BDAktuell

JUS-Letter

März 2003
Jahrgang 3, Ausgabe 1

In dieser Ausgabe

1 Einsatz von Ärzten im Praktikum (AiP)

1 Transfusionsmedizinische Tätigkeit durch AiP?

2 Stellungnahme v. DGAI und BDA zu AiP-Einsatz

4 Berücksichtigung der AiP-Zeit bei Höhergruppierung?

BDA

Berufsverband Deutscher Anästhesisten
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg

Einsatz von Ärzten im Praktikum (AiP)

Ass. iur. E. Weis, Nürnberg

Der Einsatz von Ärzten im Praktikum wirft immer wieder Probleme für die Fachabteilungen auf. Angesichts zunehmend knapper personeller Ressourcen ist oftmals der eigenverantwortliche Einsatz von Ärzten im Praktikum in OP-Sälen sowie im Bereitschaftsdienst in einigen Kliniken an der Tagesordnung. Doch eine Gleichstellung des AiP mit voll approbierten Ärzten ist nicht nur haftungsrechtlich kritisch zu bewerten, sondern verstößt u.U. gegen § 35 AppO. Der BDA und die DGAI haben bereits 1987 zu den Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Ärzten im Praktikum Stellung genommen (s. S. 2).

Aufsichtspflicht

Aus § 35 Satz 1 AppO legt fest, daß der AiP unter ärztlicher Aufsicht tätig wird.

Die unmittelbare ärztliche Beaufsichtigung kann schrittweise lockerer gestaltet werden, um den AiP die Möglichkeit zu geben, seine ärztliche Tätigkeit mit ‚einem dem wachsenden Stand seiner Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechenden Maß an Verwantortlichkeit' zu versehen.

Einteilung zum Bereitschaftsdienst?

Ob der Aufsichtspflicht erscheint es zweifelhaft, daß der AiP auch nach einer gewissen Einarbeitungszeit zum Bereitschaftsdienst herangezogen werden kann, selbst wenn er notfalls auf einen in Rufdienst befindlichen Anästhesisten zurückgreifen könnte.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß die Rechtsprechung für die Versorgung der Patienten die Facharztqualität fordert. Dieser Standard ist nicht nur in Regeldienstzeiten einzuhalten, „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", wie das OLG Düsseldorf (Urteil v. 2.10.1985, NJW 1986, 790ff.) festgestellt hat.

Ob dieser Facharztstandard durch einen AiP im Bereitschaftsdienst gewährleistet werden kann, ist kritisch zu hinterfragen.

§ 35 AppO
(Approbationsordnung f. Ärzte)

„Der Arzt im Praktikum wird ... unter Aufsicht von Ärzten, die eine Approbation als Arzt oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 Abs. 1 der Bundesärzteordnung besitzen, ärztlich tätig. ... Er soll die ihm zugewiesenen ärztlichen Tätigkeiten mit einem dem wachsenden Stand seiner Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechenden Maß an Verantwortlichkeit verrichten; Art und Umfang der Aufsicht sollen dem entsprechen..."

Fortsetzung Seite 3

Transfusionsmedizinische Tätigkeit durch AiP?

Prof. Dr. med. J. Biscoping, Karlsruhe

Oftmals besteht Unklarheit darüber, ob der AiP, ebenso wie eine approbierte ärztliche Person, transfusionsmedizinisch eigenverantwortlich tätig werden kann (z.B. Durchführung des Bedside-Tests).

Zu dieser Frage sind klare Regelungen im Transfusionsgesetz getroffen.

Fortsetzung Seite 4

Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von „Ärzten im Praktikum“ (AiP) in der Anästhesiologie

- Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten – (Anästh Intensivmed 1987, S. 296.)

1. Die Belange einer praxisnahen ärztlichen Ausbildung gemäß §§ 34 a–d der Fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (AppO)* vom 15. Dezember 1986 haben sich dem Primat einer fachgerechten Patientenversorgung unterzuordnen.
   Welche Konsequenzen sich daraus für die Umwandlung von ärztlichen Planstellen in AiP-Stellen ergeben, muß von Fachgebiet zu Fachgebiet unterschiedlich beurteilt werden und hängt auch von der Größe der einzelnen Fachabteilung ab.
   In der Anästhesiologie ist davon auszugehen, daß ihre typischen Leistungen, nämlich die Durchführung von Anästhesieverfahren, nur von erfahrenen Ärzten wahrgenommen und nicht auf ärztliche Anfänger delegiert werden können.

2. Die ärztlichen Stellenpläne für die Anästhesieabteilungen an Krankenhäusern richten sich nach den Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Diese basieren unter Berücksichtigung von Arbeitsausfallzeiten auf dem Grundsatz: 1 OP-Tisch – 1 Arzt. Dies bedeutet, daß der Chefarzt und die Oberärzte an einen Operationstisch gebunden sind und nicht für die Anleitung und Überwachung jüngerer Ärzte an anderen Tischen zur Verfügung stehen.

3. Werden Planstellen für Anästhesisten in AiP-Stellen umgewandelt, so müssen zwangsläufig Operationstische routinemäßig mit Ärzten im Paktikum anstelle vollapprobierter Ärzte besetzt werden. Für deren Beaufsichtigung müssen Anästhesisten die ärztliche und rechtliche Verantwortung übernehmen, die zugleich an einem anderen OP-Tisch eine Narkose zu führen haben. Der Bundesgerichtshof hat in seiner grundlegenden Entscheidung vom 30.11.1982 (VI ZR 77/81) die Frage offen gelassen, ob derartige „Parallelnarkosen“ überhaupt zulässig sind. Das Fachgebiet sieht in der Parallelnarkose eine Notlösung, die nur in Ausnahmefällen, keineswegs aber als Routinelösung vertretbar ist. Selbst in Ausnahmefällen gelten nach der Rechtsprechung strenge einschränkende Kautelen für die Durchführung.
   Werden ausnahmsweise AiP im Rahmen von Parallelnarkosen eingesetzt, ist hierfür eine mehrmonatige Einarbeitungszeit zwingende Voraussetzung.
   Ein routinemäßiger Einsatz von AiP zur Durchführung von Anästhesieverfahren, aber auch ihre systematische Heranziehung zur Überbrückung personeller Notsituationen scheidet demnach aus.

4. Entgegen anders lautenden Meinungsäußerungen kann in der Anästhesiologie der AiP grundsätzlich auch nicht zum Bereitschaftsdienst eingeteilt werden, da er hier in aller Regel alleine auf sich gestellt tätig werden müßte. § 34 b AppO* lautet:
   „Der Arzt im Praktikum wird unter Aufsicht von Ärzten, die eine Approbation oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Abs. 1 der Bundesärzteordnung besitzen, ärztlich tätig“.
   Der Wortlaut ist insoweit eindeutig; eine Beaufsichtigung des AiP im Bereitschaftsdienst ist nicht zu gewährleisten.
   Selbst wenn man diese rechtlichen Beschränkungen außer Betracht ließe, bleibt zu bedenken, daß in der Anästhesiologie auch ein vollapprobierter Arzt erst nach einer etwa halbjährigen Einarbeitszeit zum Bereitschaftsdienst eingeteilt werden kann.
   Will man AiP aus Gründen ihrer Ausbildung gleichwohl im Bereitschaftsdienst einsetzen, so können diese den bereitschaftsdiensttuenden Arzt lediglich begleiten.

5. An kleineren Anästhesieabteilungen kann die Umwandlung von ärztlichen Planstellen in AiP-Stellen dazu führen, daß unter Berücksichtigung der einschlägigen tarifrechtlichen Bestimmungen kein durchgehender ärztlicher Bereitschaftsdienst an 7 Wochentagen mehr realisiert werden kann.
   Der Umwandlung von ärztlichen Planstellen in AiP-Stellen sind somit an Anästhesieabteilungen engste Grenzen gesetzt, wenn nicht gegen anerkannte Grundsätze der anästhesiologischen Patientenversorgung und Forderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung verstoßen werden soll. Diese Grenzen hängen ab von der Größe, Aufgabenstellung und Struktur des einzelnen Krankenhauses, von den räumlichen Gegebenheiten der Operationseinrichtungen, von der Anzahl der vorhandenen ärztlichen Planstellen, von Art und Schwere der routinemäßig durchgeführten Eingriffe sowie von der Zusammensetzung des regelmäßig zu versorgenden Patientenkreises.
   Da die Organisationsverantwortung für eine fachgerechte anästhesiologische Patientenversorgung in zivil- und strafrechtlicher Hinsicht in ester Linie beim leitenden Arzt der Anästhesieabteilung liegt, sollten Umwandlungen von ärztlichen Planstellen in AiP-Stellen nur mit seinem Einverständnis erfolgen.

*** Die AppO wurde am 27.06.2002 mit Wirkung zum 1.10.2003 geändert :**

alte Fassung	§§ 34 a-d AppO	§ 34 d AppO
neue Fassung	§§ 34-38 AppO	§ 35 AppO

Fortsetzung von S. 1 „Einsatz von Ärzten...“

Zwar kann und muß der AiP in Zweifelsfällen den Hintergrunddienst rufen. Es ist aber fraglich, ob der AiP schon in der Lage ist, kritische Situationen zutreffend ab- und einzuschätzen, damit er rechtzeitig den Rufdienst informiert. Die Stellungnahme des BDA und der DGAI geht davon aus, daß der AiP aufgrund der mangelnden Überwachungsmöglichkeit nicht als alleindienstleistender Arzt zu Bereitschaftdiensten eingeteilt werden kann.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer (Schreiben vom 20.02.1990, Az 185.2.1) kann der AiP nicht allein und eigenverantwortlich im Rettungsdienst eingesetzt werden, selbst wenn er im Besitz des Fachkundenachweises ‚Rettungsdienst’ ist.

Einsatz im OP-Saal

Dagegen wird man davon auszugehen haben, daß der AiP im Tagesdienst in den Op-Sälen eingesetzt werden kann, sofern er den sog. Facharztstandard gewährleistet.

Es liegt nahe, den AiP mit dem Weiterbildungsanfänger zu vergleichen. So hat das OLG Schleswig (Urteil v. 4.12.1996, MedR 1997, 321f.) ausgeführt, daß „die von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze zu Anfängeroperationen .. für die Beurteilung des Handelns eines Arztes im Praktikum heranzuziehen (sind)“. Opderbecke / Weißauer (Anästh Intensivmed 1980, 4ff.) haben für Weiterbildungsassistenten einen 8-Stufen-Plan vorgestellt, der es dem Anfänger ermöglichen soll, nach einer ca. halbjährigen Tätigkeit im Fachgebiet das OP-Routineprogramm selbständig zu übernehmen-immer mit der Möglichkeit, auf den im Haus befindlichen Chef- oder Oberarzt zurückgreifen zu können. Es handelt sich hierbei jedoch nur um eine Faustregel. Es obliegt stets dem Diensteinteilenden, sich ein eigenes Bild von den theoretischen Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten des einzusetzenden Nicht-Facharztes zu machen, um das Maß der erforderlichen Überwachung abschätzen zu können.

8-Stufen-Plan für Weiterbildungsanfänger
- nach W. Weißauer / H.W. Opderbecke-

Stufe 1:
Reines Zuschauen beim Ablauf eines Anästhesieverfahrens, d.h. ein ‚Mitlaufen’ neben einem erfahrenen Anästhesisten während des täglichen Routine-Op-Programms. Hierbei besteht Gelegenheit zu wechselseitigen Fragestellungen und Erklärungen

Stufe 2:
Einüben einiger Verrichtungen unter unmittelbarer persönlicher Anleitung und Beaufsichtigung durch den lehrenden Arzt (Anlage der Infusion, Überprüfen des Narkosegerätes, Intubation, manuelle Beatmung, Einstellen des Respirators, Extubation u.a.)

Stufe 3:
Zusammenhängende Durchführung eines Anästhesieverfahrens unter ununterbrochener persönlicher Anleitung und Beaufsichtigung durch einen erfahrenen Anästhesisten

Stufe 4:
Selbständige Übernahme bestimmter Phasen eines Anästhesieverfahrens in unkomplizierten Fällen mit der Möglichkeit, bei Komplikationen und in Zweifelsfragen jederzeit auf einen in Rufweite befindlichen, erfahrenen Kollegen zurückgreifen zu können (z.B. Narkoseein- und –ausleitung noch unter unmittelbarer Aufsicht;selbständige Überwachung der Narkose in Phasen stabiler Kreislaufverhältnisse und kontrollierter Beatmung)

Stufe 5:
Selbständige Durchführung unkomplizierter Anästhesieverfahren mit der Möglichkeit des sofortigen Rückgriffs auf einen erfahrenen, im benachbarten Op-Saal befindlichen Kollegen

Stufe 6:
Selbständige Durchführung von Anästhesieverfahrenmit allmählich ansteigendem Schwierigkeitsgrad mit der Möglichkeit des sofortigen Rückgriffs auf einen erfahrenen, im benachbarten Op-Saal befindlichen Anästhesisten.

Stufe 7:
Selbständige Durchführung der im Routine-Op-Programm anfallenden Anästhesieverfahren mit Ausnahme spezieller Risikofälle mit der Möglichkeit, auf den im Haus befindlichen Chef- oder Oberarzt zurückzugreifen

Stufe 8:
Einteilung in den Bereitschaftsdienst mit der Möglichkeit, auf den außerhalb des Hauses in Rufbereitschaft befindlichen Chef- oder Oberarzt zurückzugreifen

Es empfiehlt sich, dem AiP –ähnlich wie dem Weiterbildungsassistenten (s. Empfehlung der DGAI zum Weiterbildungsnachweis*) - durch Zwischenzeugnisse die individuellen Kenntnisse und Erfahrungen zu bescheinigen. Damit kann im Schadensfall der AiP den Vorwurf des Übernahmeverschuldens und der Diensteinteilende bzw. Chefarzt den Vorwurf des Organisationsverschuldens begegnen.

Aufklärung

Nach der Rechtsprechung ist die Patientenaufklärung ärztliche Aufgabe, die nicht an das Pflegepersonal delegiert werden kann.

Der AiP ist Arzt, wenn auch nicht approbierter Arzt. Es ist daher rechtlich möglich, daß der AiP die Patienten über das Anästhesieverfahren aufklärt. Hierbei muß allerdings wiederum der sog. Facharztstandard gewährleistet werden. D.h., die Aufklärung muß der eines erfahrenen Facharzt enstprechen. Dazu gehört nicht nur die Kenntnis der Vorteile sowie Risiken der verschiedenen Verfahren, um auch Fragen des Patienten suffizient beantworten zu können, sondern auch die richtige Einschätzung der Anamnese. Diese Kenntnisse müssen dem AiP zunächst im Laufe seiner Ausbildung vermittelt werden, bevor er die Patientenaufklärung übernimmt.

**DGAI-Weiterbildungsnachweis kann bei der BDA/DGAI-Geschäftsstelle, Roritzerstr. 27, 90419 Nürnberg bestellt werden*

Fortsetzung v. S.1„Transfusionsmedizinische...“

Das Transfusionsgesetz unterscheidet zwischen ‚ärztliche Person’ und ‚approbierter ärztlicher Person’. Wenn von ‚ärztlicher Person’ gesprochen wird, ist auch der Arzt im Praktikum eingeschlossen. Aus diesem Grunde wird in einzelnen Passagen, in denen Tätigkeiten nicht durch einen Arzt im Praktikum eigenverantwortlich ausgeführt werden dürfen ausdrücklich von ‚approbierter ärztlicher Person’ gesprochen.

Dabei ist § 13 Transfusionsgesetz (Anforderungen an die Durchführung) zu berücksichtigen.

Transfusionsgesetz (TFG)

§ 13 Abs. 1 TFG
„...Ärztliche Personen, die im Zusammenhang mit der Anwendung von Blutprodukten Laboruntersuchungen durchführen oder anfordern, müssen für diese Tätigkeiten besonders sachkundig sein..“

§ 13 Abs. 2 TFG
„Die ärztlichen Personen, die eigenverantwortlich Blutprodukte anwenden, müssen ausreichende Erfahrung in dieser Tätigkeit besitzen“

Mit dieser Beschreibung im Gesetzestext, so die amtliche Begründung, werden grundlegende Anforderungen an eine ordnungsgemäße Anwendung von Blutprodukten festgelegt. Diese Anforderungen sind sinngemäß auf die jeweiligen Produkte zu beziehen. Die Konkretisierung der Anforderungen ist in erster Linie Aufgabe der Ärzteschaft (s. dazu Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten <Hämotherapie>, Kapitel 4.3. Anwendung von Blutkompnenten und Plasmaderivaten). Das gilt insbesondere für die Technik der Bluttransfusion und für die Indikationsstellung, mit der ein optimaler Gebrauch von Blutprodukten angestrebt wird.

Für die eigenverantwortliche Anwendung von Blutprodukten wird eine ausreichende Erfahrung in dieser Tätigkeit gefordert. Es kommt darauf an, dass diese Anwendung in der Praxis beherrscht wird. Eine konkrete Festlegung der Qualifikation ist wegen der verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten von Blutprodukten nicht vorgesehen, um den klinischen Alltag nicht zu behindern.

Es können alle ärztlichen Personen Blutprodukte anwenden, die dafür in ihrer Ausbildung oder unter fachlicher Anleitung ausreichende Erfahrung gesammelt haben.

In diesem Sinne ist es auch möglich, Ärzte im Praktikum an diesen Tätigkeiten eigenverantwortlich zu beteiligen, sofern sichergestellt ist, dass diese die Vorgaben der Richtlinie bezüglich Indiaktionsstellung und Anwendung kennen und berücksichtigen

*****

Berücksichtigung der AiP-Zeit bei Höhergruppierung?

Ass. iur. E. Weis, Nürnberg

Bei einigen Eingruppierungsmerkmalen wird auf die „ärztliche Tätigkeit“ abgestellt. So sind beispielsweise nach Anlage 1a zum BAT „Ärzte nach fünfjähriger ärztlicher Tätigkeit“ in die Vergütungsgruppe I b (Fallgr. 7) einzugruppieren. Inhaltsgleiche Regelungen finden sich in den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des Deutschen Caritasverbandes und in denen des Diakonischen Werkes.

Bisher war die Rechtsprechung zu der Frage, ob die Tätigkeit als AiP zu der „ärztlichen Tätigkeit“ im Sinne dieser tarifvertraglichen Regelung gehört oder zumindest angerechnet werden kann, nicht einheitlich. Während beispielsweise das ArbG Marburg (Urteil v. 20.01.1995, Az.: 2 Ca 287/94) die Anrechnung ablehnte, vertrat das ArbG Stuttgart (Urteil v. 23.11.1994, Az.: 18 Ca 5394/94) die entgegengesetzte Auffassung.

Mittlerweile hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) zu der Problematik Stellung genommen. In dem Urteil vom 25.09.1996 (Az.: 4 AZR 200/95) hob das BAG die o.g. Entscheidung des ArbG Stuttgart auf und stellte fest, daß die „Tätigkeit als Arzt im Praktikum keine ärztliche Tätigkeit im Sinne der VergGr. I b Fallgruppe 7 BAT/VKA (ist)“.

In den Entscheidungsgründen führt das BAG aus:
„.. Das Adjektiv „ärztlich“ wird synonym zu dem ... Begriff des Arztes verwendet. ... Bei dem Begriff des Arztes handelt es sich um einen feststehenden Begriff des Medizinalrechts ... , das für den ärztlichen Bereich in der Bundesärzteordnung geregelt ist. ... (Die) Berufsbezeichnung (Arzt) darf nur führen, wer als Arzt oder Ärztin ... approbiert ... ist. ... Die Ärzte im Praktikum haben dagegen nur eine Erlaubnis zur auf eine bestimmte Tätigkeit beschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes ... erhalten, nämlich die Ausübung der Tätigkeit eines Arztes im Praktikum.“

Das BAG definiert die ärztliche Tätigkeit im Sinn der tariflichen Eingruppierungsmerkmale als die „nach Erteilung der Approbation als Arzt oder nach Erteilung zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes aufgrund der Bundesärzteordnung in Verbindung mit der Approbationsordnung für Ärzte beruflich als Arzt geleistete Arbeit.“

Da Ärzte im Praktikum aber nicht voll approbiert sind, sondern ihre Tätigkeit nur ein „Teil der für die Vollapprobation erforderlichen Ausbildung“ ist, berücksichtigt das BAG die AiP-Zeit bei der Höhergruppierung nicht.

Nach Auffassung des BAG ist es „unerheblich“, daß die AiP-Zeit nach den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern auf die Zeit der Facharztweiterbildung angerechnet werden kann. Denn „es handelt sich insoweit um von Tarifrecht zu trennendes berufsständisches Kammerrecht, an das die Tarifvertragsparteien nicht gebunden sind.“

****

Hinweis:

Die hier angesprochenen Urteile und Veröffentlichungen können bei Bedarf im Original bei der

BDA Geschäftsstelle / Iustitiare
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg

Tel.: 0911 / 9 33 78 – 17/27
Fax: 0911 – 3 93 81 95
e-mail: BDA.Iustitiare@dgai-ev.de

angefordert werden.