

Fachübergreifender Bereitschaftsdienst

– Lebensgefahr als Folge von Kosteneinsparungen –

Uwe Schulte-Sasse, Heilbronn und Wolfgang Bruns, Karlsruhe¹

Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind für die Patienten lebensgefährlich und führen in die zivilrechtliche und strafrechtliche Haftung, wie das nachfolgend analysierte Strafurteil des Landgerichts Augsburg² unmissverständlich zeigt. Wirtschaftliche Überlegungen können ein Absenken des Facharztstandards nicht rechtfertigen. Notfalls müssen die Arbeitsgerichte angerufen werden, um Gefahren für die Patienten abzuwenden.

Die Finanzkrise der deutschen Krankenhäuser – „Lösungen“

Für Erhalt und Betrieb deutscher Krankenhäuser fehlen Millionen Euro; ein Umstand, der die Betreiber stationärer Einrichtungen unter einen sehr hohen und steigenden Druck setzt, Kosten einzusparen. Zahlreichen insbesondere kleineren Krankenhäusern, nach manchen Schätzungen sogar jedem fünften Krankenhaus, wird die Insolvenz innerhalb der nächsten Jahre prognostiziert³.

Da die Personalkosten mit etwa 70% den größten Anteil an den Gesamtkosten eines Krankenhauses ausmachen, stehen die Reduktion der Personalkosten und der Personalabbau – betriebswirtschaftlich konsequent – im Mittelpunkt aller Sparanstrengungen der Krankenhausträger im Kampf um das ökonomische Überleben ihrer Einrichtungen.

Die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung rund um die Uhr verursacht besonders hohe Personalkos-

ten. Sie wird aber durch die heutige Krankenhausfinanzierung auf der Basis von Fallpauschalen (DRGs) nur unzureichend gegenfinanziert. Die Bemühungen der Krankenhausträger, Personalkosten einzusparen, konzentrieren sich daher fast unvermeidlich auf die besonders kostenaufwändige, unterfinanzierte und damit defizitäre Notfallversorgung. Ein Krankenhausträger, dem es gelingt, das für die Notfallversorgung eingesetzte Personal zu reduzieren, kann deutliche Kosteneinsparungen realisieren.

Gerade bei Einsparungen im Bereich der Notfallversorgung drohen aber große Gefahren für die Patienten. Geplante medizinische Maßnahmen am Tage können verschoben werden, wenn sich herausstellt, dass die Personalausstattung nicht ausreicht. Notfalls kann der Patient in ein anderes Krankenhaus verlegt werden.

Diese Möglichkeiten scheiden aus, wenn ein Notfall nachts oder am Wochenende versorgt werden muss und im Extremfall dann nur wenige Mi-

nuten zur Verfügung stehen, um Schaden von dem Patienten abzuwenden. **Indikator für die Qualität der Patientenversorgung und die Sicherheit der Patienten ist deshalb die Notfallversorgung nachts oder am Wochenende.** Diese wird aber entscheidend durch die hierfür vom Krankenhausträger zur Verfügung gestellte personelle und apparative Infrastruktur geprägt.

Der hohe Druck auf die Krankenhausträger, die Personalkosten im Bereitschaftsdienst zu senken oder wenigstens zu begrenzen, wird wei-

¹ Prof. Dr. Uwe Schulte-Sasse, Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Klinikum Heilbronn; Rechtsanwalt Dr. Wolfgang Bruns, Fachanwalt für Medizinrecht und Arbeitsrecht, Kanzlei für Arzt-Recht, Karlsruhe

² Urteil des Landgerichts Augsburg vom 30.9.2004 - 3 KLS 400 Js 109903/01 = ArztR 8/2005, S. 205-215

³ vgl. z.B. Clade, Harald, Verschärfter Wettbewerb, integrierte Dienstleistung, Deutsches Ärzteblatt, 47/2005, S. B 2729 - B 2730: „Insider“ der Krankenhauswirtschaft, unterstützt durch Unternehmensberater, malen schwarz: In den nächsten Jahren werden 20 bis 25 Prozent aller Krankenhäuser nicht mehr überleben.“

ter verschärft durch das seit dem 1.1.2004 geltende neue Arbeitszeitgesetz. Auch die erneute Verlängerung der ohnehin rechtswidrigen Übergangsfrist des § 25 ArbZG auf den 31.12.2006 verschafft den Krankenhäusern allenfalls einen Aufschub, kann aber nichts daran ändern, dass tausende Ärzte – wenn sie denn auf dem Arbeitsmarkt verfügbar wären – zusätzlich und kostenträchtig eingestellt werden müssten, um die Bereitschaftsdienste gesetzeskonform zu organisieren und Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz zu vermeiden.

Die existentielle Finanzkrise vieler Krankenhausträger schafft zugleich einen Markt für Beratungsfirmen und deren betriebswirtschaftlich konsequente, medizinisch aber häufig katastrophale Lösungsvorschläge.

Den Autoren ist eine renommierte Beratungsfirma bekannt, deren Gutachten einem großen städtischen Krankenhaus der Akutversorgung vorschlug, fachübergreifende Bereitschaftsdienste einzuführen. Mit Ausnahme der Geburtshilfe und der Pädiatrie sollte die Patientenversorgung durch einen klinikübergreifenden und für alle konservativen und chirurgischen Disziplinen einheitlichen Bereitschaftsdienst sichergestellt werden. Die Beratungsfirma hielt es zur Sicherung der fachärztlichen Versorgung und des Facharztstandards lediglich für erforderlich, die Rufbereitschaftsdienste für jedes Fachgebiet weiterhin getrennt zu organisieren.

Solche Vorschläge mögen Personalkosten einsparen und helfen, die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes mit weniger Ärzten einzuhalten. Ihre Realisierung gefährdet aber das Leben der Patienten. Wer fachübergreifende Bereitschaftsdienste einführt, nimmt hierdurch den Tod von Patien-

ten als Folge dieser Organisationsentscheidung in Kauf; Todesfälle die früher oder später, nach der statistischen Wahrscheinlichkeit aber unvermeidlich eintreten werden.

Blutung nach Schilddrüsenoperation – Versorgung durch einen internistischen Assistenzarzt im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst

Das Urteil des Landgerichts Augsburg

Dass fachübergreifende Bereitschaftsdienste für die Patienten lebensgefährlich sind, wird nachdrücklich durch ein Strafgericht des Landgerichts Augsburg illustriert, das nachfolgend nochmals vorgestellt und analysiert wird⁴:

Die Ausgangssituation

Ein Assistenzarzt der Inneren Medizin wird gegen 19:30 Uhr zu einer 64-jährigen Patientin auf die Bettenstation gerufen, weil sie nach der morgendlichen Schilddrüsenoperation „nicht stabil“ erscheint. Grund für diese Einschätzung der Stationschwester war ein auffälliger Blutverlust in die Drainageflaschen. Die Chirurgen hatten morgens bei der Patientin eine Knoten-Struma (Kropf) operativ entfernt. Vor Verschluss der Operationswunde hatten sie zwei Schläuche in das Wundgebiet eingelegt, die durch die Haut nach außen mit je einer Drainageflasche verbunden worden waren. Durch diese Maßnahme sollten Wundsekrete und größere Blutansammlungen (Hämatome) bei Nachblutungen abgeleitet werden.

Bis „gegen Abend“ gab es „keine Besonderheiten“. Jetzt war jedoch so viel Blut in die Drainageflaschen geflossen, dass diese zum wiederholten Male gewechselt werden mussten.

Seit Jahren gab es an diesem kleinen Krankenhaus keine getrennten chirurgischen und internistischen

Bereitschaftsdienste mehr. Fachgebietsübergreifend wurde nur noch ein Assistenzarzt zum Bereitschaftsdienst eingeteilt: entweder aus der chirurgischen oder aus der internistischen Abteilung. Dieser eine Assistenzarzt im Bereitschaftsdienst war zwar im Krankenhaus anwesend. Er hatte aber für alle stationären und ambulanten Patienten des Krankenhauses zu sorgen.

Der Chefarzt der Chirurgie hatte gemeinsam mit den Chefärzten anderer Abteilungen mehrfach auf die Einführung paralleler nach Fachgebieten getrennter Bereitschaftsdienste gedungen – wie es im Urteil heißt „unter tarifrechtlichen Gesichtspunkten“. Die wiederholt vorgebrachten Argumente der Chefärzte konnten die beiden Geschäftsführer jedoch nicht überzeugen. Den Geschäftsführern fehlte – so das Gericht – offenbar die Bereitschaft, getrennte Bereitschaftsdienste einzuführen.

Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind in Deutschland keine Seltenheit und kommen auch an größeren Krankenhäusern vor. Wie oben erwähnt existieren aktuelle Empfehlungen von Krankenhaus-Beratungsfirmen, vermehrt fachübergreifende Bereitschaftsdienste zur Verringerung der Personalkosten einzuführen.

Die Weigerung der beiden Geschäftsführer, getrennte Bereitschaftsdienste für die Chirurgie und die Innere Medizin anzuordnen, war ausgesprochen kostengünstig für dieses Krankenhaus. Da an dem fachübergreifenden Dienst abwechselnd jeweils ein Assistenzarzt der Inneren oder der Chirurgischen Abteilung im Wechsel teilnahm, verminderten sich die jährlichen Kosten für die anfallenden Bereitschaftsdienste naturgemäß von 2 x 365 Diensten auf 1 x 365 Dienste, weil nicht mehr zwei sondern nur noch ein Assistenzarzt im Krankenhaus zu finanzieren waren.

Als Ergebnis dieser von den Geschäftsführern festgelegten und von den Chefärzten erfolglos abgelehn-

4 Urteil des Landgerichts Augsburg vom 30.9.2004 - 3 KLS 400 Js 109903/01 = ArztR 8/2005, S. 205-215

ten Organisation blieb es dem Zufall überlassen, ob ein Internist oder ein Chirurg zu einem internistischen oder chirurgischen Notfall gerufen wurde – typische Konsequenz aus der Organisation eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes.

Die Gewährleistung des Facharztstandards sollte an diesem Krankenhaus durch Fachärzte der Inneren Medizin und der Chirurgie erfolgen, die sich daheim in Rufbereitschaft befanden. Sah sich der Assistenzarzt im Bereitschaftsdienst vor Aufgaben gestellt, für die seine Fachkenntnisse nicht ausreichten, sollte er telefonisch den zu Hause befindlichen chirurgischen oder internistischen Spezialisten alarmieren und ins Krankenhaus beordern, um sich dann von diesem helfen zu lassen.

Die Frage, ob diese „Sicherheitsmaßnahme“ geeignet war, zuverlässig das Überleben der Patientin im Krankenhaus zu sichern, beantworten die weiteren Ereignisse:

Übersehen der Krisensymptome

Nachdem die Krankenschwester den im Bereitschaftsdienst befindlichen Assistenzarzt der Inneren Medizin gerufen hatte, stellte dieser bei seinem Eintreffen gegen 19:30 Uhr fest, dass bei der Patientin gut ein halber Liter Blut in die mehrfach gewechselten Drainageflaschen abgelaufen war.

Vor Gericht sagte der Assistenzarzt später aus, die Drainageschläuche hätten zu diesem Zeitpunkt kein Blut mehr gefördert. Folglich sei er davon ausgegangen, dass die Blutung gestillt gewesen sei.

„Sicherheitshalber“ legte der Assistenzarzt der Inneren Medizin bei der Patientin noch einen zusätzlichen venösen Zugang und begann eine Volumenersatztherapie, um den moderaten Blutverlust bei der blutdruckstabilen Patientin auszugleichen. Außerdem ordnete er an, die Patientin weiter zu beobachten und ihm weitere Wechsel der Drainage-

flaschen unverzüglich mitzuteilen.

Im Urteil wird die Einschätzung des Assistenzarztes wiedergegeben, **„wegen des Stillstandes der Drainagen und des unauffälligen klinischen Eindrucks von der Patientin [sei er sich] subjektiv vollkommen sicher gewesen, dass die Blutung gestillt sei und insofern keinerlei Gefahr bestehe. Er habe nicht im Entferntesten daran gedacht, den chirurgischen Hintergrunddienst einzuschalten.“**

Der internistische Assistenzarzt im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst war daher überzeugt, der gesundheitliche Zustand der Patientin sei stabil. Er habe alles momentan Erforderliche richtig veranlasst und könne deshalb die Patientin verlassen, um sich dringenden medizinischen Dokumentationsarbeiten bei einem ambulanten Patienten zu widmen.

Aufgaben und Kenntnisse eines Chirurgen

Angesichts einer Blutung, bei der bereits mehrfach Drainageflaschen vollliefen und dann gewechselt werden mussten, kommen erfahrene Chirurgen, die täglich Operationen an der Schilddrüse durchführen, zu einer völlig anderen Gefahreinschätzung als der internistische Assistenzarzt im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst⁵.

Um 19:30 Uhr, als der internistische Assistenzarzt zu der Patientin gerufen wurde, wäre es für die Sicherung einer ausreichenden Sauerstoffversorgung des Gehirns der Patientin entscheidend gewesen, SOFORT eine intensive fachärztliche Behandlung der Kranken zu beginnen.

Röher schreibt, dass der Chirurg nach Schilddrüsenoperation auf Komplikationen vorbereitet sein müsse. Das Spektrum der Komplikationen reiche von harmlosen Unterblutungen in die Haut „bis hin zu lebensbedrohenden Blutungen aus der *arteria thyroidea superior*“. Als chi-

urgischer Spezialist führt er hierzu aus: „Blutungen im Schilddrüsenbett (also im Bereich, wo der operativ entfernte Kropf gewesen war) sind prinzipiell UMGEHEND revisionsbedürftig, da sie durch Druckerhöhung auf die Trachea (Luftröhre) zu SCHNELL einsetzender Larynx- (Eingang zur Luftröhre) Schwellung und damit zur Gefahr der Asphyxie (Ersticken) beitragen.“⁶

Die Katastrophe

Eine knappe halbe Stunde nachdem die Stationschwester den internistischen Assistenzarzt zu der Patientin gerufen hatte, wurde diese vielfach publizierte chirurgische Gefahreinschätzung bittere klinische Wirklichkeit. Der Assistenzarzt hatte seinen Brief für den ambulanten Patienten fast fertig geschrieben, als er per Notfallpiepser zu der Patientin gerufen wurde.

„Die Patientin saß mit blau angelaufenem Gesicht und geweiteten Pupillen in verkrampfter Haltung nach vorn gebeugt, rang nach Luft und war bereits dem Ersticken nahe, weil die bestehende Nachblutung zwischenzeitlich massiv zugenommen hatte, sodass das im Halsbereich gestaute Blut ihre Luftröhre zusammendrückte“.

Die weiteren Ereignisse beschreibt der Urteilstext wie folgt: Da der herbeigerufene internistische Assistenzarzt „nunmehr die Gefahr einer Sauerstoffunterversorgung des Gehirns der Patientin erkannte, entschied er sich ... die Patientin selbst zu intubieren. Unmittelbar anschließend ließ

⁵ Zur Klarstellung wird noch darauf hingewiesen, dass die im Urteil kurz abgehandelte präoperative ASS-Medikation zwar eine zeitliche Verlegung der Operation erfordert hätte. Nach Durchführung der Operation spielte sie aber keine Rolle mehr für die zentrale Problematik des Falls: das Übersehen der Lebensgefahr, die von einer Blutung in die Halsweichteile ausging. Folglich wird die Problematik der präoperativen ASS-Medikation als bloßer Nebenaspekt von den Autoren nicht näher dargestellt.

⁶ Röher HD, Goretzki PE, Hellmann P, Witte J. (1999) Risiken und Komplikationen der Schilddrüsenchirurgie. *Chirurgie* 70: 999-1010

er die Patientin auf die Intensivstation bringen.“

Auf der Intensivstation hatte die Patientin einen Herzstillstand sowie eine noch immer bedrohliche Sauerstoffunterversorgung – die Hautfarbe der Patientin wird als „cyanotisch“ (Blauverfärbung) beschrieben. Angesichts der Cyanose prüfte die diensthabende Anästhesistin die richtige Tubuslage. Im Urteilstext heißt es hierzu: „Dabei stellte sie fest, dass der Tubus sich in der Speiseröhre statt in der Luftröhre befand, zog ihn heraus und intubierte anschließend nochmals tracheal.“ Nach der erneuten Intubation war die Sauerstoffsättigung mit 99% wieder normal.

„Um 20:02 Uhr trat bei der Patientin Herzstillstand ein. Aufgrund eingeleiteter Reanimationsmaßnahmen begann ihr Herz um 20:26 Uhr wieder zu schlagen. Etwa um 20:15 Uhr war der chirurgische Oberarzt Dr. X zu Hause vom Zustand der Patientin verständigt worden. Nach seinem Eintreffen im Krankenhaus wurde die Patientin zwischen 20:45 Uhr und 20:50 Uhr in den Operationssaal transportiert. Anschließend führte Dr. X die Revisionsoperation durch. Als Ursache des vorangegangenen Blutverlustes ergab sich dabei eine Blutung aus einem arteriellen Gefäß im Schilddrüsenbett, der so genannten *arteria thyroidea superior*.“

In seinem Operationsbericht beschreibt der aus der Rufbereitschaft herbeigerufene chirurgische Oberarzt, dass aus der am Morgen abgebundenen Schilddrüsen-Schlagader (*arteria thyeroidea superior*) Blut spritzte, mit der Folge, dass ein großer Bluterguss sich in den Halsweichteilen ausgebreitet hatte. Es war diese Schwellung, die die oberen Luftwege verlegte und die Patientin hatte ersticken lassen: „Notruf auf Zimmer ..., Pat sitzend, nach Luft ringend am Bettrand vorgefunden. Pat zusammengesackt, keine Antwort auf Anruf. Keine Atmung“.

Im Bericht des chirurgischen Oberarztes findet sich die Eintragung, dass er – von zu Hause ins Krankenhaus gerufen – die Patientin mit „massiv geschwollenen Halsweichteilen“ vorgefunden habe. Es fiel ihm zusätzlich auf, „dass das Abdomen sehr gebläht wirkt“.

Die Beobachtung eines aufgeblähten Bauches kann die anfängliche Wirkungslosigkeit der Wiederbelebungsbemühungen erklären – es dauerte von 20:02 Uhr bis 20:26 Uhr, bis der Kreislauf der Patientin wiederhergestellt werden konnte:

Angesichts der massiv geschwollenen Halsweichteile war die Intubation der Patientin ganz erheblich erschwert, mit der Folge, dass der internistische Assistenzarzt den Atemschlauch bedingt durch die Schwellung der Halsweichteile und die unzureichende Sicht auf die Stimmritze (Eingang der Luftröhre) vermutlich nicht in die Trachea, sondern in die Speiseröhre geschoben hatte. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass der ursprünglich korrekt platzierte Tubus nur knapp in die Luft-röhre vorgeschoben werden konnte und dann wieder aus der Luftröhre heraus in die Speiseröhre zurückrutschte.

Ob der Tubus von dem internistischen Assistenzarzt falsch platziert worden war oder ob er während des Transports der Patientin zur Intensivstation aus korrekter Position in die Speiseröhre verrutschte, blieb vor Gericht ungeklärt. Jedenfalls ist als Ergebnis festzuhalten, dass durch die von dem internistischen Assistenzarzt eingeleiteten Rettungsversuche Luft bei der Beatmung statt in die Lunge in den Magen und die Därme geblasen wurde – mit der beschriebenen Folge eines „sehr geblähten“ Abdomens und massiver irreversibler Gehirnschäden infolge der Sauerstoffmangelversorgung des Gehirns während 20 Minuten.

Die Folgen dieses hypoxischen Hirnschadens der Patientin werden

in dem Urteil des Landgerichts Augsburg wie folgt beschrieben: „Sie befindet sich seither in einem dauerhaften Wachkoma. Die Patientin kann sich weder bewegen noch in irgendeiner Form mit der Außenwelt kommunizieren. Es besteht keine Aussicht auf Besserung ihres Zustandes.“

Im Abschlussbericht eines Therapie-zentrums heißt es zum Zustand der Patientin: „Das gegenwärtige Zustandsbild eines Wachkomas mit spastischer Tetraparese (Lähmung aller vier Extremitäten), Dysphagie (Unfähigkeit zum Schlucken) und Inkontinenz (Verlust der Kontrolle über Blase und Enddarm) zeigte trotz intensiver rehabilitativer Bemühungen keine wesentliche Besserungstendenz. Es ist davon auszugehen, dass der gegenwärtig vorliegende Zustand einem Dauerschaden in vollem Umfang entspricht.“

Vor der Operation war die 64-jährige Patientin ihrer Tochter auf dem Bauernhof bei der Betreuung der drei Enkelkinder eine tatkräftige Unterstützung.

Die fehlende Bereitschaft der beiden Geschäftsführer, parallele Bereitschaftsdienste für Chirurgie und Innere Medizin anzuordnen, hatte Konsequenzen für den Krankenträger – es konnten Personalkosten eingespart werden. Aber auch für die 64-jährige Patientin, die in dem Krankenhaus operiert worden war, hatte der fachübergreifende Bereitschaftsdienst Konsequenzen – eine schwere irreversible Hirnschädigung.

Allgemeinmedizinisches Wissen jedes approbierten Arztes ausreichend für den Bereitschaftsdienst?

In einem schon 1981 ergangenen Urteil zur Krankenhausfinanzierung schreibt der Bayerische Verwaltungsgerichtshof wörtlich: „Aufgabe des Bereitschaftsdienstes ist es ja NICHT, eine intensive fachärztlich Behand-

ner lebensbedrohlichen Blutung nach Schilddrüsenoperation gehört nicht zu den typischen Aufgaben eines Internisten. Folglich finden sich in den internistischen Lehrbüchern wie z.B. „Harrison's Principles of Internal Medicine“, DEM Standardwerk der Inneren Medizin, keine Ausführungen dazu, wie ein Patient vor dem Ersticken zu retten ist, bei dem eine Blutung aus der *arteria thyroidea superior* auftritt.

Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum Facharztstandard

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen muss auch der Nachtdienst, Wochenenddienst und Notfalldienst im Akutkrankenhaus so organisiert werden, dass für den Patienten jederzeit der medizinische Standard eines Facharztes gewährleistet ist. Der zivilrechtliche Facharztstandard gilt rund um die Uhr, an 365 Tagen im Jahr und für jede am Krankenhaus vertretene Disziplin.¹³

Gleiches gilt unter strafrechtlichen Gesichtspunkten. Der zivilrechtliche und der strafrechtliche Facharztstandard unterscheiden sich nicht¹⁴.

Vor dem Hintergrund des tragischen vor dem Landgericht Augsburg abgehandelten Falles ist nüchtern festzuhalten, dass der vom BGH geforderte Facharztstandard durch den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst an diesem Krankenhaus KEINESFALLS sichergestellt war.

Obwohl lediglich eine Routineoperation durchgeführt worden war und obwohl „nur“ eine für diese Routineoperation typische Komplikation auftrat, reichte der Behandlungsstandard dieses Krankenhauses während des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes dennoch nicht aus, um die Patientin vor dem Hirntod zu schützen.

Mit dem vorgestellten Fall wird überzeugend deutlich, dass fachübergreifende Bereitschaftsdienste lebensgefährlich und damit aus medizinischer und juristischer Sicht abzulehnen sind.

Bereits 1998 – zwei Jahre vor dem Hirntod der Patientin – brachten die Delegierten des 101. Deutschen Ärztetages diese Sicht unmissverständlich in der folgenden Entschließung zum Ausdruck: „Die Einrichtung von fachübergreifenden ärztlichen Bereitschaftsdiensten in Krankenhäusern stellt einen wesentlichen Rückschritt in der Qualität ärztlicher Versorgung dar und ist für unsere Patienten UNZUMUTBAR“¹⁵ – eine Sicht der sich die beiden Geschäftsführer des Krankenhauses nicht hatten anschließen wollen.

Das Landgericht Augsburg zum Facharztstandard

Das Urteil des Landgerichts Augsburg stimmt mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und der Entschließung des 101. Deutschen Ärztetages überein. Anders als die zitierten Verwaltungsgerichte waren die Augsburger Strafrichter davon überzeugt, dass erste Hilfsmaßnahmen auf der Basis von „Grundkenntnissen des jeweiligen Fachgebietes“ keinesfalls ausreichen, um eine Patientin zu retten, wenn nach einer Schilddrüsenoperation eine Blutung auftritt. Sie forderten „geeignete organisatorische Vorkehrungen für eine gefahrenadäquate postoperative ärztliche Versorgung auch während der Bereitschaftsdienstzeiten“.

Beraten durch einen chirurgischen

Gutachter führt das Landgericht Augsburg in seinem Urteil aus, das Bestehen der Nachblutung sei bereits um 19:30 Uhr erkennbar gewesen, als der internistische Assistenzarzt das erste Mal hinzugezogen wurde. Der Assistenzarzt sei als Internist jedoch „auf dem für ihn fachfremden Gebiet postoperativer Komplikationen nach einer Schilddrüsenoperation überfordert gewesen“. Ein Chirurg hätte nach Auffassung des Landgerichts Augsburg bei einem Blutverlust von 500 ml „ohne weiteres Großalarm ausgelöst“. Bei einem Blutverlust dieses Umfangs hätte bereits um 19:30 Uhr „die sofortige Rückverlegung der Patientin auf die Intensivstation und eine sofortige Intubation veranlasst werden müssen“.

Dass die Drainagen um 19:30 Uhr bei der Patientin kein Blut mehr transportierten, sei – anders als von dem internistischen Assistenzarzt angenommen – „gerade kein Grund zu der Annahme gewesen, dass keine akute Nachblutung mehr bestehe“. „Für einen Chirurgen wäre dies ... eher ein zusätzliches Alarmsignal gewesen“. Dass ein mit den Besonderheiten dieser postoperativen Komplikation nicht vertrauter Internist insofern falsche Schlüsse ziehe, da die Blutung in gewisser Weise verschleiert gewesen sei, könne jedoch nachvollzogen werden. Die Reaktion des Assistenzarztes zeige, dass er sich der besonderen Dynamik einer solchen Nachblutung als Internist nicht bewusst gewesen sei. Begründet sei dies in mangelnden fachspezifisch-chirurgischen Kenntnissen. Dass ein fachfremder Arzt das Bestehen einer solchen Blutung unter Bedingungen wie den hier gegebenen verkennt, sei absehbar gewesen, da dafür fachspezifische Kenntnisse erforderlich gewesen wären, die über das bei jedem approbierten Arzt vorauszusetzende allgemeinmedizinische Wissen hinausgehen.“

In einem Kommentar zu dem Urteil des Landgerichts Augsburg

13 Ulsenheimer K. (2005) Haftungsrechtliche Probleme beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie - Mitteilungen 2/05: 126-133

14 Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 3. Auflage 2003, § 1, Rz. 18, 20; objektiv-typisierender Sorgfaltsmaßstab. Im Strafrecht muss auf der Schuldebene noch zusätzlich die individuelle Vorwerfbarkeit geprüft werden. Da der Tatvorwurf unter dem Gesichtspunkt des Übernahmeverschuldens aber auch vorverlagert werden kann, bestehen im Ergebnis praktisch keine Unterschiede zwischen Haftpflichtrecht und im Strafrecht.

15 www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztag/101_DAET/Inhaltsv/iv_7.html

16 Ulsenheimer, K. (2005), Haftungsrechtliche Probleme beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie - Mitteilungen 2/05: 126-133

schreibt Ulsenheimer¹⁶: „Beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst mag zwar ein in seinem Fach erfahrener Arzt tätig sein, aber im fremden Fachgebiet hat er mit Sicherheit keine große Praxis, sondern nur Grundkenntnisse. Deshalb ist er in diesem Bereich einem unerfahrenen Arzt gleichzustellen, sodass beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst ein besonderes Risiko gegeben ist, dass nämlich der in seinem Fachgebiet qualifizierte, gewissenhafte Arzt den rufbereiten Hintergrundarzt des fremden Fachgebietes nicht rasch genug herbeiholt, weil er die auftretende medizinische Komplikation nicht oder nicht schnell genug erkennt.“ Ulsenheimer betont in diesem Zusammenhang weiter, dass die oben erwähnten Urteile der Verwaltungsgerichte vorwiegend fiskalisch-finanzielle Erwägungen angestellt, die haftungsrechtliche Seite des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes dagegen außer Acht gelassen hätten.

Die verhängten Sanktionen

Der internistische Assistenzarzt

Zwar kann dem internistischen Assistenzarzt ein „Augenblicksversagen“ in der Krisensituation und zusätzlich ein Übernahmeverschulden vorgeworfen werden, weil er den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst nicht verweigerte, obwohl er dessen chirurgischen Anforderungen – vorhersehbar – nicht gewachsen war. Die Strafrichter des Landgerichts Augsburg sahen dennoch von einer Verurteilung des internistischen Assistenzarztes ab und stellten das Strafverfahren gemäß § 153 a StPO gegen Zahlung einer Geldauflage in Höhe von 3.000 Euro ein. Diese strafrichterliche Milde berücksichtigt zu Recht, dass der internistische Assistenzarzt sich letztlich nicht aussuchen konnte, unter welchen Bedingungen er tätig wurde.

Die Geschäftsführer

Gegen die beiden Geschäftsführer, denen „offenbar die Bereitschaft fehlte, parallele Bereitschaftsdienste einzuführen“, war von der Staatsanwaltschaft zwar ein Ermittlungsverfahren angestrengt worden. Sie wurden aber überhaupt nicht zur Verantwortung gezogen, weil sie sich erfolgreich darauf beriefen, dass ihnen die besonderen medizinischen Gefahren bei fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten nicht bewusst gewesen seien.

Folglich wurden die ökonomischen Gründe, die die Geschäftsführer des Krankenhauses veranlasst hatten, einen fachübergreifenden Bereitschaftsdienst einzuführen, vom Landgericht Augsburg genauso wenig berücksichtigt wie die sozialrechtlichen und verwaltungsrechtlichen Restriktionen der Krankenhausfinanzierung.

Dieses Ergebnis ist unbefriedigend, aber typisch¹⁷. Die Anordnung eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes erfolgte gegen das mehrfache ausdrückliche Votum der Chefärzte, nur aus pekuniären Gründen und nur weil die beiden Geschäftsführer in der Krankenhaushierarchie ihren Willen durchgesetzt hatten. Der vorliegende Artikel hat daher auch den Zweck, als Argumentationsmittel gegenüber Geschäftsführern zu wirken, denen „offenbar die Bereitschaft fehlt, parallele Bereitschaftsdienste einzuführen“, diese damit „bösgläubig“ zu machen und als Hauptverantwortliche für Organisationsentscheidungen im Krankenhaus in den Focus von Staatsanwaltschaften und Strafgerichten zu rücken.

Da der Eintritt weiterer Medizinkatastrophen angesichts der weiten Verbreitung von fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten und der zunehmenden Verschlechterung der Behandlungsstandards aus wirtschaftlichen Gründen nur noch eine Frage der Zeit sein kann, sollte die

hieraus resultierende zivil- und strafrechtliche Haftung auch von denen getragen werden, die die Verantwortung für die Bereitstellung der personellen und apparativen Ressourcen tragen.

Der chirurgische Chefarzt

Zu einer völlig anderen Einschätzung als bei den beiden Geschäftsführern gelangten die Augsburger Richter bei dem ebenfalls angeklagten Chefarzt der Chirurgie: Es „sei absehbar gewesen, dass ein fachfremder Arzt das Bestehen einer solchen Blutung unter Bedingungen wie den hier gegebenen verkennt“. Da aber durch den Einsatz eines noch unerfahrenen Arztes kein erhöhtes Risiko für den Patienten entstehen darf und dieser Grundsatz für Tag-, Nacht- und Wochenenddienste gleichermaßen gilt¹⁸, verurteilte das Landgericht Augsburg den Chefarzt der Chirurgie trotz mildernder Strafzumessungserwägungen¹⁹ wegen fahrlässiger Körperverletzung (§ 229 StGB) zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen. Das Urteil ist rechtskräftig.

Vorrang von Strafrecht und Arzthaftungsrecht gegenüber ökonomischen Erwägungen

Der vorliegende Fall zeigt deutlich, dass der Kampf der Krankenhäuser um ihr ökonomisches Überleben Le-

¹⁷ ausführlich zu der Problematik: Bruns, Persönliche Haftung des Geschäftsführers für Organisationsfehler, *ArztR* 3/2003, S. 60 - 66

¹⁸ Feifel E. (2003) Fachübergreifende Organisation und fachübergreifender Bereitschaftsdienst - haftungsrechtliche Aspekte. *GesR* 9/2003: 259-264

¹⁹ Einzige Fehlleistung in einer ansonsten makellosen 34-jährigen Tätigkeit; zusätzliche Belastung des Chefarztes seit dem Tag des Unglücks bis zu seiner Verurteilung 4½ Jahre später durch die Presseberichterstattung der Lokalzeitungen vor und während des Prozesses. Der Tag der Urteilsverkündung fiel mit dem Tag der Ruhestandsversetzung des angeklagten Chefarztes zusammen. Hierzu merken die Richter in ihrem Urteil an, „dass „hierdurch in besonderem Maße ein Schatten auf die ansonsten erfolgreiche Berufslaufbahn des Angeklagten als Arzt fällt“.

ben und Gesundheit der Patienten gefährden kann. Zudem existiert ein erhebliches arbeitsrechtliches Konfliktpotential für die betroffenen Ärzte, wenn diese sich im Interesse ihrer Patienten gegen fachübergreifende Bereitschaftsdienste aussprechen, ihren Krankenhaus-Geschäftsführern aber „offenbar die Bereitschaft fehlt, parallele Bereitschaftsdienste einzuführen“.

Ergebnis derartiger Konflikte ist allzu häufig die Absenkung des Facharztstandards, im Fall des Landgerichts Augsburg durch Einrichtung eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes²⁰.

Rechtspolitisch konsequent wird in diesem Zusammenhang die Forderung erhoben, eine zivil- und strafrechtliche Haftung der handelnden Ärzte in Fällen zu verneinen, in denen eine Behandlungskatastrophe nur deshalb eintrat, weil der medizinisch erforderliche Facharztstandard nicht mehr zur Verfügung gestellt wurde. Wenn – wie vorliegend – eine Schädigung des Patienten auf einem fachübergreifenden Bereitschaftsdienst beruhe, ein nach Fachgebieten getrennter Bereitschaftsdienst aber nicht mehr finanzierbar sei, dürften die handelnden Ärzte für dieses Versäumnis nicht haftbar gemacht werden²¹.

Rehm und Peter führen hierzu aus: „Absenken des Facharztstandards ... bedeutet zwangsläufig eine Risikohöherung, somit aber mit absoluter Si-

cherheit höhere Komplikationsraten und damit Todesfälle. Die erhöhte Zahl an Komplikationen ist dabei, um es noch einmal klar und unmissverständlich auszudrücken, keineswegs ein Horrorszenario, sondern die sicher zu erwartende Konsequenz, die sich aus der Reduktion von Standards ergibt.“²²

Diese zu erwartende Konsequenz ist im Fall des Landgerichts Augsburg bittere Wirklichkeit geworden.

„Die rechtliche Verantwortung darf nicht der Arzt als Individuum tragen, der in dieser düsteren Zukunft ja in einer von der Gesellschaft vorgegebenen Infrastruktur arbeiten muss, die die [notwendigen] Mittel gar nicht mehr zur Verfügung stellt“²³.

Die Realität vor den deutschen Gerichten ist anders. Kein Straf- oder Zivilgericht hat bis jetzt eine Absenkung des Facharztstandards aus ökonomischen Erwägungen akzeptiert.

Im dem heute an deutschen Krankenhäusern ausgetragenen Konflikt „Wirtschaftlichkeit vs. Überleben im Krankenhaus“ stellten sich die Richter des Landgerichts Augsburg kompromisslos an die Seite der Patienten und entschieden entsprechend den Vorgaben der BGH-Rechtsprechung²⁴: Im Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlichen Überlegungen und der Einhaltung des gebotenen medizinischen Standards – hier des Facharztstandards während des Bereitschaftsdienstes – muss

dem gebotenen medizinischen Standard der Vorrang eingeräumt werden. „Die Sicherheit des Patienten“ geht „allen anderen Gesichtspunkten vor“²⁵.

Da sich ein personell unzureichender und damit lebensgefährlicher Bereitschaftsdienst durch den Hinweis auf eine fehlende Gegenfinanzierung im Krankenhausbudget oder den zugrundeliegenden DRGs nicht rechtfertigen lässt, wäre es Aufgabe des Chefarztes der Chirurgie gewesen, gegenüber der Geschäftsführung des Krankenhauses geltend zu machen, dass „wirtschaftliche Überlegungen die Bereitstellung zweier paralleler Bereitschaftsdienste rund um die Uhr nicht verhindern dürfen, soll nicht das Leben und die Gesundheit der Patienten gefährdet werden.“²⁶

Das kompromisslose Einstehen der Zivil- und Straferichte für die Patientensicherheit – unter völligem Ausblenden der ökonomischen Wirklichkeit im DRG-Klinikalltag – haben die Augsburger Richter übersetzt in die Aussage, wonach eine „am Maßstab höchstmöglicher Patientensicherheit orientierte Organisation der ärztlichen Versorgung eine Kernaufgabe des Chefarztes darstelle.“

Die Justitiare des HNO-Berufsverbandes betonen in diesem Zusammenhang²⁷, dass die Rechtsprechung eine Minderung des Facharztstandards außerhalb der üblichen Dienstzeiten nicht akzeptieren wird. Insbe-

20 Entsprechendes gilt für Bestrebungen zur Wiedereinführung von Parallelnarkosen und Schwesternnarkosen trotz der eindeutigen Urteile des BGH (BGH ArztR 1974, 332 = NJW 1974, 1424 ; BGH ArztR 1983, 64 = NJW 1983, 1374) und einer klaren Entschließung „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie“ des BDA; „Ablauf-Optimierungen“ bei ambulanten Operationen, bei denen eine qualifizierte Nachsorge in der Aufwachphase aus wirtschaftlichen Erwägungen unterbleibt usw.

21 Rehm M., Peter K. (2004) Passen wirtschaftliches und ärztliches Handeln zusammen? Anaesthesist 53: 605-606

22 Rehm M., Peter K., a.a.O.

23 Rehm M., Peter K. a.a.O.

24 Vgl. etwa BGH, Urteil vom 16.5.2000, VI ZR 321/98 = NJW 2000, 2737 = KM in ArztR 2001, 25; „Die vorgetragene ... Gesichtspunkte - Beanspruchung des Erstbeklagten durch eine andere entbindende Patientin, Belegung beider Operationssäle, zu lange Dauer der Durchführung einer Sectio im nicht belegten Unfall-OP, keine verfügbaren OP-Schwestern - sind bereits ... erörtert worden ... Da ... der Arzt dem Patienten eine Behandlung nach dem jeweils zu fordernden medizinischen Standard schuldet, muss er grundsätzlich diejenigen Maßnahmen ergreifen, die von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs vorausgesetzt und erwartet werden. Infolge dieser Objektivierung des Fahrlässigkeitsbegriffs kann es sich im Allgemeinen nicht auswirken, ob steuerbare räumliche oder personelle Engpässe die vom Standard

her gebotene Behandlung erschwert haben.“

OLG Stuttgart, Urteil vom 31.10.1996 - 14 U 52/95 - = AHRS II 2070/106; „Der Beklagte kann sich schließlich nicht darauf berufen, ‚er sei ja lediglich Bereitschaftsarzt im Sonntagsdienst gewesen.‘ Für Eil- und Notfälle kann der Standard nur dort herabgesetzt werden, wo eine sorgfältige Organisation und Vorbereitung für sie nicht vorsorgen kann.“

25 BGH, Urteil vom 30.11.1982, VI ZR 77/81 = ArztR 1983, 64 = NJW 1983, 1374-1378 (Parallelnarkosen).

26 so die Formulierung in der Anklage der Staatsanwaltschaft

27 Walter O., Wienke A. (2003) Probleme des fachübergreifenden Bereitschaftsdienst. HNO Informationen 4/2003: 13-14

sondere Weise die Rechtsprechung das Argument wirtschaftlicher Notwendigkeiten oder Zwangslagen grundsätzlich zurück; in derartigen Fällen werde vielmehr postuliert, dass die jeweilige Klinik solche Leistungen nicht mehr anbieten darf, bei denen auf Grund ökonomischer Zwänge der Facharztstandard nicht mehr vorgehalten werden kann.

Scheinlösungen

Die Richter am Landgericht Augsburg hatten in ihrem Urteil Maßnahmen erwogen, durch welche die Patientin auch bei Aufrechterhaltung eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes zwischen Chirurgie und Innerer Medizin hätte gerettet werden können. Diese Vorschläge wurden umgehend von interessierter Seite in eine Rechtfertigung fachübergreifender Bereitschaftsdienstes uminterpretiert. So informierte die Hessische Krankenhausgesellschaft ihre Mitgliedskrankenhäuser über das Urteil des Landgerichts Augsburg unter der irreführenden Überschrift: „Fachübergreifender Bereitschaftsdienst grundsätzlich zulässig“²⁸.

Tatsächlich erwog das Landgericht Augsburg in seinem Urteil – bezogen auf den konkreten Fall der Blutung nach Schilddrüsenoperation an einem kleinen Krankenhaus – die folgenden „Gegenmaßnahmen“, deren Realisierung nach Auffassung des Landgerichts Augsburg dazu geführt hätte, dass die bestehende Nachblutung „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit rechtzeitig erkannt“ und „der Hirnschaden der Patientin ausgeblieben wäre“:

Nach Auffassung des Landgerichts Augsburg hätte der Chirurgische Chefarzt bei Aufrechterhaltung eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes wahlweise eine der folgenden Anordnungen treffen müssen:

1) Schilddrüsen-Patienten verbleiben während der ersten 24 Stun-

den nach der Operation auf der Intensivstation.

2) Schilddrüsen-Operationen werden nur an Tagen durchgeführt, an denen ein Chirurg Bereitschaftsdienst hat.

3) Fachfremde Ärzte im Bereitschaftsdienst werden „in geeigneter Form“ darin unterwiesen, das Bestehen solcher Nachblutungen zu erkennen.

Die ersten beiden Vorschläge des Landgerichts Augsburg würden den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst aufheben. Sie können daher nicht dazu verwendet werden, den Einsatz internistischer Assistenzärzte bei der Versorgung chirurgischer Patienten im Bereitschaftsdienst zu rechtfertigen.

Durch die Umsetzung des ersten Vorschlags wären zwar Patienten nach Schilddrüsen-Operationen geschützt. Ungeschützt blieben dagegen alle anderen chirurgischen Patienten, sobald diese außerhalb der Intensivstation plötzlich eine „fachfremde“ Komplikation entwickeln, mit der der internistische Assistenzarzt „zuvor noch nie in Berührung gekommen war“.

Nach dem zweiten Vorschlag würden Schilddrüsen-Operationen nur an Tagen vorgenommen, an denen chirurgische Assistenzärzte im Krankenhaus Bereitschaftsdienst haben. Die Umsetzung dieses Vorschlages würde schon daran scheitern, dass die auf diese Weise begrenzten Operationstage angesichts von Urlaub, Krankheit, Freischichten und sonstigen Abwesenheitszeiten der Abteilungsärzte niemals sinnvoll in einem Dienstplan festgelegt werden könnten. Im Übrigen würden die Gefahren für die Patienten bleiben: Zwar wäre für die elektiv operierten chirurgischen Patienten nun ein chirurgischer Assistenzarzt verfügbar. Der fachübergreifende Bereitschaftsdienst wäre damit aufgehoben. Gefährdet blieben aber die internistischen Patienten, sofern bei diesen

Probleme auftauchen, mit denen die chirurgischen Assistenzärzte überfordert wären, weil ihnen fachspezifische internistische Kenntnisse fehlen. Zudem hätten alle chirurgischen Notfälle nach wie vor nur eine 50% Chance auf einen chirurgischen Bereitschaftsdienst.

Schließlich entspricht es auch nicht der Wirklichkeit im Klinikalltag – analog zu dem Vorschlag, nur an den Tagen Schilddrüsen-Operationen vorzunehmen, an denen chirurgische Assistenzärzte Bereitschaftsdienst haben – nun auch Patienten mit Brust- oder Bauchschmerzen nur an solchen Tagen aufzunehmen, an denen internistische Assistenzärzte im Krankenhaus Bereitschaftsdienst haben, um so diese internistischen Patienten vor differentialdiagnostischen Defiziten der chirurgischen Assistenzärzte zu schützen.

Der dritte Vorschlag lässt sowohl die Sicherheit der Patienten als auch die Krankenhausrealität außer Acht. Assistenzärzte verfügen nur über einen befristeten Arbeitsvertrag und befinden sich in einem strukturierten Weiterbildungsprogramm. Weiterbildung in einem fachfremden Gebiet werden die meisten Ärzte mit Blick auf ihr angestrebtes Weiterbildungsziel als vergeudeteten (Zeit-) Aufwand betrachten (müssen).

Dem internistischen Chefarzt und dem chirurgischen Chefarzt wird es folglich kaum gelingen, die fachfremden Assistenzärzte – wie ihre eigenen Assistenzärzte – zeitlich so ausreichend in den eigenen Klinikbetrieb einzubinden, dass diese am Tag die Kenntnisse erwerben, die notwendig sind, um in der Nacht den Facharztstandard des fremden Fachgebiets auch im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst sicherzustellen.

²⁸ Hessische Krankenhausgesellschaft e.V. (2005) Fachübergreifender Bereitschaftsdienst grundsätzlich zulässig. Rundschreiben 89/2005: 1-5

Im Ergebnis bliebe der Versuch, den dritten Vorschlag des Landgerichts Augsburg umzusetzen und fachfremde Assistenzärzte in den Komplikationen (und zwar allen!) des eigenen Fachgebietes zu unterweisen, unvermeidlich mit einer Gefährdung der Patienten und einem bedeutenden Haftungs- und Bestrafungsrisiko verbunden; ein Risiko, dass weder von den Assistenzärzten noch von den beteiligten Chefärzten und ihren Oberärzten getragen werden kann, die im Rufbereitschaftsdienst für die fachfremden Assistenzärzte und deren Bereitschaftsdienste eintreten müssen.

Bei der nächsten Behandlungskatastrophe dürfte sich der fachfremde Assistenzarzt dann erneut damit verteidigen, die dann eingetretene Komplikation sei für ihn fachfremd, er sei mit ihr noch nie in Berührung gekommen und mit deren Diagnostik und Behandlung auch noch nicht vertraut gemacht worden. Dem Chefarzt dürfte dann erneut vorgehalten werden, dass es für ihn „absehbar“ gewesen wäre, dass ein fachfremder Arzt das Bestehen dieser speziellen Komplikation verkennt“.

Festzuhalten ist damit, dass der Vorschlag der Augsburger Richter „dass fachfremde Bereitschaftsdienstärzte in geeigneter Form darin unterwiesen werden, das Bestehen solcher Nachblutungen zu erkennen“ – sich allein auf den konkreten Unglücksfall bezog, nicht jedoch auf alle potentiellen Notsituationen im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst. Im klinischen Alltag ist es unmöglich, fachfremde Ärzte mit ALLEN Komplikationsmöglichkeiten des eigenen Fachgebiets, deren Diagnose und erster Behandlung vertraut zu machen, um dann in einer

Dienstanweisung jede einzelne Komplikation aufzuführen, bei der der fachfremde Arzt unverzüglich einen Großalarm auszulösen hat.

Alarmierung der Rufbereitschaft bei geringsten Komplikationsanzeichen?

Der chirurgische Chefarzt trug zu seiner Verteidigung vor, er habe eine Dienstanweisung erlassen, „schon bei geringsten Anzeichen für Komplikationen auf dem fachfremden Gebiet den jeweiligen Hintergrunddienst zu verständigen“. Das Landgericht führte hierzu jedoch zutreffend aus, eine derartige pauschale Dienstanweisung ginge ins Leere, wenn der Arzt im Bereitschaftsdienst infolge eines Kenntnisdefizits auf dem fachfremden Gebiet gefahrverheißende Anzeichen schon gar nicht als solche erkenne.

Zwar muss der Assistenzarzt auch in seinem eigenen Fachgebiet gelegentlich den Facharzt aus der Rufbereitschaft hinzuziehen. „Der entscheidende Unterschied zwischen der Tätigkeit im eigenen und der Tätigkeit in einem fachfremden Fachgebiet liegt jedoch in der Gefahr, dass der fachfremde Arzt aufgrund seiner mangelnden theoretischen Kenntnisse und insbesondere auch praktischen Erfahrungen in dem für ihn fremden Fachgebiet nicht oder nicht rechtzeitig die Ernsthaftigkeit der Situation und die sich hierdurch ergebende Notwendigkeit erkennt, den in Rufbereitschaft befindlichen Facharzt hinzuzurufen. Diese Erkenntnisfähigkeit ist jedoch zwingende Voraussetzung für den Einsatz eines Nicht-Facharztes – bezogen auf das jeweilige Fachgebiet – im Anwesenheitsbereitschaftsdienst.“²⁹

Pauschale Verpflichtungen der Assistenzärzte im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst können daher weder die Patienten schützen, noch helfen sie strafrechtlich und haf-

tungsrechtlich den verantwortlichen Ärzten weiter.

Genügen langjährige „fachfremde“ Erfahrungen?

Selbst eine längere Tätigkeit im fachfremden Gebiet sowie jahrelange Erfahrungen eines Assistenzarztes im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst können das hohe Haftungsrisiko nicht abmildern – dies müssen verantwortliche Ärzte bedenken, wenn sie fachfremde Assistenzärzte im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst mit der Versorgung der eigenen Patienten betrauen wollen/müssen.

Der verurteilte chirurgische Chefarzt musste sich von den Richtern des Augsburger Landgerichts vorhalten lassen, „die fehlende Eignung des Bereitschaftsdienstes für die Bewältigung der konkreten Situation und die aus ihr resultierende Vorhersehbarkeit einer inadäquaten medizinischen Reaktion ... [werde] nicht dadurch in Frage gestellt, dass der internistische Assistenzarzt zwischen August 1990 und September 1992 zwei Jahre lang im chirurgischen Bereich tätig gewesen war und im Übrigen seit Oktober 1992 [bis zum Unglück also 8 Jahre!] beanspruchungsfrei fachübergreifende Bereitschaftsdienste am Krankenhaus wahrgenommen“ habe.

Unzulässigkeit des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes

Mit Blick auf die Sicherheit der Patienten und mit Blick auf das Haftungsrisiko der beteiligten Ärzte muss die Analyse des Urteils des Landgerichts Augsburg daher zu einer einzigen Interpretation führen: „Fachübergreifender Bereitschaftsdienst ist grundsätzlich unzulässig bzw. in aller Regel abzulehnen“.³⁰

„Der fachübergreifende Bereitschaftsdienst ist in den Krankenhäusern der Akutversorgung aller Versorgungsstufen bei dem derzeitigen

²⁹ Denzer A. (2002) Fachübergreifender Bereitschaftsdienst - Maßstab ist das allgemeine Arzthaftungsrecht. *Arzt und Krankenhaus* 12/02: 374-375

³⁰ Denzer a.a.O.

Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Entwicklung und der hohen fachlichen Differenzierung NUR IN AUSNAHMEFÄLLEN zu verantworten. Das Risiko eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes durch fachgebundene Rufbereitschaft auszugleichen, wird nur selten möglich sein³¹.

Als Konsequenz aus schlimmen Erfahrungen weisen viele medizinische Fachgesellschaften auf das (zu) hohe Risiko des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes hin – für die Patienten, aber auch für die beteiligten Ärzte.

Wie schon die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin³² und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe³³, lehnt nun auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin fachübergreifende Bereitschaftsdienste mit dem Hinweis ab, dass der in Deutschland rechtlich verankerte Facharztstandard dann nicht mehr gewährleistet sei und damit die Sicherheit der Patienten gefährdet werde³⁴.

Die Justitiare des Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte betonen, dass der Facharztstandard grundsätzlich und ständig gewährleistet sein muss und lehnen deshalb den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst ab, denn: „eine Gefahr liegt darin, dass der fachfremde Arzt auf Grund seiner mangelnden theoretischen und insbesondere praktischen Erfahrungen in dem für ihn fremden Fachgebiet nicht oder nicht rechtzeitig die Ernsthaftigkeit der Situation und die sich hierdurch ergebende Notwendigkeit erkennt, den in Rufbereitschaft befindlichen Facharzt hinzuzuziehen“³⁵. Sie führen weiter aus, es sei davon auszugehen, dass ein Gericht im Rahmen eines Arzthaftungsprozesses vermuten werde, dass eine Schädigung während eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes auf der fehlenden fachlichen Qualifikation des Nicht-Fach-

arztes beruhe. Ein entsprechender Gegenbeweis dürfte nur schwer zu führen sein.

Im gleichen Sinn meint Feifel³⁶, wenn ein Patient infolge der noch fehlenden Qualifikation des Assistenzarztes im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst zu Schaden komme, so lasse dies auf einen (in der Regel sogar groben) Organisationsfehler schließen, der zu Beweiserleichterungen zugunsten der geschädigten Patienten bis hin zur Beweislastumkehr und möglicherweise sogar zum Erlöschen der Ersatzpflicht des Haftpflichtversicherers führe.

Wenn überhaupt, dann seien fachübergreifende Dienste „allenfalls in eng benachbarten Fachgebieten denkbar“³⁷.

Bisher wurde aber noch von niemandem behauptet, dass chirurgische Fächer und internistische Disziplinen als „eng benachbarte Fachgebiete“ einzustufen wären. Das vorgestellte Unglück belegt diese Binsenweisheit nachdrücklich.

Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind daher allenfalls in eng benachbarten Fächern akzeptabel, z.B. zwischen einigen operativen oder einigen internistischen Subspezialitäten. Es ist Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften, klare Stellungnahmen dazu abzugeben, ob überhaupt und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen fachübergreifende Bereitschaftsdienste noch vertretbar sind.

Lösungsmöglichkeiten

Die Politik scheint fest entschlossen, die politisch gewollte „Bereinigung der Krankenhauslandschaft“ zu erreichen, indem die Krankenhäuser ihren zunehmenden finanziellen Schwierigkeiten und damit viele Krankenhäuser der Insolvenz überlassen werden. Der Konflikt Wirtschaftlichkeit vs. Überleben im Krankenhaus dürfte daher in den nächsten Jahren eher zunehmen.

Krankenhaufusionen

Einen möglichen Ausweg stellen die vermehrten Fusionen benachbarter Krankenhäuser zu einem Verbund dar, sofern es gelingt, „notfallaktive“ Fachgebiete an einem Standort zu konzentrieren, damit die verbesserte Auslastung dieses Standortes dann zu einer verbesserten Wirtschaftlichkeit und damit zu einer Finanzierbarkeit fachgebietstrennter Bereitschaftsdienste führt. „Qualität vor Ortsnähe ist eine Erkenntnis, die immer mehr Krankenhaussträger – Land- oder Stadtkreis – umsetzen“³⁸. Sofern diese politische Äußerung klinische Wirklichkeit würde, wäre es tatsächlich möglich, die Qualität der Behandlung und das Überleben des Patienten im Krankenhaus auch während der Zeiten zu sichern, in denen lediglich der Bereitschaftsdienst für die unmittelbare Versorgung zur Verfügung steht.

31 Genzel bei Ulsenheimer K. (2005), Haftungsrechtliche Probleme beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie - Mitteilungen 2/05: S. 126-133

32 Weißbauer W. (1982) Freistellung vom Tagesdienst nach dem Bereitschaftsdienst. Anästhesiologie und Intensivmedizin 23 S. 469-471

33 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (1995): Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen. Frauenarzt 11/95: 1237

34 Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

(2005): Fachübergreifende Bereitschaftsdienste gefährden Sicherheit der Patienten. www.journalmed.de/newsview.php?id=9418

35 Walter O., Wienke A. (2003), Probleme des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes, HNO Informationen 4/2003: 13-14

36 Feifel, E. (2003) Fachübergreifende Organisation und fachübergreifender Bereitschaftsdienst – haftungsrechtliche Aspekte, GesR 8/2003, S. 259 - 264

37 Denzer A. a.a.O.

38 Schüllli, Rolf, Sozialministerium Stuttgart, zitiert in Heilbronner Stimme vom 31.10.2005

„Bösgläubigkeit“ der Geschäftsführer

Die verantwortlichen Ärzte, insbesondere die Chefärzte, müssen gegenüber den wirtschaftlichen Argumenten ihrer Geschäftsführer medizinisch aber auch strafrechtlich und haftpflichtrechtlich argumentieren. Den Krankenhaus-Geschäftsführern muss klar vor Augen geführt werden, dass sie mit ihrer persönlichen zivilrechtlichen und strafrechtlichen Haftung zu rechnen haben, sofern die Umsetzung einer wirtschaftlich motivierten Organisationsentscheidung – absehbar – in die medizinische Katastrophe führt.

Im Fall des Landgerichts Augsburg konnte den beiden Geschäftsführern keine Kenntnis der medizinischen Gefahren nachgewiesen werden, die als Folge ihrer Entscheidung zur Durchführung eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes unvermeidbar für die Patienten eintraten. Sofern dieser Nachweis gelungen wäre, hätte das Landgericht Augsburg die beiden Geschäftsführer selbstverständlich ebenfalls wegen fahrlässiger Körperverletzung bestraft, mutmaßlich mit einer deutlich höheren Strafe als den Chefarzt.

Die Rolle der Gutachter

Dass in der Gerichtspraxis der Straf- und Zivilgerichte bis jetzt immer nur die Ärzte, nie die Krankenhaus-Geschäftsführer haften, liegt auch daran, dass die strukturellen und organisatorischen Bedingungen, unter denen Behandlungen stattfinden, kaum jemals in den Focus eines Gerichts geraten.

Das Urteil des Landgerichts Augsburg ist schon deshalb eine lobenswerte Ausnahme, weil es sich nicht

in vordergründigen medizinischen Sachfragen verzettelt³⁹ und sich auch nicht mit der offensichtlichen Verantwortlichkeit des internistischen Assistenzarztes begnügt⁴⁰, sondern zu dem Kernproblem des Falles, dem lebensgefährlichen fachübergreifenden Bereitschaftsdienst von Chirurgie und Innerer Medizin vordringt.

Da Zivil- wie Strafgerichte aber naturgemäß eher ahnungslos sind, was medizinische Behandlungen und Krankenhaus-Interna angeht, ist es Aufgabe der (medizinischen) Gutachter, dem Gericht nicht nur die eigene Fachkunde zur Verfügung zu stellen, sondern auch dafür zu sorgen, dass das Gericht die richtigen Fragen stellt, um zu einer tiefer liegenden Problematik überhaupt erst vorzudringen. Dies kann einerseits durch entsprechende Hinweise im Rahmen des Gutachtenauftrags, unproblematisch aber z.B. auch im Rahmen einer telefonischen Nachfrage des Gutachters bei seinem Auftraggeber (Gericht oder Staatsanwaltschaft) geschehen, wenn sich einem medizinischen „Insider“ der Eindruck aufdrängt, dass wichtige organisatorische Probleme dort noch überhaupt nicht erkannt wurden.

Arbeitsgerichtliche Klärung

Nichtleistung geht vor Schlechtleistung. Wer eine Behandlung nicht nach dem Facharztstandard durchführen kann, darf sie nicht übernehmen bzw. muss den Patienten verlegen. Wer als Arzt sehenden Auges an Behandlungen mitwirkt, die infolge einer Unterschreitung des Facharztstandards nicht mehr verantwortet werden können, wird im Schadensfall auch dann zivil- und strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden, wenn er plausibel darlegen kann, lediglich aus Angst um seinen Arbeitsplatz „mitgemacht“ zu haben.

Ein Chefarzt, der seinen Geschäftsführer weder mit medizinischen Argumenten, noch durch die Beschlüsse

medizinischer Fachgesellschaften, Gerichtsurteile oder den Hinweis auf dessen zivil- und strafrechtliche Eigenhaftung davon abhalten kann, die Sicherheit der Patienten zu verschlechtern, muss daher früher oder später die Konsequenz ziehen und das Arbeitsgericht anrufen, bevor die medizinische Katastrophe eintritt; bei Eilbedürftigkeit notfalls auch durch Antrag auf einstweilige Verfügung.

Nur so kann verbindlich geklärt werden, dass eine medizinisch gebotene Leistungseinschränkung, die Verlegung von Patienten oder z.B. die Abmeldung des Krankenhauses vom Notfalldienst keine „Arbeitsverweigerung“ des Arztes darstellen, sondern medizinisch zwingend erforderlich sind, um Gefahren für die Patienten abzuwehren. Die Problematik Wirtschaftlichkeit vs. Überleben im Krankenhaus muss daher auch vor dem Arbeitsgericht ausgetragen werden.

39 d.h. der richtigen Behandlung einer Nachblutung nach Schilddrüsen-Operation

40 Behandlungsfehler bei Diagnose und Behandlung der Nachblutung, Verfehlen des chirurgischen Facharztstandards