

Arzt im Praktikum – die zulässigen Tätigkeiten

Zu dem Beitrag von Dr. jur. Ulrich Baur in Heft 28/29 1988

Rechtliche Gefahrenstellen

Diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die sich nicht täglich mit Arztrechtsfragen befassen, müssen nach dem Studium dieses Beitrages den Eindruck gewinnen, daß der Arzt im Praktikum (AiP) künftig so eingesetzt wird und gegebenenfalls genauso selbständig handeln darf wie der eben approbierte Arzt, der am Beginn seiner Weiterbildung steht, wobei ausführlich auf den Willen des Gesetzgebers, die Bundesärzte- sowie die Approbations-Ordnung Bezug genommen wird. Demgegenüber werden aber die in der Rechtsprechung und in der Rechtspraxis dieser Auffassung entgegenstehenden Meinungen nur angedeutet.

Wenn man als rechtsmedizinischer Sachverständiger fast täglich mit Ermittlungsakten konfrontiert wird, in denen Ärzten unter anderem der Vorwurf der Außerachtlassung ihrer Sorgfaltspflicht gemacht wird, dann fühlt man sich verpflichtet, die praktizierende Ärzteschaft und in diesem Zusammenhang vor allem die leitenden Krankenhausärzte nachdrücklich auch auf die Gefahren hinzuweisen, die sich mit dem AiP dann ergeben, wenn zu arglos der Auffassung von Dr. Baur gefolgt wird.

So lautet der im Mittelpunkt der Zusammenfassung in diesem Beitrag stehende Satz: „Die ständige Anleitung und unmittelbare Beaufsichtigung durch den approbierten Arzt ist somit nicht erforderlich.“ Nach entsprechenden Erläuterungen dieser Auffassung wird dann unter Hinweis auf einen der besten Sachkenner des Arzthaftrechtes, den Präsidenten des Oberlandesgerichts Celle, Dr. jur. Harald Franzki, für alle Leser von Dr. Baur beruhigend hinzugefügt: „Letztlich unterscheidet

sich die hier vertretene Rechtsauffassung wohl nur geringfügig von der Rechtsauffassung von Franzki.“

Leider erfährt der Leser nicht, daß sich Dr. Franzki als prominenter Vertreter der Rechtsprechung grundlegend zur rechtlichen Problematik des AiP in der Zeitschrift „Arzt und Krankenhaus“ 1988, Heft 3, sowie in Anästh. Intensivmed. 29 (1988) 140 f. geäußert hat und als „der Mann der Rechtspraxis“ auch unter Hinweis auf die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) zu einer völlig entgegengesetzten Auffassung kommt.

Aus dieser Veröffentlichung sei nur folgender Absatz zitiert, der erkennen läßt, daß keinesfalls nur „ein geringfügiger Unterschied der Rechtsauffassung“ zwischen Dr. Baur und Dr. Franzki vorliegt. So schreibt Dr. Franzki zur Aufsichtspflicht gegenüber dem AiP: „Anders als in der Weiterbildungszeit, in der der bereits approbierte Arzt unter sich ständig lockernder Anleitung zu eigenverantwortlichem Handeln herangeführt wird und selbständig eingesetzt werden kann, sobald er ungeachtet der noch ausstehenden Prüfung fachärztlichen Standard erreicht hat (vergl. BGH Medizinrecht 1984, 63, Zur Anfängeroperation), bedeutet der Status des AiP, daß der junge Arzt bis zum Ende des Praktikums unter *fortdauernder Aufsicht* eines approbierten Arztes steht und *dieser* den fachärztlichen Standard zu verbürgen hat. Ihn trifft also ein höheres Maß an Verantwortung und Aufsichtspflicht als den Arzt, der bisher über den Einsatz von Assistenzärzten zu entscheiden hat und zur Weiterbildung ermächtigt ist. Die Grenzen zwischen Aus- und Weiterbildung dürfen hier nicht verwischt werden.“

Welchen strengen Maßstab der BGH auch an die Erfüllung der ärztlichen Sorgfaltspflicht selbst bei be-

reits approbierten Berufsanfängern in Übereinstimmung mit der von Dr. Franzki für den AiP vertretenen Auffassung legt, hat das kürzlich gegen eine im Anfangsstadium ihrer Weiterbildung befindliche Assistenzärztin ergangene BHG-Urteil, AZ: VI ZR 246/86 – (20. 4. 88) (Die Neue Ärztliche Nr. 114 vom 20. 6. 1988) gezeigt, auf das der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, in Wahrung seiner Fürsorgepflicht der Ärzteschaft gegenüber, auch sofort reagierte, indem er unter anderem an die Kliniker appellierte, unerfahrene Ärzte „nicht ohne Aufsicht sich völlig selbst überlassen“ arbeiten zu lassen.

Es sollte mit dieser Erwiderung keine Kontroverse ausgelöst, aber pflichtgemäß das Vorhandensein von zahlreichen arztrechtlichen Gefahrenstellen im Rahmen der AiP-Zeit deutlicher herausgestellt und insbesondere für den leitenden Klinikarzt bewußter gemacht werden. Seien wir uns dessen bewußt, daß der im Haftpflichtprozeß beschuldigte Arzt nicht an den Vorstellungen des Gesetzgebers und an den Interpretationen von Ministerien und einzelnen Juristen zu Verordnungen, sondern ausschließlich an den Leitsätzen der höchstrichterlichen Rechtsprechung gemessen wird.

Prof. Dr. med. H.-J. Wagner
Direktor des Instituts
für Rechtsmedizin der
Universität des Saarlandes
6650 Homburg/Saar

Eingeschränkte Verantwortung

Der AiP ist Arzt mit eingeschränkten Rechten und Verantwortlichkeiten. Er soll während der AiP-Zeit unter Anleitung die Mängel des bisherigen Studienganges ausgleichen und dabei zum eigenverantwortlich tätigen Arzt herangebildet werden. Er ist in diesem Ausbildungsabschnitt ein Lernender! Deshalb bleibt er während der gesamten AiP-Zeit in den innerhalb weniger Monate zu wechselnden Ausbil-

dungsplätzen (zum Beispiel Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und ambulante Praxis) unter Aufsicht tätig. Der betreuende berufserfahrene Arzt hat ihm Aufgaben nach dem fortschreitenden Kenntnisstand zu übertragen und die ordnungsgemäße Durchführung zu überwachen. Damit wird der AiP unter ständiger verantwortlicher Betreuung zur eigenverantwortlichen Selbständigkeit geführt, die er am Ende der AiP-Zeit für die Aufgaben als Arzt für die primärärztliche Versorgung besetzen soll.

Das schließt auf jeden Fall den Einsatz eines AiP als verantwortlichen Stationsarzt einer inneren oder chirurgischen Station ebenso aus wie eine Belastung mit den Aufgaben des Nacht- oder Bereitschaftsdienstes ohne ständige (!) Anwesenheit eines erfahrenen Arztes. Hier bestimmen sehr häufig in Minuten zu treffende Entscheidungen über das Schicksal des Patienten, zum Beispiel bei Herzinfarkt, Lungenembolie, Komazuständen, akutem Bauch und vielen anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen, die zur Krankenhauseinweisung zwingen. Wie beim Einsatz auf dem Notarztwagen, der erst nach mindestens einjähriger Berufserfahrung als Arzt und nach Teilnahme an mehrtägigen speziellen Vorbereitungskursen erfolgen kann, muß auch für den Nacht- und Bereitschaftsdienst zumindest gleiche – wenn nicht sogar eine größere – Berufserfahrung vorausgesetzt werden, wenn den berechtigten Ansprüchen der Patienten, auch entsprechend der durch höchstrichterliche Urteile geschärften Verantwortung der Krankenhausträger und der leitenden Ärzte, genügt werden soll. Die Einhaltung dieser Maximen ist zwingend!

Der verwirrende Vergleich des AiP mit bisher aus dem Studium in Krankenhäuser gekommenen jungen Ärztinnen und Ärzten ohne Berufserfahrung muß berücksichtigen, daß sich die Rechtslage verschärfend geändert hat. Der AiP besitzt eben nicht den gleichen formalen Status wie die bisherigen frisch approbierten Ärzte. Im übrigen war es bisher schon an keiner verantwortlich und damit gut geführten Krankenhaus-

abteilung üblich, solche jungen ärztlichen Mitarbeiter ohne angemessene Einarbeitungszeit, deren Erfolg besonders überwacht wurde, in größere Selbständigkeit zu führen. Dazu war in aller Regel mindestens ein halbes Jahr erforderlich – und für die Übernahme größerer Verantwortung wesentlich mehr. Bisher war die durch erfahrene Ärzte zu leistende aufwendige Einarbeitung junger Ärzte nur relativ selten und wurde durch die daran anschließende mehrjährige Mitarbeit des Nachwuchses für die Institution ausgeglichen. Das trifft auf die Einarbeitung im AiP-Status nicht zu, weil hier nach wenigen Monaten aus zwingenden Ausbildungsgründen die Plätze gewechselt werden müssen. Eine Entlastung des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus kann daher gar nicht erwartet werden. Alle sich auf diese Hoffnung gründenden Überlegungen sind weitab von der Realität!

Zweifellos können sogenannte regierungsamtliche Interpretationen zur Einsatzfähigkeit des AiP nie und nimmer den Anspruch der Patienten auf Behandlung durch genügend qualifizierte Ärzte beeinträchtigen, was an einschlägigen Entscheidungen des Bundesgerichtshofes schwer abzulesen ist. . .

Prof. Dr. med. Ulrich Kanzow
Koblenzer Straße 91
5300 Bonn 2

Assistenzarzt erster und zweiter Klasse

In seinen Ausführungen kann ich keinen großen Unterschied zwischen AiP und frisch approbiertem Assistenzarzt bezüglich der Aufgabengebiete erkennen, nur daß anscheinend jetzt geplant ist, den Arzt in Zukunft zum Gehalt eines Hilfspflegers arbeiten zu lassen, und das nach sechsjähriger Ausbildung.

Sicher haben mangelndes Kostenbewußtsein von seiten der Ärzteschaft und zum Teil sinnloser Apparateneinsatz dazu geführt, daß sich unser Gesundheitswesen so verteuert hat, aber ich finde es ausgesprochen unfair, die jungen Kollegen

dies abtadeln zu lassen, um auf diese Weise eine kostenmäßige Nulllösung anzustreben. Es sollte doch wenigstens der Mut aufgebracht werden dies zuzugeben, anstatt uns mit Halbwahrheiten zu verdummen.

Das Argument, durch Einführung des AiP zu verhindern, daß sich Kollegen direkt nach der Approbation niederlassen, ist insofern nicht überzeugend, als man als Berufsanfänger keine Kassenzulassung bekommt und von Privatpatienten wohl kaum jemand überleben kann.

Auch führt der anfängende Assistenzarzt, als Beispiel im Artikel, keine Anfängerrop's ohne Aufsicht eines erfahrenen Kollegen durch, wo ist also der Unterschied?

Daß das Medizinstudium zum Teil praxisfremd und mit sinnlosem Stoff aufgebläht ist, steht wohl außer Zweifel. Aber dann sollte man doch, wie schon der Name sagt, die Studieninhalte und Prüfungsordnung reformieren und nicht alles beim alten lassen. Noch was dranhängen ist natürlich viel bequemer. Auch sollten sich einige Professoren darauf besinnen, daß man sich auch in der Lehre profilieren kann. Auch denke ich, daß mit Einführung des AiP der Status des Studenten im „PJ“ noch weiter herabgemindert wird. Anstatt hier die Situation und den Einsatzbereich und damit auch den Lerneffekt zu verbessern, wird eine Dreiklassenärzteschaft eingeführt, was hinsichtlich der Kompetenzen zu einem heillosen Durcheinander führen dürfte.

Übrigens haben mir einige Kollegen versichert, daß die Medizinalassistenten gar nicht so schlecht war und daß sie bei weitem nicht so unselbständig gearbeitet haben wie im Artikel angeführt. . .

Was mich interessieren würde ist, wie ist die Aufgabenverteilung, wenn ein frisch approbierter Assistenzarzt und ein AiP gleichzeitig ohne Berufserfahrung auf einer Station zusammen ihren Dienst anfangen? Ist dann an die Einführung des Assistenzarztes erster und zweiter Klasse für diese Fälle vorgesehen?

Dr. med. Hans Dietmar Voigt
Katzbachstraße 11
1000 Berlin 61