



WEIMER | BORK

Kanzlei für Medizin-, Arbeits- & Strafrecht

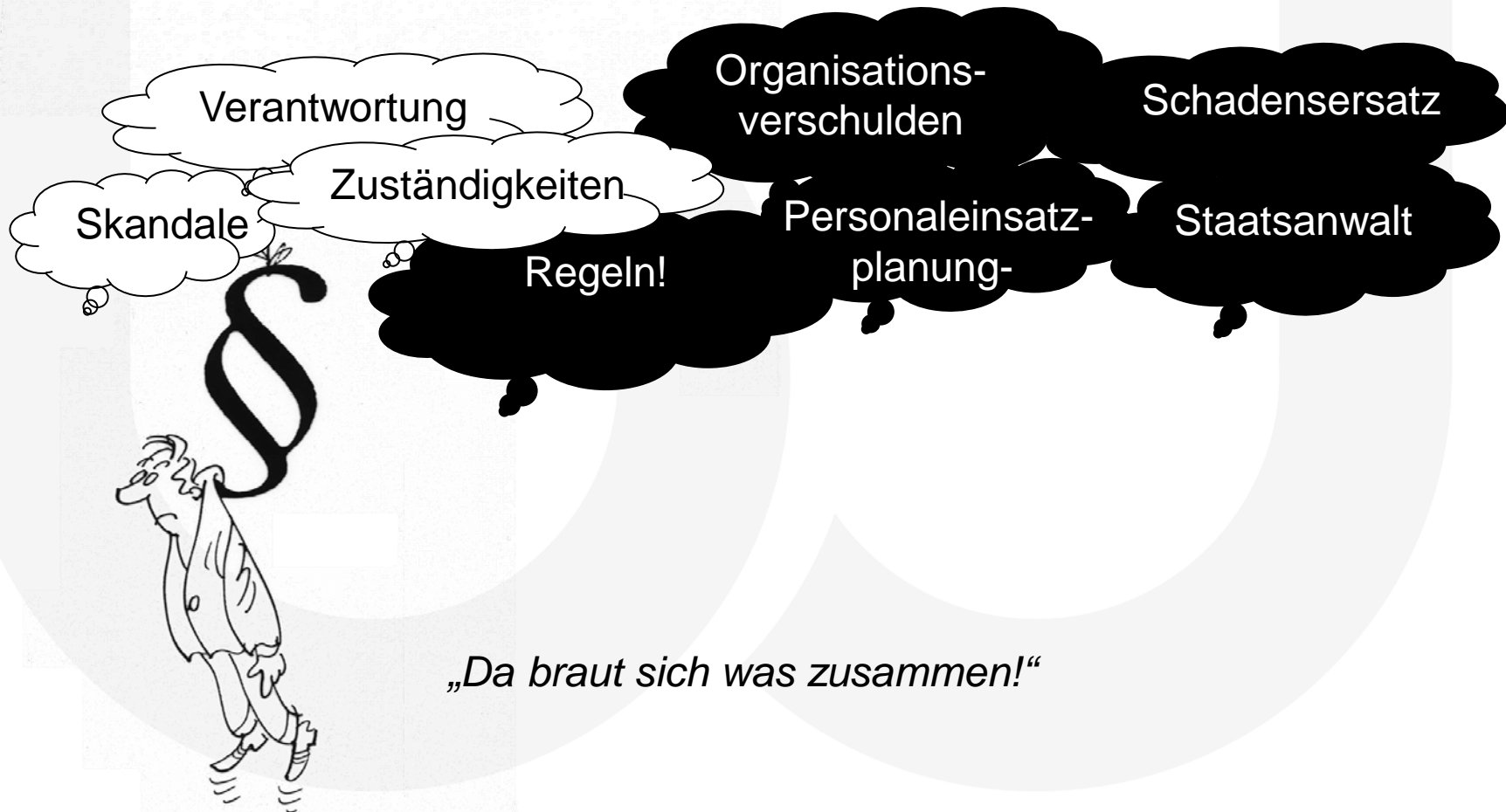




Haftungsrecht, Personaleinsatzplanung & Co. Augenblicksversagen gegen Organisationsverschulden

Rechtsanwalt
Dr. Tobias Weimer, M.A.
Fachanwalt für Medizinrecht
Master of Arts - Management

Haftungsrecht





Haftungsrecht

Worum geht es ?

Haftung für im Vorfeld identifizierbare und damit vermeidbare Organisationsmängel im Gegensatz zum bloßen Augenblicksversagen am Patienten!

Also um....

Haftungsrecht

.... patientenferne Entscheider

- alle Personen, die in ihrer konkret betrachteten Funktion organisatorische Rahmenvorgaben machen, die bei der konkreten Patientenbehandlung umgesetzt werden.
- BSP: Geschäftsführung, Verwaltung, aber auch leitende Ärzte, leitendes Pflegepersonal die organisatorische Vorgaben für das Tätigwerden der „patientennahen Behandler“ (Ärzte, Pflege) treffen, ohne konkret/unmittelbar selbst am Patienten beteiligt zu sein.

.... patientennahe Entscheider

- insbes. Tätigwerden am Patienten (Ärzte/Pflegekräfte).



Verantwortung patientenferner Entscheider

Aufgabe der patientenfernen Entscheider ...

- besteht vorrangig in der Vorsorge für die Patienteninteressen ...
- besteht in der Hilfestellung für die patientennahen Behandler ...

... durch **ordnungsgemäße Organisation.**

Haftungsrecht

Beziehungsdreieck



Haftungsrecht

- Behandlungsvertrag/ Delikt
- Augenblicksversagen im Rahmen der Pflege / Organisationsdefizite bei Personalplanung
- Verschulden gemäß § 276 BGB
- Pflichtwidrigkeitszusammenhang
- Schaden
- Haftungsumfang: Schadensersatz, Schmerzensgeld
- Verjährung: grundsätzlich 3 Jahre zum Jahresende
- Beweislast: grundsätzlich Patient, CAVE! § 630h BGB



CAVE! Entlastungsanzeige ggü. Geschäftsführung bzgl. Personal durch Pflegedirektor, Pflegedienstleitung, Stationsleitung!

Fachlicher Standard

§ 630a Abs. 2 BGB

Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden,
allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

=

Facharztstandard bzw. Pflegestandard!

Delegation

CAVE!

Bei Delegation ärztlicher Leistungen auf Pflegefachkräfte,
muss fachärztlicher Standard,
bei Delegation (behandlungs-)pflegerischer Tätigkeit auf (Pflege-) Hilfskräfte, muss
Pflegestandard beachtet und gewährleistet werden.

Delegation

„Die Verlagerung von Aufgaben aus dem ärztlichen u./o. pflegerischen Bereich auf Hilfskräfte ergibt keinen anderen Qualitätsstandard.“

OLG Hamm, Urt. v. 20.05.2012 – I-26 U 23/10, in PKR 4/11, S. 90 ff.

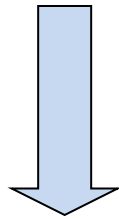


Delegation

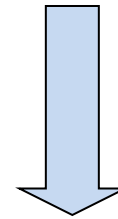
**Grundsatz
der ärztlichen Gesamtverantwortung!**

aber.... ?

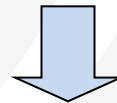
Anordnungsverantwortung des Arztes



Anordnung muss
vollständig, richtig &
organisatorisch durchsetzbar sein.



Adressat muss
richtig ausgewählt, angeleitet,
stichprobenhaft kontrolliert werden.



Durchführungsverantwortung der Pflegekraft

- Pflicht zur Selbstüberprüfung –
- u.U. Pflicht zum Remonstrieren -

Delegation

Bisher

Diskussion der Delegation/Allokation ärztlicher Tätigkeit auf Pflegekräfte

Leitsatz:

Je gefährlicher die Durchführung einer Maßnahme für den Patienten, desto weniger kann sie auf Pflegekräfte delegiert werden!

Kontrollfrage:

Setzt die Durchführung der Maßnahme spezielles ärztliches Sonderwissen voraus? Dann darf keine Delegation erfolgen!

i. Ü. ist Delegation im Einzelfall sehr wohl möglich.



Gleichwohl: Gesamtverantwortung liegt beim Arzt!

Delegation

Jetzt!

Diskussion der Substitution (Ersetzen) des Arztes durch speziell weitergebildete Pflegekräfte!

Leitsatz:

Je besser & umfassender die Pflegekraft weitergebildet, desto mehr Eigenverantwortung trägt die Fachkraft!

Gesetzesentwicklung:

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) aus 2008 erlaubte heilkundliche Tätigkeiten speziell ausgebildeter Fachkräfte in Modellvorhaben (§ 63 Abs. 3a ff. SGB V).

Voraussetzung: GBA legte im Jahr 2012 in der Heilkundeübertragungs-Richtlinie bestimmte übertragbare Tätigkeiten fest!

Delegation

Heilkunderichtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V ist
Positivkatalog durchführbarer Leistungen nach
(internen) Befähigungsnachweis im Krankenhaus,
Altenpflegeeinrichtung.

BSP: Vorgaben der Richtlinie in Bezug auf die Diagnose: Chronische Wunden
(Assessment Verlaufsdiagnostik, Planung einzuleitender Interventionen,
Umsetzung des Therapieplans).

Vorgaben zur Infusionstherapie (wie Vornahme einer Portpunktion zur
Durchführung der parenteralen Ernährung)!

Einsatz von Hilfskräften

Verhältnis Pflegefachkraft – Pflegehelfer etc!

Leitsatz:

Je gefährlicher die Durchführung einer Maßnahme für den Patienten, desto weniger kann sie auf angelernte **Hilfskräfte** delegiert werden!

Kontrollfrage:

„Setzt die Durchführung der Maßnahme spezielles in der formalen Aus, Fort- Weiterbildung vermitteltes Sonderwissen voraus? Dann darf keine Delegation erfolgen!

i. Ü. ist Delegation im Einzelfall sehr wohl möglich.



Frage nach Anordnungs-, Durchführungs- & Organisationsverantwortung! Ein Beispiel



Delegation

Einschätzung eines Dekubitusrisikos ist eigenverantwortliche Aufgabe der Pflegefachkräfte

Der ärztliche Verantwortungsbereich ist **erst** dann eröffnet, wenn sich der konkrete Fall wegen zusätzlicher **Risikofaktoren** von anderen Fällen erheblich unterscheidet. Hierzu reicht das bloße Vorliegen von Demenz, Harn- und Stuhlinkontinenz nicht aus.

OLG Köln, Hinweisbeschluss vom 11.01.2017 – 5 U 82/16



Delegation

Hochrisikopatient Dekubitus: Maßnahmen zur Prophylaxe unterliegt dem ärztlichen Anordnungsregime!

Das OLG urteilte, dass bei einem **Hochrisikopatienten** im Hinblick auf die Entstehung von Dekubiti zeitnah eine Risikoeinschätzung einschließlich einer Kontrolle des Hautzustandes **durch den Arzt** erfolgen muss.

Es müssen schon vor einer Operation und erst recht unmittelbar danach Maßnahmen zur Prophylaxe ergriffen werden.

Verurteilung der Klinik/Ärzte zu € 8.000,- Schmerzensgeld.

OLG Brandenburg, Urteil v. 28.06.2018 - 12 U 37/17

Delegation

Dekubitus-Risiko-Faktoren sind nach OLG Brandenburg erfüllt bei ...

- Einschränkung der Aktivität durch Bettlägerigkeit,
- Einschränkung der Mobilität (abhängig von Hilfe bei Lagewechseln im Bett, Unfähigkeit zu selbständigen Positionsveränderungen),
- längerer Operation,
- Störungen der Vigilanz (Wachheit) durch Alzheimer-Demenz,
- Sedierung durch Schmerz- und Beruhigungsmedikamente,
- hohem Lebensalter,
- neurologische Störungen, insbesondere Lähmungen mit Sensibilitätsstörungen,
- Kachexie (starke Abmagerung),
- Anämie,
- niedrigem arteriellen Blutdruck,
- großem Risiko für Wundheilungsstörungen durch endgradige Leberfunktionsstörung und drittgradige Nierenfunktionsstörung.

Delegation

Merke:

Das **eigenverantwortliche Richten und Verabreichen** von Medikamenten nach Maßgabe ärztlicher Verordnungen gehört zu den Kernaufgaben eines(r) Gesundheits- & KrankenpflegerIn, bei der eine besonnene und gewissenhafte Pflegekraft sich besonders sorgfältig verhalten muss, um Medikamentenverwechslungen mit potenziell tödlichen Auswirkungen zu vermeiden.

Der Fall: LG Frankfurt, Urt. v. 4.4.2017 – 5/27 KlS 16/16

- 63 jährige Patientin mit Verdacht auf Lungenkarzinom stationär
- Dauermedikation: Schilddrüsenhormon, Neuroleptikum Melperon ua.
- Betreuung durch Pflegefachkraft nach einwöchiger Einarbeitung
- Tattag: keine relevante personelle Unterdeckung, aber „viel zu tun“.
- Dokumentation durch PK: Bestätigungsvermerk über erfolgte Medikation mit Broncho-Fertiginhalat, Atrovent-Fertiginhalat, Symbicort, Diazepam, Melperon.
- Tatsächlich war Medikation bisher **nicht** verabreicht.
- Außer-Funktion-Setzung der Eigen- & Fremdkontrollfunktion der Software. Kein Zwei-Stufen-Vorgehen: Blick in Verordnung/Herrichten des Medikaments (1.Stufe) und dann erfolgter Gabe mit anschließender Dokumentation (2. Stufe).
- 18 Uhr: Verabreichung von Morphin
- 19:00: Verwechslung: Verordnung Melperon mit 10ml Methadonlösung durch „Verlesen“ in „Fieberkurve“
- Dokumentation des Verbleibs der zwei Betäubungsmittel im Betäubungsmittelbuch.
- Verabreichung der 10ml Methadon neben Morphin.
- Versterben der Patientin trotz intensiv-medizinischen Eingreifens.

Medikamentenverwechslung

Organisationsverantwortung vs. Augenblicksversagen

- Gemäß § 17 BtMG und §§ 13, 14 BtMVV sind Arztpraxen und Krankenhausstationen nachweispflichtig über den Verbleib und den Bestand an Betäubungsmitteln.
- Der Nachweis ist unverzüglich nach amtlichen Formblatt auf **Karteikarten** bzw. in Krankenhäusern in **Betäubungsmittelbüchern** mit fortlaufend nummerierten Seiten zu führen – auch elektronisch möglich.

Medikamentenverwechslung

Was ist also schief gelaufen?

Keine kritische Reflektion durch Pflegekraft, dass sie

- sich binnen kurzer Zeit zweimal den Schlüssel zum Betäubungsmittelschrank geben ließ,
- innerhalb kurzer Zeit zwei Betäubungsmittel derselben Patientin verabreichte,

obwohl ihr bei der Dokumentation des Verbleibs der BTM im Betäubungsmittelbuch dies hätte bewusst werden müssen.

Zudem: Markierung der Medikamentenverordnung als „verabreicht“ zum Zeitpunkt des Schichtbeginns im Computersystem.

Rechtsfolge: Freiheitsstrafe 1 Jahr und 6 Monate auf Bewährung

Medikamentenverwechslung

Und nun?

- Mit in Kraft treten der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung – PpUgV (1.1.2019) sowie dem PfIBG wird auch die Pflegedienstleitung sowie die Stationsleitung verstärkt in den Fokus von möglichen Organisationsmängeln im Bereich Dienstplangestaltung geraten.
- Medikamentenverwechslung bei Überlastung der Pflegekräfte als Folge der Nicht-Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen!?
- Konsequenz:
 - Bei Fehlern gilt die Berichtspflicht gegenüber dem Vorgesetzten.
 - Analyse kritischer Prozesse und Erstellung von Verfahrensanweisungen im Sinne eines medizinischen/pflegerischen **Risikoaatlases zur Einhaltung der notwendigen Compliance.**
 - **Einführung von Vier-Augen-Prinzip.**
 - **Einführung eines gelebten (!) CIRS-Systems und KVP bei vertrauensvoller Zusammenarbeit!**



Haftungsrecht

Beispiel:

Herausforderung Personaleinsatzplan
nach der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpuGV)
und dem Pflegeberufegesetz (PflBG)

PfIBG-Haftungsrecht

Pflegeplanungsprozess

Bestimmte pflegerische Aufgaben dürfen beruflich **nur** von Pflegefachfrauen und/oder Pflegefachmännern durchgeführt werden.

Die pflegerischen Aufgaben umfassen

- ✓ die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs
- ✓ die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
- ✓ die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Wer als **Arbeitgeber** „Nicht“-Pflegefachfrauen-, männer in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen **derartige** Aufgaben **weder übertragen** noch die Durchführung durch diese **dulden**.
(Organisations-/Anordnungsverschulden)

Quelle: § 4 PfIBG

PpuGV-Haftungsrecht

Auskunftsanspruch nach
Informationsfreiheitsgesetz

Die PpuGV führt in den pflegesensitiven Bereichen (Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie) Pflegepersonaluntergrenzen ein.

Pflegepersonaluntergrenzen sind als **Mindeststandards** zu verstehen,

- ✓ die das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient abbilden
- ✓ z.B. Intensivmedizin TS: 2,5/1 zzgl. 8% Pflegehilfskräfte/Gesamtzahl der Pflege

Mitteilungspflicht bei Nichteinhaltung der PpuGV je Schicht quartalsweise gemäß § 7 PpuGV an Krankenkasse!

Haftungsrecht

Gefahr des Organisationsverschuldens

- Zurechnung bei sorgfaltswidriger Pflege, in der sich (auch) die Fehler einer übergeordneten Organisation realisieren.
 - Organisator als „erstes Glied“ der Kausalkette!
- Keine Zurechnung bei eigenverantwortlichen Dazwischentreten eines Dritten
 - Organisationsdefizit bloße Risikoerhöhung oder bei überholender Kausalität durch Augenblicksversagen der Pflegekraft!



Whistleblowing

also die Anzeige von innerbetrieblichen Missständen durch Arbeitnehmer (AN) gegenüber externen Dritten (z.B. StA, Überwachungsbehörden, Presse),

stellt im Regelfall keinen Grund zur außerordentlichen Kündigung des AN dar.

EGMR, Urt. v. 21.07.2011 – Az. 28274/08

Aber Cave! Zuvor innerbetrieblich z.B. durch Überlastungsanzeige versuchen, Klärung herbeizuführen.

BAG, Urt. v. 03.07.2007 – 2 AZR 235/02



Überlastungsanzeige

Überlastungsanzeige als Recht & Pflicht des AN, den Arbeitgeber vor Schäden zu bewahren, die aufgrund von **Organisationsmängeln** (z.B. personelle Unterbesetzung, dauerhafte Anordnung von Überstunden) entstehen können. (Abgrenzung: Entlastungsschreiben der Stationsleistung gegenüber Pflegedienstleistung).

Praxistipp! Überlastungsanzeige & Entlastungsschreiben sachlich und auf Fakten basierend verfassen (keine bzw. wenig Emotionen!)



„Ich kam verwirrt, ich gehe verwirrt, aber auf höherem Niveau“



Kontakt

Dr. Tobias Weimer, M.A.

Fachanwalt für Medizinrecht

Master of Arts - Management von Gesundheitseinrichtungen

Frielinghausstr. 8

44803 Bochum

Tel.: 0234 – 60 49 11 92

Fax.: 0234 – 60 49 11 94

Mobil.: 0179 - 4872 - 947

weimer@kanzlei-weimer-bork.de

www.kanzlei-weimer-bork.de



Wirtschaftswoche 17/2014:
*„Besonders häufig empfohlene Anwälte
für Ärzte und Kliniken“*