



Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Bereitschaftsdienst

Notaufnahme

Intensivstation



Inhaltsverzeichnis

Präambel

Patientensicherheit und Bereitschaftsdienst S. 1

**Zur Organisation der Internisten Intensivmedizin
an Universitätskliniken und Krankenhäusern S. 3**

**Zur Organisation der Notaufnahme an
Universitätskliniken und Krankenhäusern S. 5**

Präambel

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin unterstützt die Einführung neuer Organisationsformen zur Verbesserung der Ökonomie an Universitätskliniken und Krankenhäusern sofern diese zugleich zu einer Steigerung der Effizienz der Patientenversorgung beitragen und die Standards von Patientensicherheit und Facharztbehandlung wahren. Vielfach diskutierte neue Organisationsformen sind die zentrale Intensiveinheit, die zentrale Notaufnahmestation und der zentralisierte Bereitschaftsdienst. Hierzu hat die DGIM Stellung genommen.

Patientensicherheit und Bereitschaftsdienst

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zu einer Entschließung des 108. Deutschen Ärztetages

Zu Recht erwarten Patientinnen und Patienten ein Vorhalten fachspezifischer Bereitschaftsdienste durch Ärztinnen und Ärzte, die über eine entsprechende Weiterbildung in ihrem Gebiet verfügen. Dies gilt in besonderem Maße auch für Notsituationen und Notfälle und für die stationäre ärztliche Versorgung zu Zeiten von Bereitschaftsdiensten. Für die präklinische Notfallmedizin ist dies durch eine verbindliche Fort- oder Weiterbildung Rettungsdienst und Notfallmedizin sichergestellt. In der Organisation der stationären Versorgung verlangt dies ein Vorhalten fachspezifischer Bereitschaftsdienste durch Ärzte, die über eine entsprechende Weiterbildung in ihrem Gebiet verfügen.

Der 108. Deutsche Ärztetag hat fachübergreifenden Bereitschaftsdienst in Kliniken im Interesse der Patientensicherheit generell abgelehnt und die medizinischen Fachgesellschaften dringend aufgefordert, hierzu klare Positionen zu beziehen.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin sieht mit großer Sorge, dass der Bereitschaftsdienst häufig nicht mit Ärztinnen und Ärzten besetzt wird, die über ein adäquates Weiterbildungswissen in ihrem Gebiet verfügen. Derartige Rationalisierungsmaßnahmen gefährden unmittelbar die Patientensicherheit und erhöhen sowohl das Haftungsrisiko des Krankenhaussträgers als auch der Klinikleitungen und der am

Bereitschaftsdienst beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Werden aus organisatorischen Gründen eine Ärztin oder ein Arzt mit noch nicht abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet zum Bereitschaftsdienst eingesetzt, so geschieht dies unter der Voraussetzung, dass der verantwortliche leitende Arzt den Weiterbildungsgrad der betroffenen Ärzte für ausreichend fortgeschritten hält und ein Facharzt des Gebietes als Hintergrunddienst stets verfügbar ist.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung kann eine personelle ärztliche Unterversorgung, die den erreichbaren medizinischen Standard gefährdet, bei Verwirklichung dieser Gefahr zu einer Haftung

des Krankenhausträgers führen. Der Krankenhausträger muss organisatorisch gewährleisten, dass er mit dem vorhandenen ärztlichen Personal seine Aufgaben auch erfüllen kann. Deswegen darf der Krankenhausträger keine Organisation des ärztlichen Dienstes dulden, die die Gefahr mit sich bringt, dass die im Bereitschaftsdienst eingesetzten Ärzte den Patienten nicht den geforderten Facharztstandard gewähren können. Für alle Abschnitte eines diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens muss ein qualifizierter Arzt bereitstehen, der das fachliche Gebotene veranlassen und überwachen kann. Der Standard muss beim Eingriff selbst wie in der postoperativen Phase gewährleistet bleiben. Diese Forderungen des BGH gelten nicht nur für die „operativen“ Fächer, sondern für alle Fachgebiete.

Die Einrichtung fachübergreifender Bereitschaftsdienste verletzt darüber hinaus die arbeitsrechtliche Fürsorgepflicht des Krankenhausträgers gegenüber den in diesem Dienst eingesetzten Ärztinnen und Ärzten, weil sie ihnen im Haftungsfall das Risiko eines Übernahmeverschuldens aufbürdet.

Die Rechtsprechung erwartet von jedem Arzt, dass er seine Kenntnisse und Fähigkeiten bei Übernahme einer Behandlung prüft und einschätzt. Übernahmeverschulden ist immer gegeben, wenn die Kenntnisse und Fähigkeiten des Arztes den objektiven Standard medizinischer Versorgung, der stets der jeweilige Facharztstandard ist, nicht mehr gewährleistet. Übernahmeverschulden liegt bereits vor, wenn ein Arzt eine Behandlung übernimmt, obgleich er mit der neuesten Literatur des für ihn fachfremden Gebietes nicht vertraut ist. Die Anordnung fachüberschreitender Bereitschaftsdienste zwingt daher den für diese Dienste eingeteilten gebietsfremden gewissenhaften Arzt in eine von ihm unverschuldete Konfrontation mit der Klinikleitung, weil er aus seiner Verantwortung gegenüber den Patienten und in Wahrnehmung seiner eigenen berechtigten Interessen die Übernahme dieses Dienstes verweigern müsste. Dass eine solche konsequente Haltung das Dienstverhältnis unerträglich belastet, liegt auf der Hand.

Aus diesen Gründen ist dringend zu wünschen, dass der

Beschluss des 108. Deutschen Ärztetages und die Warnungen der medizinischen Fachgesellschaften den Gesetzgeber veranlassen, den aufgezeigten Gefahren entgegenzusteuern.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin weist weiterhin nachdrücklich darauf hin, dass auf den gleichen Gründen der Patientensicherheit alle Internistinnen und Internisten unabhängig von einer späteren Subspezialisierung über entsprechende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinen Inneren Medizin verfügen müssen. Dies kann über einen festgelegten, strukturierten, qualitätsgesicherten Truncus communis Innere Medizin in der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin sichergestellt werden. Es gilt in gleicher Weise auch für den hausärztlichen Versorgungsbereich, in sofern dort Patienten mit Erkrankungen der inneren Organe betreut werden.

Zur Organisation der Internistischen Intensivmedizin an Universitätskliniken und Krankenhäusern

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Bei Organisation und Betrieb einer interdisziplinären Intensivstation ist im Hinblick auf die ärztliche Behandlungsführung und Behandlungsverantwortung Folgendes zu beachten und sicherzustellen, auch wenn die Organisationsverantwortung gebündelt in einer Hand liegt: In deutschen Krankenhäusern haben die Patienten den Rechtsanspruch auf eine ärztliche Behandlung nach dem Facharztstandard. Dies gilt auch für den kritisch Kranken der Intensivmedizin. Die Intensivmedizin ist in Deutschland fachspezifisch und gebietsintegriert organisiert. Dies bedeutet, dass in jedem Gebiet mit intensivmedizinischen Verantwortungs- und Versorgungsaufgaben die Fachärzte in ihrer Gebietsweiterbildung Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen in der intensivmedizinischen Diagnostik und Therapie ihres Gebietes erhalten. Es bedeutet zugleich, dass jeder Patient mit Grundleiden eines bestimmten Gebietes

der Weiterbildungsordnung Anspruch auf die ärztliche Behandlung durch den Arzt mit den dokumentierten Kenntnissen dieses Gebietes hat. Dabei geht es um die Behandlungsführung und Behandlungsverantwortung, die auch nicht durch konsiliarische Mitbetreuung ersetzt werden kann. Dieses gilt unverändert auch nach der neuen Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gemäß Beschluss des 106. Ärztetages 2003 in Köln.

Die Zusatzweiterbildung der Intensivmedizin ist eine Zusatzqualifikation im Gebiet. Die Zusatzweiterbildung setzt den Gebietsarzt voraus; nur nach abgeschlossener Weiterbildung in einem Gebiet kann der Arzt die Zusatzweiterbildung antreten. Die in der Zusatzweiterbildung erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen gelten paragrahengemäß nur für im Gebiet enthaltene Erkrankungen. Für die Zusatzweiterbildung

bedeutet dies, dass sie immer eine gebietspezifische Weiterbildung ist und damit nur für die gebietspezifische Behandlungsführung qualifiziert. Alle Spiegelstriche der Zusatzweiterbildung beziehen sich auf die im Gebiet genannten Krankheiten. Anders ausgedrückt: es gibt in Deutschland keine interdisziplinäre Intensivmedizin, weder als Gebiet noch in der Zusatzweiterbildung. Hat beispielsweise ein Internist die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin absolviert, so ist er „Internist - Intensivmedizin oder Internist - Internistische Intensivmedizin“.

Im Sinne der Gebietsbezeichnung Innere Medizin und Allgemeinmedizin kommt gemäß Beschluss des 106. Deutschen Ärztetages 2003 in Köln in Abschnitt B 12.2 zur Gebietsbezeichnung Innere Medizin noch der Schwerpunkt z. B. Kardiologie, Pneumologie etc. hinzu. In dieser Nomenklatur heißt es

dann - pars pro toto - für diese beiden Schwerpunkte

- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie, Intensivmedizin,
- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie, Intensivmedizin oder
- Internist und Kardiologe/Pneumologe, Intensivmedizin oder

- Internist und Kardiologe/Pneumologe, Internistische Intensivmedizin

Die Weiterbildungsordnung sieht nur deshalb den adjektivischen Zusatz des Gebietes als wahlweise vor, weil nach der Weiterbildungsordnung ohnehin die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin nur im Gebiet zusätzlich qualifiziert. Führt ein Arzt die intensivmedizinische Behandlung eines kritisch kranken Intensivpatienten in einem anderen

als dem in seinem Gebiet enthaltenen Grundleiden durch, so handelt er gebietsfremd. Im Falle eines Behandlungsfehlers tritt für das Krankenhaus der Vorwurf des Organisationsverschuldens, für den Arzt der Vorwurf des Übernahmeverschuldens rechtlich zu.

Zur Organisation der Notaufnahme an Universitätskliniken und Krankenhäusern

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)

Bisher hat es sich in Deutschland medizinisch bewährt, dass die Notaufnahmen der Universitätskliniken und Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen in chirurgische und internistische Notaufnahmen unterteilt sind und im Regel- und Bereitschaftsdienst von Ärzten dieser beiden Fachgebiete auf Facharztniveau versorgt werden. Überlegungen zu Einsparmaßnahmen und neuen Arbeitszeitregelungen führen jedoch unverkennbar zu einer Diskussion neuer Organisationsformen. Dabei ist analog zur Intensivmedizin eine Tendenz zur Neuorganisation der Notaufnahme in Form großer, zentraler, multidisziplinärer Einheiten erkennbar.

Der Krankenhausträger muss sich in der *Organisation der Notaufnahme* mit der gleichen haftungsrechtlichen Problematik auseinandersetzen, die für die Intensivmedizin und den Bereitschaftsdienst gilt. Der Krankenhausträger muss organisatorisch sicherstellen, mit dem vorhandenen

ärztlichen Personal eine dem Facharztstandard gerechte Behandlung der Patienten zu gewährleisten. Er muss den ärztlichen Dienst so gestalten, dass alle in die Notaufnahme eingelieferten oder sich in ihre Behandlung begebenden Patienten unverzüglich und ohne vermeidbaren Zeitverlust in die dem Krankenhaus mögliche fachärztliche Diagnostik und Therapie gelangen. Die in der Notaufnahme tätigen Ärztinnen und Ärzte müssen befähigt sein, sowohl die lebenserhaltenden Funktionen zu sichern als auch ohne vermeidbaren Zeitverlust die gebotene fachärztliche Behandlung zu veranlassen. Es obliegt der Organisationspflicht des Krankenhausträgers, in der Notaufnahme Ärztinnen und Ärzte einzusetzen, die diesen Qualifikationsanforderungen gerecht werden.

Aus *medizinischer Sicht* ist entscheidend zu beachten, dass das Kollektiv der Patienten in der Notaufnahmestation keineswegs identisch ist mit dem Kollektiv der für die

präklinische Notfallmedizin definierten Notfallpatienten, sondern deutlich vom Spektrum präklinischer Notfälle im engeren Sinne abweicht. Anders als in der präklinischen Notfallmedizin entscheiden Ärztinnen und Ärzte in der Notaufnahmestation keineswegs nur über die zu treffenden Sofortmaßnahmen. In ihre Verantwortung fällt vielmehr auch die weiter reichende Entscheidung über eine indizierte stationäre Aufnahme in eine zuständige Fachabteilung oder aber die Entlassung nach Hause. Die Aufgabenstellungen und damit die Qualifikationsanforderungen für die Entscheidungsfindung in der Notaufnahme reichen deutlich über die Entscheidungen einer präklinischen Notfallmedizin hinaus und können daher nicht allein von der präklinischen Notfallmedizin her definiert werden.

Notaufnahmestationen sollten daher in primär konservative, chirurgische und pädiatrische Sektionen/Einheiten gegliedert sein und es müssen jeweils



Ärztinnen und Ärzte des zuständigen Gebietes die Untersuchung und Behandlung der Patienten verantwortlich übernehmen. Wird aus organisatorischen Gründen eine in der zuständigen Abteilung/Klinik tätige Ärztin oder tätiger Arzt mit noch nicht abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet in der Notaufnahme eingesetzt, so geschieht dies unter der Voraussetzung, dass der verantwortliche leitende Arzt den Weiterbildungsgrad der betroffenen Ärzte für ausreichend fortgeschritten hält und ein Facharzt des Gebietes als Hintergrunddienst stetig verfügbar ist. Es ist Teil der Aufgabe und Verantwortung der leitenden Ärzte und der

Klinikleitung sicherzustellen, dass in diesen Sektionen/Einheiten jeweils Ärztinnen und Ärzte der betroffenen Fachabteilung/Klinik die Patienten primär sehen, untersuchen und Sofortentscheidungen treffen.

Es ist bekannt, dass es sich bei Patienten einer Notaufnahme in der Regel in mehr als der Hälfte der Fälle um Erkrankungen des Gebietes der Inneren Medizin handelt. Damit stellt sich, analog zur Problematik zentraler Intensivseinheiten, die Frage nach der Zuständigkeit und Verantwortung von Internisten in zentralen Notaufnahmestationen. Gerade die Behandlung

von Notfällen eines Fachgebietes verlangt höchste fachspezifische Kenntnisse. Die fachspezifische Erstentscheidung bestimmt Verlauf, Ausgang und Prognose akuter Erkrankungen. In Kliniken der Maximalversorgung muss die Primärversorgung der Patienten in der Notaufnahme, insbesondere wenn es sich um Fälle unklarer Zuordnung zu einem Fachgebiet handelt oder wenn komplexe, nur fachspezifisch zu lösende Fälle zu erwarten sind, durch den Internisten gewährleistet sein.