



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand März 2009

- 4 Medizinrecht
 - 4.1 Allgemeine Texte
 - 4.1.5 Zum Einsatz eines gynäkologisch-geburtshilflich tätigen Arztes im Ruf-/Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses
-

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR)

Zum Einsatz eines gynäkologisch-geburtshilflich tätigen Arztes im Ruf-/Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses

AWMF 015/062 (S1)

1. Allgemeine Vorbemerkung

Der BGH verlangt für die ärztliche Kompetenz den „Standard eines erfahrenen Facharztes“ (im folgenden „Facharztstandard“ genannt), der dann gewahrt ist, wenn der Arzt diejenigen Maßnahmen ergreift, die ein ausreichend weitergebildeter und gewissenhaft arbeitender Arzt seines Fachgebietes ergreifen würde (F.J. Pelz in Berg und Ulsenheimer: Patientensicherheit und Arzthaftung. Springer 2006). Die geforderte Sorgfalt der Behandlung orientiert sich daher nicht an den individuellen Kenntnissen und Fähigkeiten des eingesetzten Arztes, sondern am Standard des jeweiligen Gebietes.

Der Facharztstandard ist nicht an den formellen Facharztstatus gebunden (Ausnahme: der aufsichtführende Arzt, BGH VersR 1992, 745, Steffen MedR 1995, 361). Der Facharztstandard kann auch dann erfüllt sein, wenn der behandelnde Arzt, der sich noch in der Weiterbildung befindet, die Behandlung theoretisch und praktisch so beherrscht, wie das von einem Facharzt dieses Fachs erwartet werden muss. Umgekehrt können auch einem Facharzt im Einzelfall die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes fehlen (Pelz a.a.O).

Die entsprechend den Muster-Weiterbildungsordnungen von 1992 bzw. 2003 weitergebildeten Frauenärztinnen und Frauenärzte können diesen Standard nicht automatisch gewährleisten, denn die im Ruf- und Bereitschaftsdienst vom diensthabenden Arzt erwarteten Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen sind in der Weiterbildungsordnung nicht in dem für verantwortliche klinische Tätigkeit erforderlichen Umfang abgebildet. So kann beim Facharzt angesichts des eingeschränkten Operationskataloges der Weiterbildungsordnung nicht zwingend davon ausgegangen werden, dass er den operativen und geburtshilflichen Anforderungen genügt, die an einen klinisch tätigen Facharzt, der selbständig Entscheidungen treffen muss, zu stellen sind.

4.1.5 Zum Einsatz eines gynäkologisch-geburtshilflich tätigen Arztes im Ruf-/Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses

Der vorgesetzte, den Einsatz eines Kollegen planende Arzt darf sich als der für den Einsatz zuständige Organisationsverantwortliche nicht nur auf die Facharzturkunde verlassen. Er muss sich, bevor er einen Arzt ohne Aufsicht alleinverantwortlich operativ oder geburtshilflich tätig werden lässt, von seinen individuellen Fähigkeiten überzeugen. Diese Überzeugung kann sich insbesondere ergeben aus der Weiterbildungszeit unter seiner Aufsicht, daraus, dass er den jungen Kollegen mehrmals unter seiner Assistenz oder der eines erfahrenen Oberarztes operieren lässt, oder aus dem Nachweis entsprechender fakultativer Weiterbildungen bzw. Schwerpunkte. Auf diese Weise ist zu beurteilen, ob der im Bereitschaftsdienst eingesetzte Arzt in der Lage ist, persönlich oder durch rechtzeitige Hinzuziehung eines ausreichend qualifizierten Arztes den geforderten Standard eines „erfahrenen Facharztes“ sicherzustellen.

Davon abzugrenzen ist die Bereitstellung geeigneten Personals zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebs. Leitenden Krankenhausärzten kann in der Regel nicht auferlegt werden, bei personellen Vakanzen für die Einstellung bzw. Bereitstellung fachlich geeigneter Ärzte Sorge zu tragen. Dies ist Aufgabe des Trägers, da leitenden Krankenhausärzten in der Regel keine unternehmerische Personalverantwortung i.S. einer Einstellungs- bzw. Entlassungsbefugnis zukommt.

Allerdings trifft den Leitenden Krankenhausarzt die Pflicht, den Träger auf personelle Engpässe in klarer Form – aus Beweisgründen schriftlich – rechtzeitig und ggf. wiederholt aufmerksam zu machen.

Im Folgenden soll versucht werden, dem für den Einsatz eines Arztes verantwortlichen Dienstvorgesetzten Hilfen zu geben, um den Vorwurf des Organisationsverschuldens zu vermeiden.

2. Konsequenzen für die Praxis

2.1 Assistenzarzt in Weiterbildung

Bei der Einarbeitung eines neuen Mitarbeiters sollte ein Einarbeitungskonzept zugrunde gelegt werden, das zwei wichtige Problempunkte regelt:

- Zum einen sollte dem neuen Mitarbeiter aufgegeben werden, in einem definierten Zeitintervall, das von Klinik zu Klinik variieren dürfte und personenabhängig ist, eine bestimmte Art und Zahl von Eingriffen und Tätigkeiten zu beherrschen, damit in der Einarbeitungszeit tatsächlich diejenigen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die der neue Mitarbeiter benötigt, um eigenverantwortlich eingesetzt zu werden.
- Zum anderen ist es erforderlich, die Fortschritte des neuen Mitarbeiters hinsichtlich der zu erwerbenden Fertigkeiten und Kenntnisse zu überwachen und das Erreichen des Ziels, nämlich die Qualifikation für einen Einsatz im Bereitschaftsdienst oder an anderer verantwortlicher Stelle (z.B. Stationsleitung), zu dokumentieren.

4.1.5 Zum Einsatz eines gynäkologisch-geburtshilflich tätigen Arztes im Ruf-/Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses

Es darf unter Zugrundelegung der Weiterbildungsordnung davon ausgegangen werden, dass der Arzt nach Erlangung der Facharztqualifikation über die im Facharzkatalog niedergelegten Kenntnisse seines Fachgebietes verfügt.

Während der Weiterbildungszeit muss sich der Einsatz innerhalb des Bereitschaftsdienstes an den den ausbildenden Ärzten bekannten Kenntnissen und Fähigkeiten orientieren (Organisationsstatut, Facharzt- oder Oberarztindikationen, Leitlinien der DGGG, Band IV, 1. Auflage, S. 97). Hierbei sind zu berücksichtigen der Ausbildungsfortschritt entsprechend der Weiterbildungsordnung, der im Übrigen (z. B. anhand des von der DGGG entwickelten Logbooks) zu dokumentieren und überprüfen ist, sowie – speziell für den Einsatz im Bereitschaftsdienst - das Vorhandensein von Fähigkeiten zur Erkennung und Versorgung von Notfallsituationen (Schock, Wundversorgung, akuter Bauch, Überwachung und Betreuung postoperativer Patientinnen).

2.2 Facharzt im Hintergrunddienst/Bereitschaftsdienst

Zum Einsatz eines Facharztes im Hintergrunddienst – unabhängig davon, ob es sich um einen im Hause abgeleisteten Bereitschaftsdienst oder einen Rufbereitschaftsdienst handelt - muss der für den Einsatz eines Facharztes zuständige Organisationsverantwortliche, bevor er ihn ohne Aufsicht alleinverantwortlich tätig werden lässt, sich über die Fähigkeit hierzu Rechenschaft ablegen. Über die durch Facharztzeugnis und –qualifikation dargetanen Kenntnisse und Fähigkeiten hinaus muss sich der Organisationsverantwortliche davon überzeugen, dass auch die im Bereitschaftsdienst anfallenden Notsituationen beherrscht werden (vgl. auch Mindestanforderung an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen, Leitlinien der DGGG, Band III, 1. Auflage, Sonstige Texte, S. 295).

2.3 Pflicht des Facharztes zur selbstkritischen Prüfung der eigenen Kompetenz

Auch der Facharzt selbst hat die Pflicht, seine Fähigkeiten und Erfahrungen zu prüfen, um seine Patientin nicht unnötigen Risiken auszusetzen. Soll er zu einer operativen oder geburtshilflichen Tätigkeit eingesetzt werden, die er nicht oder nicht hinreichend sicher beherrscht, ist es nicht nur eine Sache der Zivilcourage, sondern er ist sogar rechtlich verpflichtet, dem Einsatz zu widersprechen, selbst wenn er davon Nachteile für sein Fortkommen befürchten müsste. Da die Patientensicherheit in jedem Fall Klinikbelangen oder Karrierewünschen vorgeht, verlangt der Bundesgerichtshof in seiner richtungsweisenden Entscheidung zur Anfängeroperation sogar, dass ein Arzt, der sich mit seinen Bedenken gegen die Übernahme der Operation bei seinen Vorgesetzten nicht durchsetzen kann, außerdem den Patienten über die Situation unterrichten muss, um ihm Gelegenheit zu geben, seine Einwilligung in die Operation durch einen nicht hinreichend qualifizierten Arzt zu versagen. (BGH-Urteil vom 27.9.1983, BGHZ 88 248 = MedR 1984, 63 = ArztR 1984, 131). Versäumt er das und übernimmt er eine Aufgabe, der er erkennbar nicht gewachsen ist und bei deren Erfüllung die Patientin zu Schaden kommt, trifft ihn der Vorwurf eines Übernahmeverschuldens.

Belegarzt / Belegarztähnliche Tätigkeit

4.1.5 Zum Einsatz eines gynäkologisch-geburtshilflich tätigen Arztes im Ruf-/Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses

Eine andere Fragestellung ergibt sich für den Belegarzt, der in einem Krankenhaus tätig wird. Grundsätzlich sollte er mindestens über die gleichen Qualifikationen verfügen, wie der beschriebene Facharzt im Krankenhaus. Darüber hinaus, und vom Krankenhaus Träger oft nicht erkannt, entstehen besondere Anforderungen durch die Kooperationsnotwendigkeit

- mit Ärzten, die in einem anderen Vertragsverhältnis zum Krankenhaus Träger stehen (angestellte Ärzte anderer Abteilungen wie Anästhesie und Chirurgie),
- mit Hebammen, die dem gynäkologisch-geburtshilflichen Belegarzt häufig nicht unterstellt und selbständig tätig sind,
- mit Krankenhauspersonal, das dem gynäkologisch-geburtshilflichen Belegarzt ebenfalls nicht unterstellt ist,
- mit dem Krankenhaus Träger, der für diese Kooperation und andere Rahmenbedingungen, unter denen der Belegarzt arbeiten muss, zuständig ist.

Hier sind unter der Federführung des Krankenhaus Trägers in Zusammenarbeit mit dem Belegarzt und den mit ihm zusammen arbeitenden Ärzten und Berufsgruppen verbindliche Vereinbarungen zu treffen, die den Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen entsprechen. Hier trifft den Krankenhaus Träger die Organisationsverantwortung (Bergmann / Kienzle, Krankenhaushaftung, 2. Auf., DKVG 2003, Rz. 310; OLG Frankfurt MedR 1995, 75; OLG Stuttgart, NJW 1993, 2384 ff; Laufs, Entwicklungslinien des Medizinrechts, NJW 1997, 1612; Deutsch, Das Organisationsverschulden des Krankenhaus Trägers, NJW 2000, 1746 f).

2.4. Fachübergreifender Bereitschaftsdienst

Der fachübergreifende Bereitschaftsdienst in der Geburtshilfe mit der Folge, dass beispielsweise ein Assistent der chirurgischen Abteilung im Nachtdienst auch für die geburtshilfliche Abteilung zuständig ist, muss abgelehnt werden.

Bezüglich der personellen und strukturellen Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen ist auf die entsprechende Leitlinie der DGGG zu verweisen.

Auch wenn aufgrund finanziell knapper Ressourcen insbesondere kleinere Krankenhäuser einen fachübergreifenden Bereitschaftsdienst einführen und dieser unter bestimmten und sehr engen Voraussetzungen als noch hinnehmbar (Ulsenheimer K. (2005) Haftungsrechtliche Probleme beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst, Deutsche Ges. für Chirurgie 2/05: 126-133) angesehen werden kann, ist dies im Bereich der Geburtshilfe und der Anästhesie rechtlich unzulässig. Der in den Leitlinien geforderte Standard in der Geburtshilfe, kurzfristig auftretende Notsituationen zu erkennen und auf sie rasch zu reagieren, setzt spezifische Fachkenntnisse voraus, die im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst bei fachfremden Ärzten nicht gewährleistet sind.



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand August 2008

Mitglieder der AG Medizinrecht

Juristische Mitglieder:

R. Baur, Hamm
RÄ C. Halstrick, München
Dr. jur. U. Hamann, Celle
Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig
Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle
OStÄ S. Nemetschek, Celle
RA F. M. Petry, Detmold
Dr. jur. R. Ratzel, München
Prof. Dr. jur. E. Schumann, Göttingen
Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, Regensburg
Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer,
München
RA P. Weidinger, München

Medizinische Mitglieder:

Prof. Dr.med. D. Berg, Amberg
Frau Dr. med. G. Bonatz, Bochum
Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen,
Berlin
Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken
Prof. Dr. med. H. Hepp, München
Prof. Dr. med. E.-J. Hickl, Hamburg
Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt
Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim
Prof. Dr. med. K. Renziehausen,
Chemnitz
Prof. Dr. med. T. Schwenger, Dortmund
Dr. med. F. Staufer, Dachau
Prof. Dr. med. A. T. Teichmann,
Aschaffenburg
Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin
Prof. Dr. med. H. Welsch, München
Prof. Dr. med. A. Wischnik, Augsburg