

JUS-Letter

März 2024 | Jahrgang 24 | Ausgabe 1

BDAktuell

In dieser Ausgabe:

Haftungsrisiko fachübergreifende Tätigkeit – Grenzen der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen	V51
Einsicht in Patientenakte: Ausdruck kostenfrei?	V53
Mutterschutzlohn wegen Beschäftigungsverbot als stillende Mutter – Erstattungsanspruch der Arbeitgebenden	V54

Haftungsrisiko fachübergreifende Tätigkeit – Grenzen der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Auch der zunehmende Personalmangel führt dazu, dass manche Kliniken „kreative Lösungen“ suchen und beispielsweise der Anästhesieabteilung die (Mit-)Versorgung der internistischen Intensivpatientinnen/-patienten überträgt. Dazu ist aus rechtlicher Sicht Folgendes zu bedenken:

Zivilrechtliche Haftung

Die Behandlung der Patientinnen und Patienten hat jederzeit nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen (§ 630a Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB). In der Begründung zum Gesetzesentwurf des § 630a BGB ist ausgeführt, dass bei der Festlegung, was im jeweiligen Fachgebiet Standard ist, „maßgeblich... insoweit regelmäßig Leitlinien, die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgegeben werden“ sind.

Nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften/Berufsverbände¹ gelten bei der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen – wie auch für die intraoperative Zusammenarbeit – der

Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz. Dies bedeutet, dass jede ärztliche Fachkraft für die Patientenbehandlung nur aus Sicht ihres Fachgebietes verantwortlich ist und sich darauf verlassen kann, dass die andere ärztliche Fachkraft die Versorgung im Rahmen ihres Fachgebietes adäquat übernimmt. Es gibt hier keine Überwachungs-/Weisungsrechte. Eine Grenze des Vertrauensgrundsatzes ist aber dann erreicht, wenn die andere Fachkraft die ihr obliegenden Aufgaben offenkundig nicht fachgerecht durchführen kann (z. B. Übermüdung); dann muss das fachfremde ärztliche Personal aktiv werden und darf nicht sehenden Auges eine Patientengefährdung hinnehmen.

Intensivmedizin bleibt teilbar und muss dies unter dem Aspekt des jederzeit, innerhalb und außerhalb der Regelzeiten zu gewährleistenden Facharztstandards, auch sein. Dies bedeutet: Wo die ärztliche Fachkraft für Anästhesiologie und Intensivmedizin an ihre Fachgebietsgrenzen kommt, muss der Facharztstandard des fremden Fachgebietes durch entsprechend kompetentes ärztliches Fachpersonal des anderen Fachgebiets, das im Bedarfsfall rechtzeitig zur Versorgung hinzugezogen werden kann, gesichert sein. In der Zusammenarbeit mit Internistinnen/Internisten werden sich die Kom-



**Berufsverband Deutscher
Anästhesistinnen und
Anästhesisten e. V.**

- Justitiare -

Neuwieder Straße 9
90411 Nürnberg

Telefon: 0911 93378 17
0911 93378 19
0911 93378 27

Internet: www.bda.de

¹ Gemeinsame Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin der DGAI und des BDA sowie der DGIM und der DGIIIN, Anästh Intensivmed 2007:48;431–432 = <https://www.bda.de/service-recht/publikationen/empfehlungen-und-vereinbarungen.html>

petenzen in manchen Bereichen zwar überschneiden, gleichwohl sind Anästhesistinnen/Anästhesisten nicht berechtigt und unter haftungsrechtlichen Aspekten auch nicht dafür zuständig, speziell internistische Krankheitsbilder zu versorgen.

Tätigkeiten im fremden Fachgebiet sind zwar rechtlich nicht verboten, führen aber dazu, dass die ärztliche Person an dem Facharztstandard des anderen Fachgebietes gemessen wird. Auch wenn die zu behandelnde Person sich auf der Intensivstation befindet und der Anästhesieabteilung die ärztlich-organisatorische Leitung dieser Station obliegt, hebt dies den Grundsatz der strikten Arbeitsteilung nicht aus. Sollen die Anästhesistinnen/Anästhesisten auch die (Mit-)Betreuung der internistischen Intensivpatientinnen/-patienten übernehmen, kommen folgende Varianten in Betracht:

Variante 1:

Das anästhesiologische ärztliche Fachpersonal ist nur für die intensivmedizinische Behandlung der internistischen Kranken zuständig. Die Behandlung des Grundleidens obliegt weiterhin den internistischen Fachkräften. Dies ist unter haftungsrechtlichen Aspekten nicht zu beanstanden.

Variante 2:

Die ärztliche Fachkraft der Inneren Medizin ordnet im Vorfeld die weitere Therapie an und die ärztliche Fachkraft der Anästhesiologie führt die Maßnahme lediglich aus. Die Verantwortung für die internistische Versorgung und die Therapieentscheidung obliegt damit weiterhin der internistischen Fachabteilung. Auch dies ist haftungsrechtlich nicht zu beanstanden, vorausgesetzt, die Anästhesistinnen/Anästhesisten können die angeordneten Maßnahmen/Therapien fachgerecht durchführen.

Variante 3:

Das ärztliche Personal der Anästhesieabteilung ist für die Patientenbehandlung sowohl im Bereich der Intensivmedizin als auch im Bereich des Grundleidens zuständig und hat hier eigenverantwortlich Therapieentscheidungen zu treffen.

Dann handelt es sich um eine fachübergreifende Tätigkeit, die haftungsrechtlich kritisch zu sehen ist.

Zwar können Ärztinnen/Ärzte aufgrund der Approbation überall auf dem Gebiet der Medizin tätig werden, sie werden aber bei fachfremden Tätigkeiten immer an dem Facharztstandard des fremden Fachgebietes gemessen. Diesen Facharztstandard wird man bei Anästhesistinnen/Anästhesisten bezüglich der Behandlung von internistischen Erkrankungen nicht per se erwarten können. Auch wenn der Krankenhausträger einen internistischen Rufdienst organisiert, wird dies unter Umständen nicht ausreichend sein. Denn problematisch ist ja besonders, dass die ärztliche Fachkraft der Anästhesie etwaige Komplikationen nicht rechtzeitig erkennt und somit auch nicht rechtzeitig den fachgebundenen Hintergrunddienst hinzuzieht.

Strafrechtliche Verantwortung

Wie kritisch fachübergreifende Tätigkeiten sind, machen die beiden Strafurteile des Landgerichts Augsburg und Amtsgerichts Gemünden deutlich. Die Gerichtsentscheidungen betrafen zwar fachübergreifende Bereitschaftsdienste, aber die Ausführungen sind auf jegliche fachfremde Einsätze übertragbar.

Das LG Augsburg hat im Urteil vom 30.09.2004 (Az. 3 KLS 400 Js 109903/01) einen fachübergreifenden Bereitschaftsdienst zwar nicht für grundsätzlich unzulässig erklärt, verlangt aber, durch adäquate organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass der Facharztstandard auch dann gewahrt bleiben kann. In dem entschiedenen Fall wurde auf der chirurgischen Normalstation ein Assistenzarzt der Inneren Abteilung eingesetzt, der die Nachblutung bei einer Patientin nach Strumaresektion nicht rechtzeitig erkannte und somit den chirurgischen Rufdienst zu spät informierte. Outcome der Patientin: Hypoxischer Hirnschaden. Während das Verfahren gegen den bereitchaftsdienstleistenden

Assistenzarzt der Inneren Abteilung gegen Zahlung einer Geldauflage eingestellt wurde, ist der chirurgische Chefarzt zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt worden ist.²

Ähnlich entschied das AG Gemünden am 3.2.2010 (Az. 1 Ls 801 Js 16954/05). In dem Fall ging es um die Nachblutung einer Patientin (Z. n. Sectio) auf der Wochenstation einer Klinik. Trotz eindeutiger und sich verdichtender Hinweise erkannte weder der Beleggynäkologe noch der Weiterbildungsassistent den Volumenmangelschock einer Patientin, die durch Verbluten verstarb.

Der gynäkologische Belegarzt wurde wegen eines mangelhaft organisierten Bereitschaftsdienstes zu einer Freiheitsstrafe von acht Monaten auf Bewährung verurteilt. Das gleiche Strafmaß verhängte das AG Gemünden für den diensthabenden fachfremden Weiterbildungsassistenten.³

Arbeitsrechtliche Verpflichtung?

Ist in den Arbeitsverträgen der Arbeitnehmenden festgelegt, dass sie als ärztliches Personal der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin eingestellt sind, so wird das Direktionsrecht der Arbeitgebenden limitiert. Die Arbeitnehmenden können nicht gegen ihren Willen in anderen Fachabteilungen eingesetzt werden.

Wenn Unternehmen trotzdem die Umstrukturierung und Erweiterung der Zuständigkeiten/Pflichten gegen den Willen der Arbeitnehmenden durchsetzen möchten, dann ist dies nur im Wege einer so genannten Änderungskündigung möglich. Dafür benötigen Arbeitgebende – sofern das Kündigungsschutzgesetz (KSchG) eingreift – einen personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Kündigungsgrund, den sie im Streitfall darlegen und beweisen müssen. Eine Änderungskündigung kann gerichtlich überprüft werden, sofern innerhalb von 3 Wochen nach Erhalt des Kündigungs-

2 Biermann E, Weis E: Fachübergreifender Bereitschaftsdienst = BDAktuell JUS-Letter Juni 2006, Anästh Intensivmed 2006;47:367–370

3 Biermann E, Weis E: Ein Blick ins Gerichtsfach: Fachübergreifender Bereitschaftsdienst = BDAktuell JUS-Letter Juni 2010, Anästh Intensivmed 2010;51:365–368

schreibens Klage erhoben wird und fristgerecht auch ein entsprechender Vorbehalt gegenüber dem Unternehmen erklärt wird (§ 2 KSchG).⁴

Fazit

Tätigkeiten im fremden Fachgebiet sind zwar rechtlich nicht verboten, sind aber – im Hinblick auf den einzuhaltenden Facharztstandard – mehr als kritisch zu sehen. Denn diesen Standard im Bereich der Inneren Medizin werden Anästhesistinnen/Anästhesisten und Intensivmedizinerinnen/-mediziner nicht gewährleisten können, auch wenn die Fachgebiete sich zum Teil überschneiden. Die Abgrenzung der Fachgebiete ergibt sich aus der Weiterbildungsordnung.

Auf jeden Fall ist der Haftpflichtversicherungsschutz zu klären. Üblicherweise sind Arbeitnehmende für die dienstliche Tätigkeit über die Arbeitgebenden haftpflichtversichert. Es sollte eine schriftliche Versicherungsbestätigung für die fachübergreifende Tätigkeit eingefordert werden. Da inzwischen viele Haftpflichtversicherer großen Wert auf Risikomanagement legen, können die Arbeitnehmenden von dortiger Seite Unterstützung erhalten.

Ferner muss auf die Mitverantwortung des Krankenhausträgers in zivil-, aber auch in strafrechtlicher Hinsicht unter dem Aspekt des Organisationsverschuldens hingewiesen werden. Dieser Vorwurf trifft auch die Abteilungsleitungen Anästhesie und Inneren Medizin, die die Dienste zumindest organisieren.

Personalmangel in den anderen Abteilungen rechtfertigt nicht den fachübergreifenden Einsatz von ärztlichem Personal. Der Krankenhausträger ist verpflichtet, dem Chefarzt eine ausreichende Personalausstattung zur Verfügung zu stellen⁵. Auch im Sinne der Patientensicherheit darf es keinen anderen Ansatz

geben. Im Spannungsfeld zwischen ökonomischen Erwägungen und Sorgfaltpflichten räumt der BGH in Zivil- und Strafsachen eindeutig der Sicherheit der Patientin/des Patienten Vorrang ein.

Einsicht in Patientenakte: Ausdruck kostenfrei?

RAin Vera Sperber, Nürnberg

Aufgrund des Behandlungsvertrags haben Patientinnen und Patienten das Recht, in ihre Krankenunterlagen Einsicht nehmen zu können. In § 630g Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ist normiert:

„Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren [...]. Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.“

Art. 15 Abs. 3 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) normiert ferner:

„Der Verantwortliche stellt eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, zur Verfügung. Für alle weiteren Kopien, die die betroffene Person beantragt, kann der Verantwortliche ein angemessenes Entgelt [...] verlangen.“

Die Regelung wird wie folgt begründet (63. Erwägungsgrund):

„¹Eine betroffene Person sollte ein Auskunftsrecht hinsichtlich der sie betreffenden personenbezogenen Daten, die erhoben worden sind, besitzen und dieses Recht problemlos und in angemessenen Abständen wahrnehmen können, um sich der Verarbeitung bewusst zu sein und deren Rechtmäßigkeit überprüfen zu können. ²Dies schließt das Recht betroffene Personen auf Auskunft über ihre eigenen gesundheitsbezogenen Daten ein, etwa Daten in ihren Patientenakten,

die Informationen wie beispielsweise Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Ärzte und Angaben zu Behandlungen oder Eingriffen enthalten. ³Jede betroffene Person sollte daher ein Anrecht darauf haben zu wissen und zu erfahren, insbesondere zu welchen Zwecken die personenbezogenen Daten verarbeitet werden und, wenn möglich, wie lange sie gespeichert werden, wer die Empfänger der personenbezogenen Daten sind, nach welcher Logik die automatische Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt und welche Folgen eine solche Verarbeitung haben kann, zumindest in Fällen, in denen die Verarbeitung auf Profiling beruht. ...“

Damit besteht ein Widerspruch zwischen der Regelung im BGB und der in der DSGVO: Nach der Regelung des BGB ist bereits die erste Kopie kostenpflichtig⁶, nach der DSGVO kann der Verantwortliche jedoch ein Entgelt erst ab der zweiten Kopie verlangen. Ferner ist unklar, was gilt, wenn das Auskunftsverlangen mit einem anderen als dem im obigen Satz 1 des 63. Erwägungsgrunds genannten Zweck oder gar nicht begründet wird.

Genau über diese Fragen hatte der BGH zu entscheiden. Da es sich bei der DSGVO um eine europäische Regelung handelt, die grundsätzlich gegenüber dem deutschen Recht vorrangig ist, legte der Bundesgerichtshof dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) die Fragen (Kostenpflicht, Begründungserfordernis) zur Vorabentscheidung vor.⁷

Mit Urteil vom 26.10.2023⁸ entschied der Europäische Gerichtshof (EuGH) zugunsten der Patientenseite.

Er urteilte zunächst, dass Patientinnen und Patienten eine vollständige Kopie der Dokumente verlangen dürfen, die sich in der Patientenakte befinden, wenn dies für das Verständnis erforderlich sei. Dies

4 Nähere Informationen: Webinarreihe „Recht – erklärt“ → Vortrag „Kündigung erhalten – und jetzt?“ (Juni 2023), für BDA-Mitglieder kostenlos jederzeit abrufbar unter <https://www.bda.de/fortbildung/recht-erklart.html> (Archiv Webinarreihe)

5 Weis E, Biermann E, Pfundstein A: Personalmangel: Organisationspflichten des Krankenhausträgers = BDAktuell JUS-Letter März 2019, Anästh Intensivmed 2019;60:V33–V34

6 So auch schon vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetz: Landgericht München I, Urteil vom 9.11.2008, Az.: 9 O 5324/08 = BDAktuell JUS-Letter Juni 2010, Anästh Intensivmed 2010;51:367–368

7 Bundesgerichtshof, Beschluss vom 29.03.2022, Az.: VI ZR 1352/20

8 EuGH, Urteil vom 26.10.2023, Az.: C-307/22; abrufbar unter <https://www.bda.de/service-recht/rechtsfragen/urteilssammlung.html>

schließe Daten aus der Patientenakte ein, die Informationen wie beispielsweise Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und Angaben zu Behandlungen oder Eingriffen enthalten. Die im Streitfall behandelnde Ärztin sei als Verantwortliche im Sinne der DSGVO für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten des Patienten einzuordnen und müsse daher auch über alle Daten Auskunft erteilen. Wörtlich heißt es in dem Urteil (Rn. 79):

Nach alledem ist auf die dritte Frage zu antworten, dass Art. 15 Abs. 3 Satz 1 DSGVO dahin auszulegen ist, dass im Rahmen eines Arzt-Patienten-Verhältnisses das Recht auf Erhalt einer Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand einer Verarbeitung sind, umfasst, dass der betroffenen Person eine originalgetreue und verständliche Reproduktion aller dieser Daten überlassen wird. Dieses Recht setzt voraus, eine vollständige Kopie der Dokumente zu erhalten, die sich in der Patientenakte befinden und unter anderem diese Daten enthalten, wenn die Zurverfügungstellung einer solchen Kopie erforderlich ist, um der betroffenen Person die Überprüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Daten zu ermöglichen und die Verständlichkeit der Daten zu gewährleisten. In Bezug auf die Gesundheitsdaten der betroffenen Person schließt dieses Recht jedenfalls das Recht ein, eine Kopie der Daten aus ihrer Patientenakte zu erhalten, die Informationen wie beispielsweise Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Ärzte und Angaben zu an ihr vorgenommenen Behandlungen oder Eingriffen umfasst.

In dem zitierten Urteil entschied der EuGH sodann auch eindeutig, dass Pa-

tientinnen und Patienten das in der DSGVO verankerte Recht zustehe, eine erste Kopie der Patientenakte zu erhalten, **ohne dass dafür zusätzliche Kosten entstehen dürfen. Eine Begründung für das Verlangen sei nicht erforderlich.**

Mutterschutzlohn wegen Beschäftigungsverbot als stillende Mutter – Erstattungsanspruch der Arbeitgebenden

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Schwangere und stillende Frauen, die wegen eines Beschäftigungsverbots teilweise oder gar nicht beschäftigt werden dürfen, erhalten von den Arbeitgebenden Mutterschutzlohn. Als Mutterschutzlohn wird das durchschnittliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor dem Eintritt der Schwangerschaft gezahlt (§ 18 Mutterschutzgesetz – MuSchG⁹). Krankenkassen erstatten den Arbeitgebenden auf Antrag den gezahlten Mutterschutzlohn in vollem Umfang (§ 1 Abs 2 Nr. 2 Anwendungsausgleichsgesetz – AAG¹⁰).

Das SG Nürnberg bejahte den Erstattungsanspruch einer Zahnarztpraxis, die aufgrund eines gefährdungsbedingten Beschäftigungsverbot der angestellten, stillenden Zahnärztin Mutterschutzlohn zahlte (Urteil vom 04.08.2020, Az. S 7 KR 3030/20).

Das SG Nürnberg stellt klar, dass der Anspruch auf Mutterschutzlohn nicht auf die ersten zwölf Monate nach der Geburt der Kinder begrenzt ist und wies damit die Argumentation der Krankenkasse, die sich auf § 7 Abs. 2 MuSchG berief, zurück. Nach dieser gesetzlichen Regelung haben Arbeitgebende die stillenden Frauen auf ihr Verlangen während der ersten zwölf Monaten nach

der Entbindung für die zum Stillen erforderliche Zeit freizustellen. In den Entscheidungsgründen führt das Gericht aus:

„In § 18 MuSchG ist eine derartige Befristung nicht enthalten. Darüber hinaus scheidet eine analoge Anwendung von § 7 Abs. 2 MuSchG aus.

...

Die Begrenzung der Stillzeit auf 12 Monate, wie in § 7 MuSchG formuliert, geht eben von Freistellung von der Arbeit aus: Nach einem Jahr wird das Kind vielleicht nur noch morgens und abends gestillt. Das lässt sich dann mit einem normalen Arbeitsplatz gut vereinbaren, Stillpausen am Arbeitsplatz sind in der Regel nicht mehr notwendig. Es ist jedoch von der Natur aus nicht vorgesehen, dass mit Beginn des 13. Lebensmonats Kinder gar nicht mehr gestillt werden. Und das sieht auch der Gesetzgeber so: Er hat die höchste zulässige Stillzeit keineswegs generell auf die ersten 12 Monate nach der Entbindung begrenzt. Bei einem Beschäftigungsverbot liegen aber am Arbeitsplatz Gefährdungsrisiken vor, die eine Beschäftigung der werdenden oder stillenden Mutter verbieten. Stillt sie länger als ein Jahr, und sei es nur morgens oder abends, ändert sich daran nichts.“

Fazit

Der Anspruch auf Freistellung während der Stillzeit ist auf zwölf Monate nach der Geburt des Kindes begrenzt. Diese zeitliche Regelung gilt nicht für den Gesundheitsschutz. Arbeitgebende müssen über die gesamte Stillzeit sicherstellen, dass Gesundheitsgefährdungen für Stillende und ihr Kind ausgeschlossen sind.

Ausführliche Informationen zu dem Thema Mutterschutz – Rechtliche Rahmenbedingungen und praktische Umsetzung in der Anästhesiologie, Schmerztherapie, Intensiv- und Palliativmedizin finden Sie auf der BDA-Homepage: <https://www.bda.de/service-recht/mutterschutz-in-der-anaesthesiologie.html>.

Kontaktdaten BDA-Rechtsabteilung

Bitte richten Sie Ihre Rechtsfragen an folgende E-Mail-Adressen, zugeordnet entsprechend dem Anfangsbuchstaben Ihres Nachnamens. Dies sind auch telefonisch bereits Ihre Ansprechpartnerinnen in der Geschäftsstelle.

Sekretariat:

Gabriele Schneider-Trautmann (A–K)	Tel.: 0911-93378-27	E-Mail: gschneider@bda-ev.de
Simone Schmitt (L–R)	Tel.: 0911-93378-17	E-Mail: sschmitt@bda-ev.de
Filiz Özgün (S–Z)	Tel.: 0911-93378-19	E-Mail: foezguen@bda-ev.de

⁹ https://www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018/
¹⁰ <https://www.gesetze-im-internet.de/aufag/>