

BDAktuell | JUS-Letter

März 2008
Jahrgang 8
Ausgabe 1

In dieser Ausgabe:

- 165 Transportbegleitung des Patienten
- 166 Zeitvorgabe für Rufdienst – zulässig?
- 167 Antizipierte Einwilligung
- 167 Ansprüche wegen Mobbing
- 168 Chefarztvergütung nach TV – Ärzte/VKA



**Berufsverband
 Deutscher Anästhesisten**
 - Justitiare -
 Roritzerstraße 27
 90419 Nürnberg

Tel.: 0911 93378 -17 / -27
 Fax: 0911 3938195

E-Mail:
 Justitiare@bda-ev.de

Internet:
 www.bda.de

Transportbegleitung des Patienten

Dr. iur. Elmar Biermann, Nürnberg

Aufgrund zunehmender ökonomischer Zwänge gehen einige Krankenhausträger dazu über, die prämedizierten oder frisch operierten Patienten nur noch von angelerntem Hilfspersonal von der Station in den OP bzw. vom OP/Aufwachraum auf die Station begleiten zu lassen.

Die Fachgesellschaften verlangen nicht, dass der Patient nur durch examinierte Pflegekräfte begleitet wird. Maßgebend sind daher die Umstände des einzelnen Falles.

In der „Leitlinie zur postoperativen Überwachung“ (Anästh Intensivmed 1998, 202 - 203) wird unter Ziff. 3 bei den Kriterien zur Entlassung aus dem Aufwachraum Folgendes festgelegt: "Bei der Verlegung des Patienten aus dem Aufwachraum muss entsprechend geeignetes Personal und Transportbegleitpersonal ausgewählt werden."

Aus juristischer Sicht ist festzuhalten, dass sowohl der prämedizierte Patient wie der Patient, der aus dem Aufwachraum verlegt wird, einer situationsgerechten Betreuung und Überwachung bedarf. Art und Intensität der Betreuung und Überwachung sind abhängig von den möglichen Beeinträchtigungen der Vigilanz und/oder Vitalfunktionen entweder durch Art und Weise der Prämedikation in Zusammenhang mit der Grunderkrankung und / oder dem Zustand des Patienten.

Die Frage nach der Qualifikation des Begleitpersonals lässt sich

nicht abstrakt, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände des Einzelfalles vor Ort beantworten. Während bei höheren Risikogruppen (etwa ab ASA III) weitergebildetes und erfahrenes Pflegepersonal zum Einsatz kommen sollte – das gleiche wird für Patienten gelten müssen, bei denen wegen der individuellen Wirkung der Prämedikation oder Auswirkungen des operativen Eingriffs und des Anästhesieverfahrens erhöhte Vorsicht geboten ist – wird man im Übrigen an die Qualifikation des den Patienten begleitenden Personals die Anforderung stellen müssen, dass es zur frühzeitigen Erkennung von Problemen in der Lage und bis zum Eintreffen ärztlicher Hilfe fähig ist, überbrückende bzw. lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen.

Unter Umständen wird sogar, wenn es der Zustand des Patienten und seine Sicherheit erfordern, der Arzt einen Patienten begleiten müssen. So stellt vor allem der innerklinische Transport von Intensivpatienten (s. Poloszek / Madler, Der Anaesthetist 5/2000, 480 - 491) besondere Anforderungen.

Bei der Verlegung des Patienten aus dem Aufwachraum auf die Normal-/Bettenstation wird vorausgesetzt, dass die Verlegungskriterien (z. B. Aldrete-Score) für die Entlassung des Patienten aus der Verantwortung des Anästhesisten erfüllt sind.

Den Beteiligten sollte klar sein, wer die Verantwortung für den Transport des Patienten und die Qualifikation der Begleitperson trägt. Wenn nichts anderes verein-

bart ist, ist davon auszugehen, dass die jeweilige Bettenstation verantwortlich ist für den Transport des Patienten zum OP wie auch dafür, dass der verlegungsfähige Patient im Aufwachraum wieder abgeholt und auf die Bettenstation verbracht wird. Der Anästhesist seinerseits wird besondere Betreuungs- oder Überwachungsnotwendigkeiten dem transportierenden Personal mitteilen bzw. dafür sorgen, dass bei einem "gefährdeten Patienten" der Transport durch qualifizierteres Personal, evtl. in Begleitung eines Arztes erfolgt.

Zeitvorgabe im Rufdienst – zulässig?

Dr. iur. E. Biermann, Nürnberg
Prof. Dr. med. Bernd Landauer, Ottobrunn
Ass. iur. E. Weis, Nürnberg

Weder im Gesetz noch in den Tarifverträgen finden sich Vorgaben für Einsatzzeiten, d.h. bis zur Verfügbarkeit vor Ort, des Rufdienst-leistenden Arztes.

Haftungsrechtlicher Aspekt

Es gibt jedoch fachliche Empfehlungen zu den Einsatzzeiten. So z. B. die Entschließung des BDA zum Bereitschaftsdienst und zur Rufbereitschaft in der Anästhesie und in der Chirurgie, die für den Anästhesisten im Rufdienst eine Einsatzzeit von maximal 20 Minuten vorsieht (AnästhIntensivmed 1988, 56).

Im Bereich der Geburtshilfe legen sich die Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen (AnästhIntensivmed 1996, 421) auf Einsatzzeiten von maximal 10 Minuten fest.

Entschließung zum Bereitschaftsdienst und zur Rufbereitschaft in der Anästhesie und Chirurgie (1987)

„...,wenn durch einen fachgebundenen Hintergrunddienst sichergestellt ist, dass qualifizierte Gebietsärzte die Behandlung innerhalb von 20 Minuten übernehmen können“.

Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen (1996)

„2.4. Es soll ein Anästhesist innerhalb von 10 Minuten im Krankenhaus verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten. Voraussetzung ist, dass vorbereitende Arbeiten durch im Haus anwesendes fachkundiges Personal ... bis zum Eintreffen des Anästhesisten kompetent erbracht werden können“.

Arbeitsrechtliche Konsequenzen

Im Urteil vom 19.12.1991 (Betriebsberater 1992, 925) kommt das Bundesarbeitsgericht zu dem Ergebnis, dass eine (Einsatz-) Zeitvorgabe von 10 Minuten einer Anordnung des Aufenthaltsortes durch den Arbeitgeber gleichkommt – dies ist das wesentliche Unterscheidungsmerkmal des Bereitschaftsdienstes vom Rufdienst –, sodass kein Rufdienst vorliegt und demzufolge auch nicht mehr angeordnet werden darf.

Noch weiter geht das Bundesarbeitsgericht in seiner Entscheidung vom 30.01.2002. Das Bundesarbeitsgericht stellt fest, dass ein Krankenhausträger von einem zum Rufdienst eingeteilten Mitarbeiter nicht verlangen dürfe, dass dieser innerhalb von 20

Minuten die Arbeit aufnehme. Dies sei mit dem Wesen des Rufdienstes, den Aufenthaltsort frei zu wählen, nicht vereinbar. Dies kann aber nicht bedeuten, dass es den Fachgebieten verwehrt wäre, zur Gewährleistung des Facharztstandards und der Patientensicherheit Einsatzzeiten vorzusehen. Aus dem Urteil wird man allerdings folgern dürfen, dass dann, wenn fachliche Vorgaben Einsatzzeiten von 20 Minuten und weniger erfordern, Rufdienst an sich nicht angeordnet werden darf.

Facharzt vor Ort – Einsatzzeiten?

Die Entschließung des BDA von 1987 geht davon aus, dass vor Ort kein Facharzt anwesend ist, und fordert für den Rufdienst-leistenden Arzt eine Einsatzzeit von maximal 20 Minuten.

Gilt diese Einsatzzeit auch dann, wenn eine fachärztliche Versorgung vor Ort im Bereitschaftsdienst gewährleistet ist?

Wozu dient die Zeitvorgabe? Sie soll unter dem Aspekt der Patientenversorgung und -sicherheit die rechtzeitige Übernahme der Behandlung durch einen (Fach-)Arzt gewährleisten. Besteht das Risiko, dass der Arzt im Bereitschaftsdienst gebunden ist, etwa bei der Versorgung eines Unfallpatienten, und deshalb für eine weitere Versorgung im Haus nicht zur Verfügung steht, dann ist offensichtlich, dass die Einsatzzeit für den Rufdienst-leistenden Arzt nicht länger sein darf, ohne dass die Versorgung der anderen Patienten gefährdet ist. Anders mag es sein, wenn vor Ort für Pflichten-kollisionen derart Vorsorge getroffen ist, dass Patienten überbrückend qualifiziert und ausreichend versorgt werden können. Ob und inwieweit dies der Fall ist, muss individuell und vor Ort Kontext-bezogen beurteilt werden.

Fazit: Muss auf den Rufdienst-leistenden Arzt für zeitkritische Tätigkeiten in der Patientenbehandlung zurückgegriffen werden, ist und bleibt diese Einsatzzeit auch bei einem (fach-)ärztlichen Bereitschaftsdienst im Haus zu beachten. Maßgeblich ist die Häufigkeit zu befürchtender Pflichtenkollisionen / Parallelverfahren vor dem Hintergrund des zu betreuenden Patientenlientels. In jedem Fall muss die Zeit bis zum Eintreffen des Rufdienst-leistenden Arztes adäquat überbrückt werden können, soll der Vorwurf eines Organisationsverschuldens nach einem Zwischenfall vermieden werden.

Antizipierte Einwilligung

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Die Rechtsprechung fordert, den Patienten so früh wie möglich über die Operation / Anästhesie aufzuklären (zum Zeitpunkt der Aufklärung, siehe Jusletter Dezember 2001). Nicht selten (z. B. bei Katarakt-OP, Verbandswechsel unter Narkose, Wiederholungseingriffen) steht von vornherein fest, dass der Patient in kürzeren Zeitabständen mehrmals operiert werden muss. Dann stellt sich insbesondere für den Anästhesisten die Frage, ob die Patienten mehrfach aufgeklärt und um die Einwilligung gebeten werden müssen.

Man muss wissen: Weder für die Aufklärung noch für die Einwilligung gibt es ein „Verfallsdatum“. Die Aufklärung dient der Wissensvermittlung. Ist ein Patient einmal informiert worden, so muss, wenn sich die zugrunde liegenden Umstände nicht geändert haben, und der Patient keine weiteren Fragen hat, die Aufklärung nicht wiederholt werden. Ebenso bleibt eine einmal erteilte Einwilligung solan-

ge wirksam, bis der Patient sie widerruft oder sich die zugrunde liegenden Umstände so geändert haben, dass der Patient erneut aufzuklären und um seine Einwilligung zu bitten ist.

Bei einem von vornherein feststehenden Therapieplan ist es rechtlich zulässig und den beteiligten Ärzten auch zu raten, den Patienten über die Folgeeingriffe zu informieren und vorsorglich eine „antizipierte Einwilligung“ in die Wiederholungsmaßnahmen einzuholen. Das dann erteilte „antizipierte“ Einverständnis des Patienten sollte sorgfältig in der Krankenakte dokumentiert werden.

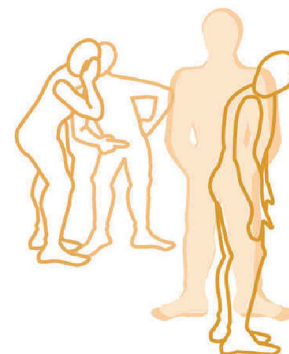
Ein solches Vorgehen ist nur dann vertretbar, wenn es sich um Maßnahmen mit identischem Ablauf, Nebenwirkungen und Risiken handelt. Der Anästhesist wird auch stets zu prüfen haben, ob sich zwischenzeitlich die Umstände geändert haben und insbesondere weitere Faktoren vorliegen, die das Anästhesierisiko erhöhen. Dann muss mit dem Patienten noch einmal Kontakt aufgenommen werden, um eine erneute Einwilligung nach Aufklärung einzuholen.

Ansprüche wegen Mobbing

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Nach der Rechtsprechung sind Mobbinghandlungen fortgesetzte, systematisch durchgeführte, aufeinander aufbauende oder ineinander übergreifende, der Anfeindung, Schikane oder Diskriminierung dienenden Verhaltensweisen am Arbeitsplatz gegenüber einzelnen Mitarbeitern. Dabei verletzen die Handlungen jedenfalls in ihrer Gesamtheit das allgemeine Persönlichkeitsrecht, die Ehre

oder die Gesundheit des Mobbing-Opfers (BAG, NJW 1997, 2542). Was können Mobbing-Opfer tun?



Der betroffene Arbeitnehmer sollte sich zunächst an den Arbeitgeber wenden, der dann disziplinarische Maßnahmen zur Unterbindung des Mobbing ergreifen kann bzw. muss. Wird der Arbeitgeber trotz Kenntnis nicht tätig, kann er sich wegen Verletzung der Fürsorgepflicht schadenersatzpflichtig machen.

Das BAG hat mit Urteil vom 25.10.2007 entschieden, dass das Mobbing-Opfer aber nicht die Entlassung des Täters verlangen kann; eine eigene Versetzung kann das Opfer nur dann durchsetzen, wenn ein vergleichbarer Arbeitsplatz im Unternehmen vorhanden ist.

In der Pressemitteilung wird die Entscheidung wie folgt dargestellt:

„Ein Oberarzt, der durch den Chefarzt seiner Abteilung in seiner fachlichen Qualifikation herabgewürdigt wird und deshalb psychisch erkrankt, hat gegen seinen Arbeitgeber Anspruch auf Schmerzensgeld. Die Entlassung des Chefarztes kann er im Regelfall nicht verlangen. Anspruch auf das Angebot eines gleichwertigen Arbeitsplatzes, an dem er nicht mehr den Weisungen des bisherigen Chefarztes untersteht, hat der

Oberarzt nur dann, wenn ein solcher Arbeitsplatz in der Klinik vorhanden ist.

Der Kläger ist seit Juli 1987 in der Klinik der Beklagten als Neurochirurg beschäftigt. Seit dem 1. Juli 1990 ist er Erster Oberarzt der Neurochirurgischen Abteilung, ab Anfang 2001 war er deren kommissarischer Leiter. Seine Bewerbung um die Chefarztstelle blieb erfolglos. Ab 1. Oktober 2001 bestellte die Beklagte einen externen Bewerber zum Chefarzt, von dem sich der Kläger seit Mai 2002 „gemobbt“ fühlt. Ein von der Beklagten in die Wege geleitetes „Konfliktlösungsverfahren“ blieb erfolglos. Von November 2003 bis Juli 2004 war der Kläger wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig. Seit Oktober 2004 ist er erneut krank.

Der Kläger verlangt, dass die Beklagte das Anstellungsverhältnis mit dem Chefarzt beendet, hilfsweise, dass sie ihm einen anderen gleichwertigen Arbeitsplatz anbietet, an dem er Weisungen des Chefarztes der Neurochirurgie nicht unterliegt. Außerdem verlangt er Schmerzensgeld. Er meint, die Beklagte habe dafür, dass der Chefarzt sein Persönlichkeitsrecht verletzt habe. Die Beklagte bestreitet „Mobbinghandlungen“ des Chefarztes. Sie habe alles in ihrer Macht Stehende getan, um das Verhältnis zwischen Kläger und Chefarzt zu entspannen. Eine andere adäquate Tätigkeit für den Kläger sei nicht vorhanden.

Das Arbeitsgericht hat die Klage abgewiesen. Die Berufung des Klägers blieb erfolglos. Das Landesarbeitsgericht hat festgestellt, der Chefarzt habe „mobbingtypische Verhaltensweisen“ gezeigt, die sowohl den zwischenmenschlichen Umgang als auch

die Respektierung der Position des Klägers als Erster Oberarzt betroffen hätten. Dennoch hat es einen Schmerzensgeldanspruch verneint, weil der Chefarzt nicht habe erkennen können, dass der Kläger auf Grund der Auseinandersetzungen psychisch erkranken werde.

Der Senat hat das Berufungsurteil aufgehoben und den Rechtsstreit an das Landesarbeitsgericht zurückverwiesen, da der Chefarzt die psychische Erkrankung des Klägers schuldhaft herbeigeführt habe. Für den Schmerzensgeldanspruch habe die Beklagte einzustehen, da der Chefarzt ihr Erfüllungsgehilfe sei. Über die Höhe des Schmerzensgeldes muss das Landesarbeitsgericht entscheiden. Auch ist noch zu prüfen, ob der Kläger unmittelbar Ansprüche gegen die Beklagte hat, weil diese möglicherweise ihre Verpflichtung verletzt hat, den Kläger vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz zu schützen.“

Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 25.10.2007 - 8 AZR 593/06 – Pressemitteilung Nr. 77/07

Chefarztvergütung nach TV-Ärzte

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Der vom BDA unterstützte Musterprozess ist entschieden:

Nach Auffassung des Arbeitsgerichtes Darmstadt ist ein Chefarzt aufgrund der vertraglichen Bezugnahmeklausel in den TV-Ärzte überzuleiten (Urteil vom 19.09.2007, Az. 5 Ca 34/07 - nicht rechtskräftig). Die Gerichtsentcheidung ist auf der BDA-Homepage abrufbar: www.bda.de/01_0start-aktuelles.htm.

Der Krankenhausträger hat gegen das Urteil Berufung eingelegt. Wir werden darüber zu gegebener Zeit berichten.

Ob sich ein Chefarzt auf die Ausführungen des Arbeitsgerichts Darmstadt berufen kann, hängt von der Bezugnahmeklausel im Dienstvertrag ab. Um Gehaltsansprüche nicht zu verlieren, sollten die betroffenen Chefarzte die Überleitung und vor allem den Differenzbetrag schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen. Denn oftmals wird in den Verträgen auf die tarifliche Ausschlussfrist Bezug genommen; demnach verfallen Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis, wenn sie nicht innerhalb von 6 Monaten nach Fälligkeit schriftlich geltend gemacht werden. Zwar können Ansprüche auf die "richtige" Eingruppierung auch später noch geltend gemacht werden, doch für eventuelle Gehaltsnachzahlungen greift die Ausschlussfrist (s. AnästhIntensivmed 1/2007, S. 47). Sollte die Verwaltung den Antrag ablehnen, muss nicht umgehend Klage eingereicht werden. Denn die Verjährungsfrist für Gehaltsansprüche beträgt drei Jahre.

BDAktuell JUS-Letter

Alle bisher veröffentlichten Jusletter sind auch im Internet abrufbar:

www.bda.de/03_2jusletter.htm

