



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 fachübergreifende 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 Haf-

tungsrisiko des Krankenhausträgers als auch der Klinikleitungen und der am Bereitschaftsdienst beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Wird 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 fachlich 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 gewährleisten. 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 weiters nachdrücklich darauf hin, dass aus 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.

*Kommission Struktur,
Krankenversorgung,
Wissenschaftsfragen der DGIM,
Prof. Dr. H. Lehnert (Vorsitzender),
Magdeburg*

