

BDAktuell

JUS-Letter

September 2004
Jahrgang 4, Ausgabe 3

In dieser Ausgabe:

1 Tätigkeiten außerhalb des eigenen Fachgebietes zulässig?

1 Ärztliche Dokumentationspflicht aus rechtlicher Sicht

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

Tätigkeiten außerhalb des eigenen Fachgebietes zulässig?

Ass. iur. E. Weis, Nürnberg

Die Optimierung von Behandlungsabläufen gewinnt sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen zunehmend an Bedeutung. Dabei wird gelegentlich unter Hinweis auf angebliche Kosten- und Zeitgründe die interdisziplinäre Zusammenarbeit abweichend von den Vereinbarungen zwischen den Fachgesellschaften geregelt. Beispiel: Der Anästhesist klärt den Patienten über den operativen Eingriff (hier: Gastroendoskopie) auf; Operateure wollen auch operationsfeldferne Anästhesieverfahren (z.B. Regionalanästhesie) selber durchführen.

Eine solche Vorgehensweise mag im Einzelfall unter ökonomischen Aspekten wünschenswert sein. Die Approbation gibt dem Arzt zwar das Recht, auf dem gesamten Gebiet der Heilkunde tätig zu werden. Aber nach der Weiterbildungsordnung hat sich der Facharzt jedoch grundsätzlich auf sein Fachgebiet zu beschränken.

§ 2 Abs. 2 Satz 2 Abschn. A (Muster)Weiterbildungsordnung

„Die Gebietsdefinition bestimmt die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit...“

Bei Tätigkeiten außerhalb des eigenen Fachgebietes sind neben arbeits- und versicherungsrechtlichen Aspekten auch die Vorgaben des Haftungsrechts (Grundsatz der strikten Arbeitsteilung/Facharztstandard) zu beachten.

Grundsatz strikter Arbeitsteilung

Die fachliche und rechtliche Verantwortung innerhalb der ärztlichen Kooperation richtet sich u.a. nach dem Grundsatz der strikten Arbeitsteilung. Dies bedeutet, dass jeder Fachvertreter in seinem Auf-

gabengebiet eigenverantwortlich und ohne Weisungs- und Überwachungsrecht des Fachvertreters eines fremden Fachgebietes tätig ist. Das Aufgabengebiet wird durch die Inhalte der Weiterbildungsordnung und/oder konkrete Absprachen vor Ort festgelegt.

Auf diesem Grundsatz basieren die Vereinbarungen zwischen den verschiedenen Fachgesellschaften (www.bda.de/06_1_00tabelle.htm):

Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung (Anästh Intensivmed 1982, S. 403 ff.)

„.... Der Chirurg ist nach den Grundsätzen einer strikten Arbeitsteilung zuständig und verantwortlich für die Planung und Durchführung des operativen Eingriffs, der Anästhesist für die Planung und Durchführung des Betäubungsverfahrens sowie für die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen...“

Fortsetzung S. 2

Ärztliche Dokumentationspflicht aus rechtlicher Sicht

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

Die arbeitsteilige Kooperation bei der Patientenbehandlung dient zwar der optimalen Patientenversorgung, schafft aber auch typische Gefahrenquellen, etwa die der Informationslücken und der Missverständnisse. Um eine sachgerechte Koordination der mit- und nebeneinander behandelnden Ärzte und der Pflegekräfte zu gewährleisten, bedarf es eines geordneten Informationsflusses.

Fortsetzung S. 3

Fortsetzung v. S. 1

„Tätigkeiten außerhalb des eigenen...“

Der Grundsatz der strikten Arbeitsteilung gilt nicht nur für die Durchführung des Eingriffs/Anästhesieverfahrens, sondern auch für die damit verbundene Aufklärungspflicht.

So hat das OLG Hamm in seinem Urteil vom 3. März 1993 (Az. 3 U 269/92, VersR 1994, S. 815f.) entschieden, dass „der Spezialist, der die Behandlung in eigener Verantwortung übernommen hat, ...als Aufklärungspflichtiger angesehen werden kann...“. Nach dem Grundsatz der strikten Arbeitsteilung ist demnach jeder Fachvertreter verpflichtet, den Patienten aus der Sicht seines Fachgebietes aufzuklären.

Facharztstandard bei Aufklärung

Übernimmt der Anästhesist die Aufklärung über endoskopische Eingriffe, so muss für die Aufklärung der (internistische) Facharztstandard gewährleistet sein. „Facharztstandard“ in der Aufklärung bedeutet, dass der Patient einen Anspruch darauf hat, alle Fragen zu Verlauf, Risiken, Alternativen etc. sach- und fachkundig im Sinne des jeweiligen betroffenen Fachgebietes beantwortet zu bekommen. Diese fachgerechte, detaillierte Aufklärung wird ein fachfremder Arzt in aller Regel nicht gewährleisten können.

Soweit eine rechtzeitige Information des Patienten durch die Operateure nicht sichergestellt werden kann, mag es im Einzelfall sinnvoll sein, Absprachen mit den zuweisenden Ärzten/Abteilungen über Art und Weise, Inhalt und Dokumentation einer Grundaufklärung zu treffen. Auch dann wird aber die spezifische Risikoaufklärung nur durch den Spezialisten erfolgen können.

Eine solche Absprache ist auch zwischen Anästhesisten und Geburtshelfern im Rahmen geburtshilflicher Periduralanästhesien denkbar und in der interdisziplinären Vereinbarung angesprochen.

(www.bda.de/06pdf/1_2_5.pdf)

Da jeder Fachvertreter grundsätzlich für die Aufklärung aus der Sicht seines Fachgebietes zuständig ist, gibt es keine Pflicht, solche abweichenden interdisziplinären Absprachen zu treffen.

Keinesfalls darf sich ein Arzt ohne (dokumentierte) Absprache darauf verlassen, dass der fachfremde Kollege den Patienten bereits aufgeklärt hat.

Behandlung nach Facharztstandard

Der Facharztstandard ist nicht nur bei der Aufklärung, sondern auch bei der Behandlung zu gewährleisten.

So wird derjenige, der Verfahren oder Präparate einsetzt, die ihren Schwerpunkt in einem anderen Fachgebiet haben, am ‚Facharztstandard‘ des fremden Fachgebietes, d.h. an den Kenntnissen und Erfahrungen eines Facharztes des jeweiligen Fachgebietes gemessen.

Dies wurde vom Bundesgerichtshof (BGH, Urteil vom 27.10.1981, Az. VI ZR 69/80, NJW 1982, S. 697 f.) entschieden bei der Verordnung von Myambutol durch einen Urologen anlässlich einer Urogenitaltuberkulose. Diese Medikation führte zu einer Schädigung des Sehnervs des Patienten. In der Augenheilkunde war das Risiko dieser aggressiven Medikation bekannt, nicht jedoch in der Urologie. Dies konnte den Urologen jedoch nicht entlasten.

Ebenso maß der BGH einen Urologen, der eine intravenöse Kurznarkose durchführen ließ, an den Kenntnissen und Erfahrungen eines Facharztes für Anästhesiologie (BGH, Urteil vom 7.10.1980, Az. VI ZR 176/79, NJW 1981, S. 628 ff.):

Sachverhalt:

Zur Einleitung der Kurznarkose ließ der Urologe durch eine Schwester das Kurznarkosemittel injizieren. Diese Injektion war intravenös vorzunehmen. Dabei wählte die Hilfskraft nicht eine Vene in der Ellenbogenbeuge, sondern eine solche an der Radialseite des linken Handgelenks. Versehentlich wurde jedoch in die Radialschlagader injiziert. Als die Patientin über brennende Schmerzen klagte, tat die Schwester dies mit der Bemerkung ab, sie „sehe kein Feuer“. Die Injektion wurde zwar kurz bei liegender Nadel unterbrochen. Da jedoch keine Veränderung an der Injektionsstelle zu bemerken war, wurde die Injektion auf Anweisung des Urologen zu Ende geführt. In den Stunden nach dem Eingriff zeigten sich Schwellungen und Verfärbungen auf Dauern und Zeigefinger, weshalb die Patientin am Abend in ein Krankenhaus verlegt wurde. Trotz durchgeföhrter Infusionsbehandlung traten Nekrosen auf; zwei Finger mussten amputiert werden.

Nach Auffassung des Gerichts haftet der Urologe, weil er „die Fortführung der Injektion trotz dem von der Klägerin geäußerten Brennschmerz angeordnet

oder auch nur zugelassen hat. ... Denn nach der Bekundung der Gutachter ist die spontane Klage des Patienten über heftiges Brennen ein so gewichtiger Hinweis auf eine versehentliche intraarterielle Injektion, dass diese Erscheinung ... keinesfalls unbeachtet bleiben darf.“ Der Arzt konnte sich zu Recht nicht mit dem Einwand entlasten, die Injektion habe nicht er, sondern die Schwester durchgeführt. Der BGH führt dazu in den Entscheidungsgründen aus:

„Denn die Injektion durch eine nichtärztliche, wenngleich angeblich erfahrene Hilfskraft erfolgte, was der Bekl. im Grunde auch anerkennt, unter seiner Verantwortung. Er durfte sich deshalb insbesondere nicht etwa darauf verlassen, dass die Schwester gewisse Fragen aufgrund ihrer einschlägigen Erfahrung besser zu beurteilen vermöge als er selbst. Vielmehr musste er, soweit er mit intravenöser Narkose arbeitete, selbst über alle erforderlichen Kenntnisse verfügen, soweit diese Narkose nicht einem Facharzt überlassen war. ... Auch von einem Urologen müssen, soweit er Narkosen vornimmt oder unter seiner Verantwortung vornehmen lässt, die dem Zeitstand entsprechenden Kenntnisse gefordert werden, die dabei die dem Patienten geschuldete Sicherheit bestmöglich gewährleisten.“

Dies gilt über den Bereich der Narkose hinaus auch für andere Anästhesieverfahren, die ihren Schwerpunkt in dem Fachgebiet Anästhesiologie haben, etwa für die operationsfeldfernen Leitungsanästhesien. Auch hier wird ein Operateur, der diese Maßnahmen durchführt, bei einem Zwischenfall von der Rechtsprechung an den Kenntnissen und Erfahrungen eines Anästhesisten gemessen werden. Zur Durchführung von Regionalanästhesien durch Operateure hat der Arbeitskreis Regionalanästhesie der DGAI Stellung genommen (Anästh Intensivmed 1997, S. 413 f., www.bda.de/06pdf/2_30.pdf).

Arbeitsvertrag

Selbst wenn eine fachübergreifende Tätigkeit unter haftungsrechtlichen Aspekten möglich wäre, kann der Arzt im Hinblick auf das Arbeitsrecht nicht ohne weiteres zu dieser Tätigkeit herangezogen werden. Der Arbeitgeber kann zwar aufgrund seines Direktionsrechts u.a. die Art der Arbeitsleistung bestimmen. Diesem

Direktions- bzw. Weisungsrecht sind jedoch durch den Arbeitsvertrag Grenzen gesetzt. Wenn der Arbeitnehmer als „Arzt der Anästhesieabteilung“ eingestellt ist, kann der Krankenhaussträger dem Arzt zunächst nur die Aufgaben übertragen, die seiner Tätigkeit als Anästhesist entsprechen. Somit kann der Anästhesist nicht gegen seinen Willen verpflichtet werden, im fremden Fachgebiet (z.B. Aufklärung über operative Eingriffe) tätig zu werden.

Berufshaftpflichtversicherung

Wird ein Arzt außerhalb seines Fachgebietes tätig, so sollte er seinen Versicherungsschutz sorgfältig prüfen.

§ 21 (Muster-)Berufsordnung

„Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.“

Besteht für den angestellten Arzt Versicherungsschutz über seinen Arbeitgeber (Krankenhaussträger oder Praxisinhaber), so sollte eine schriftliche Bestätigung des Versicherungsschutzes für die fachfremde Tätigkeit angefordert werden.

Gleiches gilt für (niedergelassene) Ärzte, die eine eigene Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben; eine Prüfung des Versicherungsschutzes ist dringend geboten, da üblicherweise die ‚Tätigkeit als Anästhesist‘ abgesichert ist, so dass hier u.U. eine Versicherungslücke besteht.

Fazit

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Approbation dem Arzt zwar das Recht gibt, auf dem gesamten Gebiet der Heilkunde tätig zu werden. Nicht zuletzt im Hinblick auf den einzuhaltenden Facharztstandard ist aber die Ausübung einer fachfremden Tätigkeit als äußerst kritisch zu bewerten.



Fortsetzung v. S. 1

„Ärztliche Dokumentationspflicht aus rechtlicher Sicht.“

Dies setzt eine sorgfältige Dokumentation voraus, zu der der Arzt bereits standesrechtlich verpflichtet ist.

§ 10 Abs. 1 (Muster-)Berufsordnung

„Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.“

Einsichtsrecht des Patienten

Mit dem Anspruch des Patienten auf eine ordnungsgemäße Dokumentation korrespondiert das Recht des Patienten auf Einsicht in seine Krankenunterlagen (BGH, MedR 1983, 62).

§ 10 Abs. 2 (Muster-)Berufsordnung

„Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen grundsätzlich in die betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen der Ärztin oder des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.“

Die Krankenakte muss und sollte nicht im Original herausgegeben werden.

Umfang der Dokumentation

Unter Dokumentation wird im allgemeinen die Aufzeichnung sowie das Sammeln und Ordnen von Fakten und Daten mit dem Ziel verstanden, bestimmte Geschehensabläufe festzuhalten. Art und Umfang der zu dokumentierenden Tatsachen werden weder durch Gesetz noch durch die Rechtsprechung enumerativ vorgegeben. Die Gerichte haben lediglich Grundsätze aufgestellt: So hat der Bun-

desgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 24. Januar 1989 den Inhalt der geforderten Dokumentation präzisiert. Der BGH führt in den Urteilsgründen aus:

„Aufzuzeichnen sind indessen nur die für die ärztliche Diagnostik und Therapie wesentlichen medizinischen Fakten in einer für den Fachmann hinreichend klaren Form. Die ärztliche Dokumentation dient vor allem therapeutischen Belangen.“

Die Dokumentation soll Aufschluss darüber geben, wer, was, wann, in welcher Form und in welchem Umfang angeordnet/durchgeführt hat. Neben diesen objektiven Befunden finden sich auch subjektive Wertungen und Bewertungen (z.B. ‚Verdachtsdiagnosen‘).

Allgemeine Dokumentationsgrundsätze

Die Aufzeichnungen sollen vollständig, wahr und klar sein. Stichworte genügen, wenn sie für den Eingeweihten verständlich sind; ggfls. reichen Zeichnungen.

Routinemaßnahmen brauchen – wenn keine Besonderheiten vorliegen – nicht festgehalten werden (BGH, NJW 1984, 1403), insbesondere dann nicht, wenn hierzu generelle Dienstanweisungen bestehen (BGH, NJW 1986, 2365f.). Wird allerdings von Routinemaßnahmen abgewichen, sollte dies dokumentiert werden. Allgemein gilt, dass Aufzeichnungen möglichst zeitnah zu erfolgen haben. Die Dokumentation muss zwar nicht bei jedem Einzelschritt erfolgen, sie sollte aber möglichst unmittelbar nachfolgen, um Irrtümer, Verwechslungen oder ein schlichtes Vergessen auszuschließen.

Eintragungen sollen nachträglich – etwa nach einem Zwischenfall – nicht mehr abgeändert werden. Es droht nicht nur der Vorwurf der Urkundenfälschung, es wird auch die Beweiskraft der Dokumentation und die Glaubwürdigkeit desjenigen, der die Aufzeichnungen erstellt hat, in einem Zivil- und Strafverfahren infrage gestellt. Korrigierende Anmerkungen sind zulässig, sie sollten aber als solche kenntlich gemacht werden.

Inhalt ärztlicher Dokumentation

Die Rechtsprechung konzediert, dass sich Inhalt und Umfang der Dokumentation nach den berufsspezifischen Maßstäben und Gepflogenheiten innerhalb des Fachgebietes zu richten haben. Aufzuzeichnen

sind die für die ärztliche Diagnose und Therapie wesentlichen medizinischen Fakten. Aufzeichnungen über den Verlauf einer Operation und über die dabei angewandte Anästhesie haben die wesentlichen Fakten wiederzugeben, ins Detail müssen sie nur gehen, wenn anders der Operations-/Anästhesieverlauf und die dabei angewandten Techniken für einen Fachmann nicht verständlich sind (BGH, NJW 1984, 1403).

Zu dokumentieren sind etwa*:

- Anamnese
- Beschwerden
- Untersuchungsergebnisse
- Diagnose unter Einschluss von Verdachtsmomenten
- Behandlung einschl. Medikation
- Ergebnis der Behandlung
- Art der Nachbehandlung
- Operationsweise
- Anästhesietechnik und anästhesiologische Verlaufsbeobachtungen
- Einsatz besonderer Behandlungsarten
- Laborbefunde

Aufzeichnungen sind der Sache nach Röntgen- und Sonographieaufnahmen, EKG- und CTG-Streifen, die mit den übrigen Unterlagen zu einer einheitlichen Dokumentation zusammenzufassen sind. Die Art der Lagerung bei einem Eingriff sollte stichwortartig gekennzeichnet sein (BGH, NJW 1984, 1403).

Zwischenfälle sind zu dokumentieren unter Angabe des Zeitpunkts, der Art getroffener Maßnahmen und deren Wirkung.

Vorsorglich sollten darüber hinaus Warnhinweise an den Patienten (z.B. zur Verkehrsfähigkeit nach ambulanten Anästhesie, s. BDAktuell Jusletter März 2004, Anästh Intensivmed Juni 2004, S. 392 ff.) sowie therapeutische Ratschläge fixiert werden.

Wenn es auch zur Wirksamkeit von Aufklärung und Einwilligung nicht erforderlich ist, so ist es doch aus Beweissicherungszwecken dringend zu empfehlen, Umfang und Details der Aufklärung, einen evtl. Aufklärungsverzicht und die

Einwilligung unter Einschluss von Einschränkungen (z.B. Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas) sowie möglicherweise die Weigerung des Patienten, ärztlich gebotene Maßnahmen vornehmen zu lassen, schriftlich zu fixieren.

Zuständigkeit für Aufzeichnungen

Grundsätzlich gilt, dass jeder an der Behandlung Beteiligte die Verantwortung für die Dokumentation der Sachverhalte trägt, für die er zuständig ist. Das heißt aber nicht, dass der unmittelbar behandelnde Arzt die Aufzeichnungen selbst führen muss.

In dem vom OLG Bamberg entschiedenen Fall hat die verantwortliche Anästhetistin zwar das Narkoseprotokoll unterschrieben, selbst aber nur die Eintragungen zum Kopf des Protokolls vorgenommen. Die Eintragungen über den Verlauf der Narkose sind jedoch insgesamt von der Oberärztin geschrieben worden. Daran ist nach Ansicht des Gerichts nichts auszusetzen, denn „es gibt keine Verpflichtung, dass das Schreibwerk vom Anästhesisten selbst besorgt werden muss. Er darf dies auch anderen Personen überlassen...“ (OLG Bamberg, Urteil vom 17.4.1978, Az. 4 U 132/76, AHRS 6450/7).

Die Dokumentation kann auf andere Ärzte oder Pflegekräfte delegiert werden, wenn der Arzt darauf vertrauen darf, dass die Dokumentation mit der erforderlichen Sorgfalt zuverlässig durchgeführt wird.

Aufbewahrungsfristen

Nach der (Muster-)Berufsordnung müssen ärztliche Aufzeichnungen grundsätzlich 10 Jahre aufbewahrt werden.

§ 10 Abs. 3 (Muster-)Berufsordnung

„Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.“

* weitergehend: Kerndatensatz Anästhesie (Anästh Intensivmed 1999, S. 649ff., www.bda.de/06_1_00tabelle.htm)

§ 28 Abs. 3 Röntgenverordnung

„Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen sind 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Röntgenbilder und die Aufzeichnungen nach Absatz 1 Satz 2 über Röntgenuntersuchungen sind zehn Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufzubewahren. Die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person aufzubewahren. ...“

Im Hinblick darauf, dass zivilrechtliche Ansprüche wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung u.U. erst in 30 Jahren verjährten (s. BDAktuell Jusletter September 2002), sollten die Krankenunterlagen entsprechend lange archiviert werden, um in einem Prozess nicht in Beweisnot zu geraten.



Forensische Konsequenzen

Mängel in der Dokumentation können zu unmittelbaren körperlichen Schäden beim Patienten führen (z.B. Fehlbehandlung infolge unzureichender Aufzeichnungen). Abgesehen von solchen Fällen sind Mängel in der Dokumentation als solche keine unmittelbar zum Schadenersatz verpflichtenden Behandlungsfehler. Dokumentationsmängel können aber in einem Schadenersatzprozess zu Beweiserleichterungen zu Gunsten des Patienten bis hin zur Umkehr der Beweislast zum Nachteil der behandelnden Ärzte, Pflegekräfte und des Krankenhausträgers führen.

Längere Aufbewahrungsfristen sieht z.B. die Röntgenverordnung vor.