

BDAktuell

JUS-Letter

Juni 2006

In dieser Ausgabe:

- 1 Fachübergreifender Bereitschaftsdienst
- 2 Honorarkraft am Krankenhaus – Scheinselbstständigkeit?

BDA

Berufsverband Deutscher
Anästhesisten
- Justitiare -
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg

Tel.: 0911/93378-17/-27
Fax: 0911/3938195
e-mail:
BDA.Justitiare@dgai-ev.de
Internet: www.bda.de

Fachübergreifender Bereitschaftsdienst

*Dr. iur. Elmar Biermann, Nürnberg
Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg*

"Auch der Nacht- und Sonntagsdienst ist im Krankenhaus grundsätzlich so zu organisieren, dass für den Patienten in Not- und Eilfällen der Standard eines Facharztes gewährleistet ist",

so das OLG Düsseldorf (VersR 1986, 295). Zu jeder Zeit hat der Patient Anspruch auf eine Behandlung nach dem Standard eines erfahrenen Facharztes, womit "das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis und Erfahrung Bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis Gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können" (Ulsenheimer, K., Anästh Intensivmed 2005, 91) gemeint ist.

Eine spezifische Gefahr für den Patienten beim Einsatz eines noch nicht ausreichend weitergebildeten Arztes liegt u. a. darin,

"dass der unerfahrene Arzt ... Komplikationen ... gar nicht erst bemerkt und deshalb von einem möglichen Rufkontakt nicht oder jedenfalls nicht rechtzeitig Gebrauch macht" ... (BGH, NJW 1993, 2989).

Die gleichen Bedenken bestehen bei dem Einsatz eines fremden Fachvertreters, zumindest dann, wenn es sich nicht um benachbarte Fachgebiete handelt.

Die Patientensicherheit ist indes oberstes Gebot; eine Risikoerhöhung akzeptiert die Rechtsprechung nicht. Damit sind dem vielfach von Krankenhausverwaltungen aus Gründen der Ökonomie / des Personalengpasses eingeforderten "fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten" Grenzen gesetzt.

Entscheidungen der Verwaltungsgerichte:

Zwar hatten noch der Bayerische Verwaltungsgerichtshof 1981 (KRS 81.097) ebenso wie das Verwaltungsgericht Hannover 1990 (KRS 90.043) einen fachübergreifenden Bereitschaftsdienst für unbedenklich gehalten, da dieser nur sicherzustellen habe, dass bei auftretenden akuten Notfällen erste Hilfsmaßnahmen für den Patienten ergriffen würden und dann, wenn es intensiverer fachärztlicher Betreuung bedürfte, der zuständige Facharzt umgehend zur weiteren Behandlung hinzugezogen würde.

Günzburger EntschlieÙung:

Aber die Fachgesellschaften haben dies stets kritischer gesehen. In der sog. "Günzburger EntschlieÙung zum Bereitschaftsdienst" (Anästh Intensivmed 1988, 56) wird festgestellt:



Entschließung zum Ruf- u. Bereitschaftsdienst i. d. Anästhesie und Chirurgie:
- Auszug -

"...

2. Ist ein fachgebundener Bereitschaftsdienst wegen nicht ausreichender personeller Besetzung nicht realisierbar, so kann - in Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses und in speziellen medizinischen Gegebenheiten - ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst innerhalb der operativen Abteilungen (mit Ausnahme gynäkologisch-geburtshilflicher Abteilungen) medizinisch vertretbar sein, wenn durch einen fachgebundenen Hintergrunddienst sichergestellt ist, daß qualifizierte Gebietsärzte die Behandlung innerhalb von 20 Minuten übernehmen können. An fachübergreifenden Diensten kann der Anästhesist aus fachlichen und organisatorischen Gründen nicht teilnehmen. In der Anästhesie ist, falls ein Bereitschaftsdienst auf Grund des Stellenplanes nicht realisierbar ist, ein Hintergrunddienst einzurichten.

3. Die Einteilung eines Arztes zum Bereitschaftsdienst als Alleinanzwesender setzt eine angemessene klinische Erfahrung in der operativen Medizin bzw. in der Anästhesie voraus. Dies gilt auch für den AiP.

4. Inwieweit Schichtdienst, Teilschichtdienst und zeitversetzte Dienste geeignet sind, eine tarifgerechte Gestaltung der Bereitschaftsdienste zu ermöglichen, kann nur anhand der spezifischen Gegebenheiten des einzelnen Hauses entschieden werden. Bei allen Gestaltungsformen müssen Humanität und Kontinuität der Patientenver-

sorgung gewahrt bleiben. Die Kontinuität der Patientenversorgung ist auch zu gewährleisten, wenn für den Bereitschaftsdienst in vollem Umfang Freizeitausgleich gegeben wird.

5. Ist die Chirurgie in einem Krankenhaus in mehreren Teilgebieten vertreten, so kann sich ein gemeinsamer Bereitschaftsdienst unter der Voraussetzung empfehlen, daß für jedes Teilgebiet ein Arzt im Hintergrunddienst zur Verfügung steht, der die Teilgebietsbezeichnung führt.
 ..."

Deutlich auch der 108. Deutsche Ärztetag 2005:

"Der 108. Deutsche Ärztetag lehnt fachübergreifende Bereitschaftsdienste in Kliniken im Interesse der Patientensicherheit generell ab. Die medizinischen Fachgesellschaften werden dringend aufgefordert - sofern nicht bereits geschehen - hierzu klare Positionen zu beziehen."

Urteil LG Augsburg vom 30.09.2004:

Die forensischen Konsequenzen eines mangelhaft organisierten Bereitschaftsdienstes macht das Urteil des Landgerichtes (LG) Augsburg (Az. 3 KLS 400 Js 109903/01) deutlich: Der Chefarzt einer chirurgischen Abteilung wird zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt. Ihm wird ein Sorgfaltspflichtverstoß bei der Organisation des Bereitschaftsdienstes zur Last gelegt.

Sachverhalt:

Eine Patientin wurde nach einer komplikationslosen subtotalen Strumaresektion beidseits gegen 16.00 Uhr vom Aufwachraum auf die chirurgische Normalstation verlegt. Dort leistete an jenem

Tag ein Assistenzarzt der Inneren Abteilung fachübergreifenden Bereitschaftsdienst auch für die chirurgische Station, im Rufdienst befand sich ein Oberarzt der Chirurgie. Die Patientin blutete nach. Nachdem um 19.30 Uhr die 3. Redon-Flasche gewechselt werden musste, informierte die Pflege den Bereitschaftsdienstleistenden Internisten. Als dieser bei der Patientin eintraf, hatte diese objektiv mehr als 600 ml Blut verloren. Aufgrund eines Missverständnisses ging der Internist davon aus, die Flaschen seien noch nicht so häufig gewechselt worden, vermutete aber einen Blutverlust von mindestens 500 ml, wobei sich aus den Aufzeichnungen der Pflege ein verstärkter Blutfluss zwischen 19.10 und 19.30 Uhr ergab. Er legte einen venösen Zugang, infundierte HES und ordnete an, die Patientin zu beobachten und ihn zu rufen, wenn weitere Redon-Flaschen gewechselt werden müssten. 5 - 10 Min. später informierte die Pflege ihn darüber, dass sie die Redon-Flasche wechseln musste; sie berichtete über leichte Atemnot der Patientin. Der Internist ordnete telefonisch die Zuführung von Sauerstoff über eine Nasensonde an, diktierte noch einen Arztbrief zu Ende und begab sich dann zur Patientin. Auf dem Weg dorthin wurde er bereits per Notfall-Piepser gerufen. Er fand die Patientin mit deutlich geschwellenem Hals, blau angelaufendem Gesicht und geweiteten Pupillen in verkrampfter Haltung, dem Ersticken nah, nach Luft ringend. Die massive Nachblutung hatte ihre Luftröhre komprimiert. Der Internist intubierte und ließ die Patientin auf die Intensivstation bringen. Dort stellte die Anästhesistin eine Fehllage des Tubus fest und intubierte erneut. 1 Minute später trat bei der Patientin ein Herzstillstand ein. Sie konnte nach gut 20 Minuten wieder reanimiert werden und wurde

eine halbe Stunde später in den OP-Saal transportiert, wo der inzwischen gerufene chirurgische Oberarzt eine Revisionsoperation durchführte. Es fand sich eine massive Blutung aus einem arteriellen Gefäß im Schilddrüsenbett, begünstigt wahrscheinlich durch die Wirkung von ASS 100. Die Patientin erlitt einen hypoxischen Hirnschaden; sie befindet sich seitdem im Wachkoma.

Entscheidung:

Während das Verfahren gegen den mit angeklagten Bereitschaftsdienstleistenden Assistenzarzt der Inneren Abteilung gegen Zahlung einer Geldauflage eingestellt wurde, wird der angeklagte Chefarzt der Chirurgie von der großen Strafkammer des LG Augsburg nach 3-tägiger öffentlicher Hauptverhandlung wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt.

▪ Sorgfaltspflichten:

Das LG Augsburg stellt fest, dass der Chefarzt die an ihn zu stellenden Sorgfaltspflichten verletzt hat, "indem er es unterließ, geeignete organisatorische Maßnahmen dafür zu treffen, dass das Bestehen von Nachblutungen nach Schilddrüsenoperationen während der postoperativen Nachsorge auch zu Bereitschaftsdienstzeiten so rechtzeitig erkannt wird, dass Schädigungen durch eine Kompression der Luftröhre wie bei der Patientin vermieden werden."

▪ Vertrauensgrundsatz:

Der Chefarzt konnte sich auch nicht etwa auf den Vertrauensgrundsatz berufen und davon ausgehen, der internistische Assistenzarzt würde die Situation richtig einschätzen und die bestehende Gefahr für die Patientin durch Verständigung des chirurgischen Hintergrunddienstes abwenden.

"Zwar ist allgemein anerkannt, dass dort, wo gefahrträchtige Handlungen arbeitsteilig vorge-

nommen werden, der Vertrauensgrundsatz Sorgfaltspflichten begrenzt und zwar gerade auch bei der ärztlichen Heilbehandlung. Die sorgfaltspflichtbegrenzende Wirkung dessen liegt für den Chefarzt darin, dass er für Sorgfaltsmängel anderer Ärzte in seinem Zuständigkeitsbereich bei einzelnen auf sie delegierten Verrichtungen nicht verantwortlich ist, soweit diese für ihre Aufgabe hinreichend qualifiziert sind und erkennbare Mängel durch besondere Anleitung und Überwachung ausgeglichen werden. Genau an dieser Voraussetzung fehlt es aber hier, weil die Fehleinschätzung der medizinischen Situation durch ... (*den internistischen Assistenzarzt, Anmerk. d. Verfasser*) ... um 19.30 Uhr auf ein erkennbares Qualifikationsdefizit zurückzuführen ist. Zwar wäre das Bestehen einer Nachblutung anhand der bereits zu dieser Zeit vorhandenen Anzeichen auch für ihn grundsätzlich erkennbar gewesen. Dass er diese Symptome tatsächlich jedoch falsch bewertete, namentlich den Blutverlust von 500 ml nicht allein schon als ausreichenden Anhaltspunkt für eine akute Nachblutung ansah, sondern aufgrund des unauffälligen klinischen Eindrucks von der Patientin und des Stillstands der Drainagen annahm, die Blutung sei gestillt, beruhte gerade darauf, dass es sich um eine für ihn als Internisten fachfremde Komplikation handelte, mit der er zuvor noch nie in Berührung gekommen war. Gegenüber Chirurgen und Intensivmedizinern war bei ... (ihm) ... insofern ein gesteigertes Risiko gegeben, dass er das Bestehen einer solchen Nachblutung unter Umständen wie den hier gegebenen verkennt. Dieses Risiko hat sich vorliegend verwirklicht. Ohne geeignete Unterweisung darin, vorhandene Anzeichen für eine solche Nachblutung richtig zu bewerten, war ... (er) ... als fachfremder Arzt deshalb nicht geeignet, die postoperative Nach-

sorge bei der Patientin in der für entsprechende Komplikationen neuralgischen Phase der ersten 24 Stunden auszuüben.

Die fehlende Eignung des Bereitschaftsarztes für die Bewältigung der konkreten Situation und die aus ihr resultierende Vorhersehbarkeit einer inadäquaten medizinischen Reaktion mit den hier eingetretenen Folgen wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass ... (*der internistische Assistenzarzt, Anmerk. d. Verfasser*) ... zwischen August 1990 und September 1992 zwei Jahre lang im chirurgischen Bereich tätig gewesen war und im Übrigen seit Oktober 1992 beanstandungsfrei fachübergreifende Bereitschaftsdienste am Krankenhaus ... wahrgenommen hatte. Denn die chirurgischen Erfahrungen ... (*des internistischen Assistenzarztes, Anmerk. d. Verfasser*) ... lagen - wie der angeklagte Chefarzt hätte wissen können - auf anderem Gebiet (schwerpunktmäßig Unfall- und Bauchchirurgie), und er war weder in jener Zeit noch im Rahmen seiner Bereitschaftsdienste zuvor jemals mit postoperativen Komplikationen nach einer Schilddrüsenoperation in Berührung gekommen."

▪ Organisatorische Maßnahmen:
Das LG hält einen fachübergreifenden Bereitschaftsdienst nicht für grundsätzlich unzulässig, verlangt aber, durch adäquate organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass der Facharztstandard auch dann gewahrt bleiben kann:

"Bei pflichtgemäßer Sorgfalt hätte der Angeklagte die postoperative ärztliche Versorgung von Schilddrüsenpatienten durch entsprechende organisatorische Maßnahmen so gestalten müssen, dass die bestehende Nachblutung bei der Patientin rechtzeitig erkannt worden wäre. Im Hinblick auf die Existenz eines fachüber-

greifenden Bereitschaftsdienstes hätte er ...

- ...entweder anordnen müssen, dass Schilddrüsenpatienten innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation auf der Intensivstation verbleiben

- ...derartige Eingriffe, von denen jährlich 40 - 50 an dem Krankenhaus stattfinden und die zeitlichen Aufschub dulden, nur an Tagen durchgeführt werden, an denen ein Chirurg Bereitschaftsdienst hat

- ...oder dafür sorgen müssen, dass fachfremde Bereitschaftsärzte in geeigneter Form darin unterwiesen werden, das Bestehen solcher Nachblutungen zu erkennen.

Das LG ist der Auffassung, dass dann, wenn der angeklagte Chefarzt eine dieser Maßnahmen getroffen hätte, es "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht zu dem Hirnschaden der Patientin gekommen" wäre. Auf der Intensivstation wäre die Patientin "wesentlich engmaschiger betreut worden; insbesondere hätte dort rund um die Uhr eine Anästhesistin zur Verfügung gestanden, die die Situation aufgrund ihrer intensivmedizinischen Erfahrung richtig eingeschätzt und die drohende Kompression der Luftröhre rechtzeitig durch Intubation abgewendet hätte. Ein Chirurg hätte die bestehende Gefahr durch die Nachblutung ebenfalls bereits um 19.30 Uhr erkannt, die Patientin daraufhin auf die Intensivstation zurückverlegen und dort ... intubieren lassen; anschließend hätte er eine Revisionsoperation eingeleitet. Genau jene Maßnahmen wären auch dann rechtzeitig veranlasst worden, wenn ... (*der internistische Assistenzarzt, Anmerk. d. Verfasser*) ...durch geeignete Fortbildung darin geschult gewesen wäre, bestehende Nachblutungen nach

Schilddrüsenoperationen richtig wahrzunehmen. Er hätte dann um 19.30 Uhr den chirurgischen Hintergrunddienst in Rufbereitschaft daheim verständigt, der bereits am Telefon die genannten Vorkehrungen gegen eine Kompression der Luftröhre getroffen hätte, so dass durch die anfahrtsbedingte Zwischenzeit bis zur Einleitung der Revisionsoperation kein Schaden entstanden wäre."

Das Fazit:

Wenn überhaupt, dann kann sich ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst nur auf verwandte Fächer oder Subspezialisierungen beziehen; er ist nicht geeignet für Berufsanfänger und setzt eine besonders sorgfältige Übergabe des Patienten an den fachübergreifenden Dienst voraus. Durch (schriftliche Dienst-) Anweisungen muss sichergestellt sein, dass und wann der fachärztliche Hintergrunddienst zu informieren und wie bei Problemen vorzugehen ist.

Wie das LG schon andeutet, sind an die Fortbildung der diensthabenden Ärzte besondere Anforderungen zu stellen, das Notfallmanagement und die Notfallpatientenversorgung müssen gesichert sein. Zur Vermeidung eines Organisationsverschuldens der beteiligten Chefarzte und des Krankenhausträgers und eines Übernahmeverschuldens der dienstleistenden Ärzte muss das mit einem fachübergreifenden Bereitschaftsdienst verbundene Risiko kalkulierbar und durch adäquate Organisationsmaßnahmen ausgeglichen werden. Es bleibt die Kernaussage in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zu beachten, dass die Sicherheit des Patienten oberstes Gebot und Richtschnur ist. Dies mahnt bei fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten zur Vorsicht, zumal der Bundesgerichtshof selbst zur Zulässigkeit von fachübergreifenden Be-

reitschaftsdiensten noch nicht Stellung genommen hat.

Honorarkraft am Krankenhaus - Scheinselbstständigkeit?

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Das Sozialgericht Dortmund hat in dem Urteil vom 12.01.2006 (Az. S 10 RJ 307/03) einen Krankenhausträger dazu verurteilt, nachträglich Sozialabgaben für eine Honorarkraft zu entrichten, da es sich hier nicht um eine freiberufliche Tätigkeit handelte. Der Arzt erhielt für seine Tätigkeit monatliche Honorarzahlgungen auf Stundenbasis, wobei er der Klinik keine Rechnung stellte, sondern vielmehr an dem Zeiterfassungssystem teilnahm. Auch wenn keine Patienten kamen und der Arzt Fachliteratur las, erhielt er diese Stunden trotzdem vergütet.

Für ein Beschäftigungsverhältnis spricht auch und dies war für das Gericht letztlich maßgebend, dass die Patienten dem Arzt von der Klinik zugewiesen worden sind. Er konnte sich diese nicht aussuchen und konnte nicht mehr Patienten untersuchen, um ggf. den Umsatz steigern zu können. Der Arzt war auch insoweit örtlich und zeitlich in die Organisation der Klinik eingebunden, als dass er regelmäßig zwei bis drei Nachmittage pro Woche bei der Klinik arbeitete.

Hätte der Arzt frei über seine Arbeitskraft, die Arbeitszeit und Ort verfügen können und ein Unternehmerrisiko getragen, wäre das Gericht u.U. von einer selbstständigen Tätigkeit ausgegangen. ■