzlich hausinternen Qualifikationskontrolle bestehen, da die Ausbildungsregeln der

KrPflAPrV keine Klärung zulassen, ob die zur Delegation anstehenden Tätigkeiten im Bereich Injektion, Infusion, Transfusion und Blutentnahme auf Pflegekräfte übertragen werden können.

Schell weist zu Recht daraufhin, dass nicht die Kinderkrankenpflegeausbildung eine bundeseinheitliche Durchführung von Anleitung mit gesichertem Leistungsprofil bei abgeschlossenem Krankenpflege- beziehungsweise Altenpflegeexamen vermitteln würde.

Auch das Altenpflegegesetz setzt das vorbezeichnete Dilemma fort, da nach § 3 AltpfIG-Entwurf und die dazu ergangenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen lediglich eine schematische Analogie des Gesetzgebers zum Krankenpflegegesetz für den Altenpflegebereich hergestellt wird. Es findet wiederum keine gesetzliche Aussage zu den Voraussetzungen einer Delegationsfähigkeit und einer Delegationszulässigkeit im Altenpflegebereich statt.

Das Pflegequalitätssicherungsgesetz setzt sich mit der Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal in der vom Gesetzgeber geübten Tradition gesetzgeberischen Unterlassens in diesem Bereich nicht auseinander. Eine Regelung ist nicht erkennbar.

Aber auch der Rückgriff auf die Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle im SGB V und SGB XI führt nicht weiter, da dort nur das "Ob", nicht jedoch das "Wie" der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle beschrieben wird (21). Beispielhaft ist zu § 80 SGB XI zu erwähnen, dass die hierzu ergangenen Richtlinien die Frage der innerorganisatorischen Qualitätssicherung im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nicht-ärztliches Personal nicht regelt (22).

Mit Böhme (23) ist daher festzuhalten, dass auf die durch die Ausbildungen nach dem KrpflG und AltpfIG-Entwurf gewonnen formellen Qualifikationen nur bedingt abgestellt werden kann.

Formelle Qualifikationen haben ohnehin nur einen Vermutungs- und Indizcharakter, da die mit ihr verbundene, aktuell festzustellende materielle Qualifikation nicht ohne weiteres unterstellt werden darf. Hinzu kommt, dass die in einem Berufsleben einmal

erworbene Qualifikation in ihrem materiellen Aus-sagewert gemindert werden, wenn nicht sogar verloren gehen kann, wenn nicht gleichzeitig parallel zum Arbeitsleben eine innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung unter Beweis gestellt werden kann.

Dies wird schon dadurch deutlich, dass in Zeiten beruflicher Abstinenz der Aussagewert einer formellen Qualifikation sich zusehends abbaut. Dies gilt nicht nur für erworbene Examina.

Auch im Bereich der einrichtungsinternen Befähigungsnachweise, die sich als historisch vorläufig in ihrer inhaltlichen Wertigkeit darstellen, zeigt sich das gleiche Problem. Befähigungsnachweise sind ständig einrichtungsbezogen in ihrem Aussagewert zu überprüfen und zu erneuern. Dabei bietet sich ein Zwei-Jahres-Kontrollzeitraum innerbetrieblich an. Da die vorbezeichneten Gesetzesmaterialien zur Inhaltskontrolle

eines Befähigungsnachweises nur bedingt herangezogen werden können, ist auf die Basisvorschrift des § 831 BGB zurückzugreifen, der die Verantwortlichkeiten im Bereich vertikaler Arbeitsteilung (24) allgemein, und somit auch für den speziellen Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal, regelt.

§ 831 BGB besagt, dass derjenige, welcher einen anderen zu einer Verrichtung einsetzt, gehalten ist, die richtige Auswahl, Anleitung und Überwachung dieses Anderen zu treffen, um nicht für den Schaden, den dieser Dritte anrichtet, zu haften. Die deliktische Geschäftsherrenhaftung des Trägers für pflegerische Verrichtungsgehilfen ist ebenfalls eine Verschuldenshaftung. Sie beruht auf der gesetzlichen Vermutung des § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB, dass sich in der widerrechtlichen Schadenszufügung durch den pflegerischen Verrichtungsgehilfen ein Verschulden des Trägers als Geschäftsherr bei der Auswahl oder Leitung des pflegerischen Verrichtungsgehilfen und dessen Kausalität für den Schaden verwirklicht.

Im Rahmen eines Krankenhausbehandlungsvertrages (25) ist der Krankenhausträger, neben dem leitenden oder dem jeweils übergeordneten Arzt und dem zuständigen pflegerischen Fachvorgesetzten, dem Patienten nach § 831 BGB für pflegerisches wie auch für ärztliches Fehlverhalten verantwortlich.

Im Rahmen eines Heimvertrages (26) haftet der Heimträger und nicht der niedergelassene Arzt, da das beteiligte Pflegepersonal nicht als Erfüllungsgehilfe und



Verrichtungsgehilfe für den niedergelassenen Arzt tätig wird. Dies gilt auch im Verhältnis der ambulanten Pflegeeinrichtung eines niedergelassenen Arztes.

Die Schlussfolgerung für eine einrichtungsinterne Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle kann daher nur bedeuten, dass der Träger durch innerbetriebliche Qualifikationsüberwachung und Qualitätskontrolle des beteiligten Pflegepersonals die materielle Qualifikation des Pflegepersonals durch hausinterne formalisierte Qualifizierungsprozesse fort- und weiterbildend sicherstellt.

In diesem Bereich erfüllt der Befähigungsnachweis daher für die Delegation ärztlicher Tätigkeit seine einrichtungsbezogene Funktion. Eine Bedeutung im allgemeinen Rechtsverkehr ist damit nicht verbunden. Die nach § 831 BGB notwendige Anleitung und Instruktion des beteiligten Pflegepersonals ist durch die einrichtungsinterne Fort- und Weiterbildung, die in der Ausstellung des Befähigungsnachweises endet, sicherzustellen. Hinzu tritt fakultativ eine allgemeine Dienstanweisung, die Verbote und Erlaubnisse im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal im innerbetrieblichen Regelungskreis formulieren.

Die nach § 831 BGB notwendige Auswahl (27) wird über die, für die zur Delegation ärztlicher Tätigkeit befähigten pflegerischen Mitarbeiter selektiv bestätigten Befähigungsnachweise geleitet. Daher ist klar, dass die einmal getroffene Bestätigung nicht davon entbindet, das bestätigte Leistungsprofil stets aufs neue in seiner aktuellen Qualität zu kontrollieren.

Der Träger ist gehalten, begleitende Kontrollen des tatsächlichen Wissens und Könnens der pflegerischen Mitarbeiter durchzuführen. Gegebenenfalls sind die beteiligten Mitarbeiter bei Feststellung von Leistungsdefiziten nachzuqualifizieren und von der grundsätzlichen Übertragbarkeit delegationsfähiger Tätigkeiten auszuschließen (28).

## **1.2 Rechtsprechung und Befähigungsnachweis**

Ein Blick in die höchstrichterliche Rechtsprechung (29) ergibt lediglich die Forderung an den Träger, in geeigneter Weise die Qualifikation der beteiligten Mitarbeiter im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit so sicherzustellen und nachzuweisen,

dass nur geeignete pflegerische Mitarbeiter mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten beauftragt werden dürfen.

Wie dieser Nachweis geführt wird, wird von der Rechtsprechung nicht gefordert. Dies ist Sache des Trägers.

Dabei wird offensichtlich von der Rechtsprechung auf die üblichen Beweismittel des Zeugenbeweises und des Urkundsbeweises zurückgegriffen. Es liegt daher nahe, den Befähigungsnachweis als hausinterne Privaturkunde, die dem Freibeweis des erkennenden Gerichts zugänglich ist, zu behandeln.

Darüber hinaus hat die Rechtsprechung (30) wiederholt geäußert, dass ein selbstständiger Arbeitseinsatz von Pflegepersonal im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit erst nach bestandenem Krankenpflegeexamen beziehungsweise Altenpflegeexamen erlaubt sei. Die Rechtsprechung differenziert darüber hinaus in zweifacher Hinsicht. Zum einen wird eine Differenzierung des personellen Bereichs nach:

- Pflegepersonen in der Ausbildung,
- Kranken- /Altenpflegehelferinnen (31),
- examinierten Pflegekräften (32),
- examinierten Pflegekräften mit Zusatzqualifizierung
- und sonstigen ärztlichen Mitarbeitern wie MTA (33) und Arzthelferinnen (34) getroffen.
- Zum anderen wird differenziert hinsichtlich des Nachweises an die bestehende berufliche Qualifikation bei der Übernahme zu delegierender Tätigkeit im jeweiligen:
  - Krankenhausbereich,
  - Pflegeheimbereich und
  - Ambulanten Pflegebereich
  - und der jeweiligen Arztnähe (35) beziehungsweise Arztferne unterschieden.

Soweit ein Träger mit dem Befähigungsnachweis als innerbetrieblichem Steuerungsinstrument im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit seine personelle Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle durchsetzen möchte, hat er daher den jeweiligen Mitarbeiterkreis angemessen zu reflektieren.

Dass sich der Ausbildungsstand eines Schülers (36) in der Pflege durch schriftliche Bestätigung seiner theoretischen und praktischen Kenntnisse sinnvoll für sämtliche Beteiligte im schulischen und außerschulischem Bereich besser vermitteln lässt, dürfte nicht ernsthaft zu bestreiten sein. Nach der Stellungnahme der BÄK vom 18.04.1980 dürfen Krankenpflegerschüler nur zum Zweck der Ausbildung und unter unmittelbarer Aufsicht und Anleitung des Arztes oder einer entsprechend qualifizierten Krankenpflegeperson subkutane und intramuskuläre Injektionen vornehmen (37).

### **1.3 Literatur und Befähigungsnachweis**

In der pflegerechtlichen Literatur sind hinsichtlich des Einsatzes eines Befähigungsnachweises differenzierende Positionen auszumachen, die von entschiedener

Ablehnung bis zur ausdrücklichen Bejahung und Forderung des Einsatzes von Befähigungsnachweisen reichen. Dabei wird im arztrechtlichen Bereich (38) diese Diskussion überhaupt nicht geführt.

Im pflegerechtlichen Literaturbereich sind Roßbruch und Schneider (39) als ablehnende Positionen zu benennen. Eine vermittelnde Position nimmt Höfert (40) ein. Bejahend sind Andreas/Dehong/Siegmund-Schulze (41) heranzuziehen. Die Aufzählung ist nicht abschließend.

Die ablehnende Haltung in der pflegerechtlichen Literatur resultiert nach Auffassung der Autoren aus der offenkundigen Verkennung der Funktion des Befähigungsnachweises, da unreflektiert die Prämisse aufgestellt wird, der Befähigungsnachweis würde eine unmittelbare Einzelfallermächtigung für die beteiligte Pflegekraft darstellen, die im Einzelfall Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durchführen zu dürfen. Dies ist jedoch aus den oben dargestellten Gründen nicht der Fall.

Die Grundlage in der pflegerechtlichen Literatur ist nicht nachzuvollziehen. Es ist augenscheinlich, dass der von der Rechtsprechung geforderte Nachweis der Qualifikation von Mitarbeitern im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit nicht anders als in schriftlicher Form durch den Urkundenbeweis neben dem Zeugenbeweis geführt werden kann.

Der Befähigungsnachweis ist insoweit eine hergestellte innerbetriebliche Privaturkunde.

Auch der Hinweis von Schneider (42), dass der Spritzenschein als Globalnachweis von verschiedenen Trägern eingesetzt werden würde, geht fehl, da der Einsatz von Pflegekräften im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit immer einen Einzelfall bezogenen Einsatz darstellt. Er wird immer von den beiden strukturierenden Merkmalen der Anordnungsverantwortung des beteiligten Arztes oder der beteiligten vorgesetzten Pflegekraft beziehungsweise der Durchführungsverantwortung der nachgeordneten Pflegekraft geprägt (43). Die ablehnende Auffassung in der Pflegeliteratur verkennt meines Erachtens, dass der Befähigungsnachweis nur allgemeine Rahmenbedingungen innerbetrieblicher Qualifikationssicherung für bestimmte befähigte Mitarbeiter regelt. Der Befähigungsnachweis regelt nicht eine Globalermächtigung zur Durchführung ärztlicher Tätigkeit.

Höfert (44) vertritt eine differenzierte Auffassung, wobei er grundsätzlich den Einsatz von Befähigungsnachweisen bejaht. Allerdings weist er auf den sachlich beschränkten Geltungsbereich eines Befähigungsnachweises ausdrücklich hin.

Brenner (45) bejaht grundsätzlich die Notwendigkeit des Einsatzes von Befähigungsnachweisen im Injektionsbereich. Das Krankenpflegepersonal könne mit ärztlichen Aufgaben nur betraut werden, wenn qualifizierte Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten nachgewiesen werden.

Die Ausbildung in der Krankenpflege lässt es bisher nicht zu, generell eine solche Qualifikation des Krankenpflegepersonals anzunehmen. Es ist daher erforderlich, im Rahmen einer Fortbildung die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es zu empfehlen, dass eine solche Eignung der Arzt ausdrücklich feststellt (Befähigungsnachweis).

Aus Gründen der Rechtssicherheit sei es erforderlich, mit Hilfe eines Befähigungsnachweises oder einer allgemeinen verbindlichen Dienstanweisung den Umfang der Delegation festzulegen. Böhme (46) differenziert nach den Bereichen des Krankenhauses und dem stationären und ambulanten

Pflegebereich. Maßstab der Delegation ärztlicher Tätigkeit sei immer die objektive Gefährlichkeit des Eingriffs und die subjektive Befähigung des nichtärztlichen Mit-

arbeiters. Mit dem Befähigungsnachweis könne die Auswahlpflicht verobjektiviert werden, entbinde aber den Arzt nicht, im Einzelfall von der Pflicht zur Überprüfung der Geeignetheit des nichtärztlichen Mitarbeiters.

Es biete sich im "arztfreien" Bereich, wie Heimen und ambulanten Pflegeeinrichtungen an, zur Spritzentätigkeit den in der Vergangenheit diskutierten Befähigungsnachweis wieder nutzbar zu machen, denn immerhin kann damit das Auswahlverschulden des Arztes und der Träger abgesichert und das Übernahmeverschulden auf ein vernünftiges Maß reduziert werden.

Klie (47) weist im Bereich der Altenpflege daraufhin, dass sich bei gegebener Arztferne und fehlendem direkten Weisungsrecht im Heimbereich für Heim und ambulante Pflegeeinrichtungen die Aufgabe ergibt, sicherzustellen, dass geeignetes Personal ausgewählt, angeleitet, instruiert, kontrolliert und respektive weitergebildet wird.

Befähigungsnachweise gelten als Qualifikationsnachweis in Ergänzung zu der entsprechenden Ausbildung der einzelnen Pflegekraft. Sie stellen aber vor allem eine Organisationserleichterung für die Pflegeeinrichtung und die behandelnden Ärzte dar. Die Befähigungsnachweise ersetzen keinesfalls eine ärztliche Instruktion und Anleitung. Sie dienen nur als Qualifikationsnachweis für spezielle Tätigkeiten.

Markus (48) führt aus, dass Spritzenscheine oder sonstige schriftliche und ärztliche Bescheinigungen nicht die erforderliche Befähigung des Mitarbeiters, seine spezielle Auswahl, Anleitung und Überwachung durch den Arzt ersetzen. Sie seien lediglich ein Indiz dafür, dass die Befähigung des Mitarbeiters überprüft und festgestellt würde. Markus stellt jedoch den Sinn und Zweck einer solchen Überprüfung und Feststellung nicht in Frage.

Schell (49) stellt fest, dass mit einer schriftlichen Bestätigung der Qualifikation, wie Auswahlpflicht des zuständigen Arztes verobjektiviert werden könne. Sie entbinde jedoch den Arzt im Einzelfall nicht von der Pflicht zur Überprüfung der Geeignetheit der Krankenpflegeperson. Die allgemeine Überwachungs- und Beaufsichtigungspflicht des Arztes bleibe im übrigen unberührt.

Sträßner/III-Groß (50) bejahen grundsätzlich die Einsatzmöglichkeit von Befähigungsnachweisen als Instrument innerbetrieblicher personeller Qualitätssicherung, wenn durch eine darstellbare innerbetriebliche Anleitung ein

gesichertes Leistungsprofil der beteiligten Pflegekräfte im Bereich der Delegationsfähigkeit ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal darstellbar wird. Soweit einrichtungsintern der Träger einen

Befähigungsnachweis bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeit für die einzelne Pflegekraft verlangt, entfaltet dieser nur eine eingeschränkte Wirkung, nämlich nur die übliche Wirkung einrichtungsintern hergestellte formeller Qualifikation.

Die Aussagekraft hausfremder Befähigungsnachweise kann nicht auf die Einrichtung übertragen werden, in der die Pflegekraft auf Grund eines Arbeitgeber-wechsels zum Einsatz gelangt.

Weber (51) hält den Einsatz von Befähigungsnachweisen im Ausbildungsbereich für unerlässlich, da nur so das erforderliche Wissen und Können nachgewiesen werden kann.

#### **1.4 Empfehlungen und Befähigungsnachweis**

Empfehlungen (52) sind zwar neben Richtlinien und Leitlinien die schwächste untergesetzliche normative Ebene, gleichwohl muss jedoch wegen der Struktur der Diskussion zum Befähigungsnachweis im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit auf diese Empfehlungen zurückgegriffen werden (53). Es handelt sich hierbei um die Empfehlungen der BÄK, der DKG, der ADS und des DBfK.

Die Empfehlung der BÄK vom 18.04.1980 ist gleichlautend mit der Empfehlung der DKG zur Durchführung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durch das Krankenpflegepersonal vom 11.03.1980. Soweit es auf den Befähigungsnachweis ankommt, ist folgender Wortlaut der gleichlautenden Ziff. 2.2 in beiden übereinstimmenden Erklärungen von BÄK und DKG nachstehend zu zitieren:

"Der Arzt darf nur Krankenschwestern, Krankenpflegern und Kinderkrankenschwestern und unter diesen nur solche beauftragen, die für die jeweils zu übernehmende Aufgabe qualifizierte Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten nachweisen. Für die Durchführung von intramuskulären und intravenösen Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen muss die Qualifikation der Krankenpflegepersonen durch einen Arzt festgestellt und durch den leitenden Abteilungsarzt schriftlich bestätigt worden sein.

Die Anerkennung einer erfolgreich durchlaufenen Weiterbildung in der Intensivpflege ersetzt diese Bestätigung. Die allgemeine Überwachungs- und Beaufsichtigungspflicht des Arztes bleibt unberührt."

Aus der Lektüre der vorbezeichneten Empfehlungen ergibt sich aus Ziff. 2.2, dass ein Nachweis für die Delegationsfähigkeit im Einzelfall verlangt wird. Dieser Nachweis kann, wie oben ausgeführt, nur über den Zeugen- und Urkundenbeweis geführt werden. Es ist daher von einer gleichlautenden Schriftlichkeitsempfehlung für die Qualifikationsfeststellung durch die BÄK und der DKG auszugehen. Die Schriftlichkeitsempfehlung der BÄK und der DKG ist nichts anderes als die Forderung nach einem einrichtungsinternen schriftlichen Befähigungsnachweises.

Der Befähigungsnachweis, wie er in der BÄK-Empfehlung und DKG-Empfehlung aufscheint, ist nicht beliebig entwickelt worden. Er entfaltet seit 1980 seine qualitätssichernde und seine qualitätskontrollierende Funktion im Bereich der Injektionen, Infusionen, Transfusionen und Blutentnahmen durch das Krankenpflegepersonal. Die Literatur hat auch hierauf reagiert. Auf die vorbezeichneten Dienstanweisungen und die Entwürfe eines Spritzenscheins bei Brenner/Opderbecke/Weissauer im Verlag perimed Erlangen 1981 wird ausdrücklich verwiesen (54).

Es versteht sich von selbst, dass die Empfehlungen der BÄK und der DKG, die vor dem Hintergrund gegebener Arztnähe, im stationären Krankenhausbereich entwickelt worden sind, bei gegebener Arztferne im Bereich Pflegeheim und ambulanten Bereich, weiterentwickelt werden müssen. Das sich deswegen Träger in diesem Bereich Gedanken darüber machen, wie der Befähigungsnachweis für ihren Bereich funktional eingesetzt werden kann, kann nicht überraschen.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass die rechtliche Zulässigkeit bei der Durchführung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durch das Krankenpflegepersonal im Einklang mit den Empfehlungen folgendes festlegt:

Da es sich um eine diagnostische und therapeutische Entscheidung handelt, gehört die Anordnung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen zu dem ausschließlichen Aufgabenbereich des Arztes. Die technische Durchführung von Injektionen, Infusionen und

Blutentnahmen im Anschluss an die ärztliche Anordnung beinhaltet keine diagnostische und therapeutische Maßnahme. Eine ausschließliche Zuständigkeit des Arztes besteht im Zusammenhang mit diesem Aufgabenbereich nicht.

Die Richtigkeit dieser Auffassung ergibt sich daraus, dass die Rechtsprechung allein in der Tatsache, dass gut ausgebildetes Krankenpflegepersonal intravenöse Injektionen durchführt, keinen zum Schadenersatz verpflichtenden Behandlungsfehler sieht (55).

Aus den vorbezeichneten Empfehlungen geht jedenfalls hervor, dass zumindest die BÄK- und die DKG-Empfehlung davon ausgeht, dass der Träger verpflichtet ist, durch schriftliche Feststellung und Festlegung einen Personalpool im pflegerischen Bereich zu definieren, wer für die Übernahme ärztlicher Tätigkeit in Frage kommt.

Als Zwischenergebnis ist daher festzuhalten, dass weder im gesetzlichen Bereich, noch im Bereich der Rechtsprechung, noch im Bereich der Literatur wie auch den vorbezeichneten Empfehlungen der Gebrauch eines Befähigungsnachweises im Bereich der Delegation ärztlicher Tätigkeit als Steuerungsinstrument als rechtlich bedenklich oder gar verboten angesehen wird.

## **2. Der Befähigungsnachweis und der konkrete Arbeitseinsatz**

Der Befähigungsnachweis ist als allgemeine qualifizierende Maßnahme von dem konkreten Arbeitseinsatz bei Delegation ärztlicher Tätigkeit strikt zu trennen.

- In jedem Einzelfall muss gesondert geprüft werden,
- ob der Mitarbeiter die Verrichtung in Theorie und Praxis erlernt hat – da greift der Befähigungsnachweis –, und
- ob der Mitarbeiter die Verrichtung aktuell beherrscht.
- Dies löst eine Überprüfungsnotwendigkeit im Einzelfall aus. Diese Prüfung ist inhaltlich festzumachen:
  - an den erforderlichen anatomischen und pharmakologischen Kenntnissen,
  - an der Technik der durchzuführenden Maßnahmen,
  - an der Beherrschung der hygienischen Rahmenbedingungen,
  - an der Beherrschung des mit der Maßnahme verbundenen Gefährdungsmomentes.

Die Anordnungsverantwortung des Arztes erfordert, dass dem Pflegepersonal keine Aufgaben übertragen werden, die nicht im Rahmen der routinemäßigen Durchführung liegen. Dabei muss der Arzt die Wirkung und Gefährlichkeit des zu



verabreichenden Medikaments, sowie den Krankheitszustand des Patienten berücksichtigen.

Zur klaren Abgrenzung der Zuständigkeit hat der Arzt bei seiner Anordnung den Patienten genau zu benennen, sowie das zu verabreichende Medikament, die Menge und den Zeitpunkt der Verabreichung eindeutig auf dem Krankenblatt festzulegen. Beauftragt der Arzt das

Krankenpflegepersonal, "bei Bedarf" dem Patienten ein Mittel zu verabreichen, kann diese ärztliche Anordnung nicht bedeuten, dass dem Krankenpflegepersonal eine eigene Entscheidungszuständigkeit für diagnostische und therapeutische Maßnahmen verbleibt.