
Strafrechtliche Risiken bei Delegation ärztlicher Leistungen an den Arzt im Praktikum (AiP)

– Der AiP im Bereitschaftsdienst –

von RA Dr. Thomas Alexander Peters, Koblenz

I. Die Notwendigkeit der Delegation von Tätigkeiten ist heute mehr denn je erforderlich. Ökonomische Erfordernisse führen insbesondere in Krankenhäusern zu intensivem Einsatz der AiP. Die weitmöglichste Delegation trägt nicht unerheblich zu einem funktionsfähigen Gesundheitswesen bei.

Die Kehrseite der Medaille zeigt sich in der Gefahr für die delegierenden und aufsichtsführenden Ärzte, die strafrechtliche Haftung für Behandlungszwischenfälle, welche durch einen AiP verschuldet sind, übernehmen zu müssen. Diese Haftung setzt einen Verstoß gegen die Sorgfaltspflichten voraus, der

sich in der unzulässigen Delegation von Tätigkeiten begründen kann. Aus diesem Grunde ist es für aufsichtsführende Ärzte von Bedeutung, bei der Delegation an den AiP im Rahmen zweifelsfrei zulässiger, delegierbarer Tätigkeiten zu verbleiben.

Seit der rechtlichen Einführung des AiP durch das vierte Gesetz zur Änderung der BÄO vom 14. 3. 1985 sowie der tatsächlichen Einführung dieser Tätigkeit im Herbst 1988 werden die Befugnisse des AiP und damit das Maß der zulässigen Delegation kontrovers diskutiert. Vor dem Jahre 2004 ist nicht damit

zu rechnen, das daß Modell des AiP abgeschafft wird, so daß zumindest bis zu diesem Zeitpunkt eine Gefahrensituation durch Delegation ärztlicher Leistungen besteht.

Neben ökonomischen Vorgaben beeinflussen sowohl die Sicherheit der Patienten als auch rechtliche Rahmenbedingungen die Diskussion. Die rechtlichen Vorgaben ermöglichen keine klare Definition der Befugnisse des AiP. Im Leitfaden für Ärztin und Arzt im Praktikum, herausgegeben vom Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, der Aufschluß über die Einsatzmöglichkeiten geben soll, wird der Einsatz nach Einschätzung des Ausbilders für zulässig gehalten. Welche Voraussetzungen hieran zu knüpfen sind, bleibt hingegen offen. Eine zuverlässige Entscheidung, ob im Einzelfall eine fehlerhafte Delegation vorgelegen hat oder nicht, kann in Zweifelsfällen nur durch die höchstrichterliche Rechtsprechung erfolgen.

II. Die strafrechtliche Haftung des Arztes kann auf ärztlichem, pflegerischem oder organisatorischem Fehlverhalten beruhen, sofern dieses auf seine individuelle Schuld zurückzuführen ist. Ein strafrechtliches Einstehenmüssen für fremdes Verschulden ist unserer Rechtsordnung fremd.¹ Im Rahmen arbeitsteilig organisierter Bereiche muß deshalb immer in erster Linie geprüft werden, wer für welche Maßnahmen verantwortlich ist.²

Der von der Rechtsprechung ab Ende der 50er Jahre entwickelte Vertrauensgrundsatz bestimmt und begrenzt die individuelle Verantwortung des Handelnden. Der Vertrauensgrundsatz besagt hinsichtlich der horizontalen Arbeitsteilung, daß im Interesse einer reibungslosen und effizienten Behandlung grundsätzlich Vertrauen auf die fehlerfreie Mitarbeit von Kollegen anderer Fachrichtungen bestehen darf.³ »Etwas anderes kann nur gelten, wenn der leitende Arzt Anhaltspunkte dafür hat, daß die Untersuchungen unsorgfältig oder nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend durchgeführt worden sind.«⁴

Im Verhältnis zum approbierten und erfahrenen Arzt ist der AiP jedoch kein gleichgeordneter Kollege, vielmehr steht er in einem hierarchischen Verhältnis auf unterer Stufe. Auch wenn die Rechtsprechung den Vertrauensgrundsatz prinzipiell auf die vertikale Arbeitsteilung übertragen hat,⁵ so bedingt die unterschiedliche Struktur der Arbeitsteilung ein unterschiedliches Maß an Vertrauen, das dem Mitarbeiter entgegengebracht werden kann.⁶

Der AiP ist noch in der Ausbildung befindlich. Die damit verbundene Unerfahrenheit muß einen Zweifel an der Zuverlässigkeit aufkeimen lassen, der – zumindest zunächst – eine Kontrollpflicht des Ausbildenden statuiert.⁷

Aufgrund dieser Kontrollpflicht bedurfte der 1988 durch den AiP abgelöste Medizinalassistent der ständigen »Anleitung« und »Aufsicht«. Eine Delegation zur selbständigen Leistungsverrichtung war unzulässig und kausal für die Haftung des beaufsichtigenden Arztes, der sämtliche seiner Tätigkeiten zu verantworten hatte.

Der AiP ist auf seine Aufgabe – theoretisch – gut vorbereitet. Zusätzlich war er bereits als Arzt im praktischen Jahr tätig. Insofern steht ihm fraglos ein größerer (Be-) Handlungsspielraum offen, korrespondierend mit einem größeren Vertrauenspotential, aufgrund dessen die Delegation einzelner Leistungen nach einer »Kennenlernphase« zulässig ist. Im Gegensatz zum Medizinalassistenten, der noch der »Anleitung« und »Aufsicht« bedurfte, ist bei Verrichtungen des AiP seinem Ausbildungsstand entsprechend lediglich dessen »Aufsicht« durch einen approbierten Arzt notwendig.

Damit geht partiell die Möglichkeit einher, den AiP selbständig einzusetzen, doch kann sich die selbständige Tätigkeit nicht auf sämtliche Bereiche des ärztlichen Wirkens erstrecken. So ist auch anerkannt, daß es Tätigkeiten gibt, die selbst approbierten Ärzten in der Weiterbildung erst gegen Ende der

Weiterbildungszeit zur selbständigen Erledigung überlassen werden können. Nach dem Leitfaden für AiP ist beispielsweise eine Vertretertätigkeit während der Urlaubszeit oder im Falle einer längerdauernden Abwesenheit im Kollegenkreis sowie im ärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst ausgeschlossen. Die Approbation des Arztes oder die Erlaubnis der Bundesärzteordnung, nach der die AiP die Rechte und Pflichten eines approbierten Arztes erwerben, ist alleine die berufsrechtliche Voraussetzung zur Ausübung der Heilkunde im gesamten Bereich der Humanmedizin. Die Weiterbildung des approbierten Arztes und seine Anerkennung als Facharzt sind keine Voraussetzungen für die selbständige Tätigkeit.⁸

Der Umfang des – selbständigen – Einsatzes nachgeordneter Ärzte, die sich in der Weiterbildung befinden, richtet sich folgerichtig nicht nach ihrer Berufsbezeichnung, sondern er obliegt dem Ausbilder, der sich von der Qualifikation des Arztes zunächst ein Bild machen muß.

Dieses »Einschätzenlernen« des Ausbilders, das mit der »Praxisbewährung« des jungen Arztes einhergeht,⁹ vollzieht sich in vier logischen Schritten, wobei der approbierte Arzt die theoretisch fundierten Kenntnisse des Arztes aufgrund seines abgeschlossenen Studiums unterstellen darf.

1. Zuschauen des in der Weiterbildung befindlichen Arztes beim Ausbilder.
2. Delegation einzelner Verrichtungen an den jungen Arzt unter ständiger persönlicher Anleitung und Aufsicht.
3. Selbständige Übertragung einzelner Behandlungsmaßnahmen mit wachsendem Schwierigkeitsgrad und Komplexionsdichte bei Möglichkeit der Kontaktierung des Ausbilders.
4. Übertragung weitreichender Entscheidungsbefugnisse bezüglich Diagnose und Therapiewahl, wobei sich der junge Arzt bei der geringsten Unsicherheit den Rat des Ausbilders einzuholen hat.¹⁰

In Anbetracht dieser logischen Ausbildungsphasen stellt sich für die Einsatzmöglichkeiten des AiP zunächst die Frage, welches Stadium der Selbständigkeit er erreichen kann. Ausbildungsziel ist, daß der AiP in eine selbständige und eigenverantwortliche ärztliche Tätigkeit hineinwächst. Die selbständige Übertragung einzelner Behandlungsmaßnahmen muß demnach jedenfalls möglich sein, wenn der AiP die ersten beiden Phasen erfolgreich durchlaufen hat.

III. Die Beurteilung, ob – und wenn ja unter welchen Voraussetzungen – der Einsatz des AiP im Bereitschaftsdienst erfolgen kann, soll anhand der tatsächlichen Problematik erörtert werden:

Dem AiP obliegt bei der Einlieferung des Patienten die selbständige Entscheidung der Versorgung des Patienten. Er kann die Versorgung übernehmen oder andernfalls den beaufsichtigenden Arzt herbeirufen. Mit letztgenannter Entscheidung

1 Bergmann, Arbeitsteilung und Vertrauensgrundsatz im Arztstrafrecht, veröffentlicht in: Medizin und Strafrecht – Strafrechtliche Verantwortung in Klinik und Praxis, 35, 36.

2 Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, Rdnr. 142.

3 BGHSt 3, 91, 96; BGH, NJW 1980, 649 f.

4 BGH, NJW 1998, 1802.

5 BGH, StV 1988, 251.

6 Vgl. Bergmann, a. a. O., 41.

7 Vgl. Stratenwerth, Arbeitsteilung und ärztliche Sorgfalt, FS für Eberhard Schmidt zum 70. Geburtstag 383 ff.

8 Vgl. Opderbecke/Weißbauer, Forensische Probleme der ärztlichen Weiterbildung am Beispiel der Parallelnarkose, MedR 1994, 134 f.

9 Der Leitfaden für AiP ermöglicht so den Einsatz des AiP im Bereitschaftsdienst nach ausreichender Einarbeitung und Entscheidung durch den Ausbilder.

10 Vgl. Peter, Arbeitsteilung im Krankenhaus aus strafrechtlicher Sicht, 93 f.; Opderbecke, Die Delegation von Aufgaben an Ärzte in Abhängigkeit vom Weiterbildungsstand in der Anästhesiologie, Anästh. Intensivmedizin 1983, 105, 107; Franzki, Rechtsfragen der Anfängeroperation, MedR 1984, 186.

könnte ein Zeitverlust verbunden sein, der im ungünstigsten Fall fatale Folgen für den Patienten hat.

Es stellt sich zunächst die Frage der Zulässigkeit der Entscheidungsfreiheit des AiP, ob er die Versorgung des eingelieferten Patienten übernimmt. Sollte dem nicht approbierten Arzt diese Entscheidungsbefugnis zustehen, so ist im Anschluß zu diskutieren, welcher Zeitverlust vertretbar ist, bis der beaufsichtigende Arzt zur Versorgung des Patienten hinzukommt, falls der AiP dies für notwendig erachtet.

1. Die Entscheidungsbefugnis, die dem AiP im Bereitschaftsdienst zukommt, entspricht der vierten und letzten Ausbildungsphase. In der Literatur wird davon ausgegangen, daß jedenfalls der Arzt in der Weiterbildung die vierte Phase der Selbständigkeit erreichen muß.¹¹ Der vollapprobierte Arzt arbeitet in der Regel mehrere Jahre lang in einer Fachabteilung, um so die Voraussetzungen für die Erlangung der Facharztbezeichnung zu schaffen, währenddessen der AiP in der Regel in mehreren Fachabteilungen im operativen als auch nichtoperativen Bereich tätig ist.¹²

Der approbierte Arzt kann infolgedessen grds. auf profundere Erfahrungen zurückgreifen, außerdem kann ihn der Ausbilder aufgrund mitunter jahrelanger Zusammenarbeit besser einschätzen. Der Einsatz des AiP im Bereitschaftsdienst wird von seiten der Literatur¹³ daher zum großen Teil für unzulässig gehalten.

M. E. muß das Maß der zulässigen Tätigkeit des AiP sowohl im Abgleich mit den Ausbildungsinhalten im Vergleich zum Arzt in der Weiterbildung als auch im Lichte der ratio der Einschränkung seiner Tätigkeit betrachtet werden: vor dem Hintergrund des Patientenschutzes.

Die Ausbildung des AiP und des approbierten Arztes in der Weiterbildung sind inhaltlich gleichwertig. Dies ergibt sich bereits aus der Anrechnungsfähigkeit der AiP-Tätigkeit auf die Weiterbildungszeit.¹⁴ Es bedarf demzufolge weiterer sachlicher Gründe dafür, dem AiP im Gegensatz zum Arzt in der Weiterbildung die Entscheidungsfreiheit der Behandlung im Bereitschaftsdienst nicht zuzubilligen. Die relativ kurze Kennenlernzeit von Facharzt und AiP ist ein grundsätzlich beachtliches Argument. Gänzlich ausgeschlossen muß deshalb der Einsatz neuer AiP gelten.¹⁵ Positiv dagegen wäre die Ableistung der Praxisphase des AiP in vollem Umfang im operativen Bereich.¹⁶

Die Phase des persönlichen Einschätzenlernens ließe sich verkürzen, wenn der AiP nach jeder durchlaufenen Station eine Bewertung erhält, die neben der fachlichen Eignung Aufschluß über das Verantwortungsbewußtsein und die Selbstevaluation des Arztes gibt. Der neue Ausbilder wird sich anhand einer solchen Bewertung schneller ein Bild vom AiP machen können.

Wenn sich der AiP bereits unter der Aufsicht und ständigen Abwesenheit seines Ausbilders bewährt hat und als qualifiziert erachtet wird, darf ihm die Versorgung der neu eingelieferten Patienten überlassen werden, soweit aus der Analyse und Befundung die Diagnose zweifelsfrei gestellt werden kann.¹⁷ Hinderungsgründe bestehen nicht, denn selbst in dieser vierten Phase muß er bei kleinsten Unsicherheiten einen approbierten Arzt hinzuziehen.¹⁸

Dies wendet Schaden vom Patienten ab. Es ist kein Grund ersichtlich, dem als zuverlässig bekannten und erprobten AiP diese Entscheidungsbefugnis nicht zukommen zu lassen. So führte auch der BGH mit Urteil vom 27. 9. 1983 aus:

»Solange irgendwelche Zweifel an dem erforderlichen Ausbildungsstand des Anfängers bestehen, muß die Operation von einem Facharzt, der stets anwesend ist, überwacht werden.«

Dem Anfänger wird eindeutig die Möglichkeit eingeräumt, selbständig zu handeln, solange die Kontrolle¹⁹ durch einen Facharzt gewährleistet ist.

2. Für das Wohlbefinden/Überleben des Patienten ist die Zeitspanne der maßgebliche Faktor, die vergeht, bis bei Anforderung ein erfahrener Arzt zur Verfügung steht.

Die Zulässigkeit des Einsatzes ist daher nicht auf die Frage zurückzuführen, ob der AiP in der vierten Ausbildungsphase tätig werden darf, sondern ob eine Verfügbarkeit des approbierten erfahrenen Arztes sichergestellt werden kann, die der Patientenschutz gebietet.

Dementsprechend heißt es in der amtlichen Begründung zu § 34 ÄAppO, daß der AiP nach ausreichender Einarbeitung und bei entsprechendem Ausbildungsstand auch im Bereitschaftsdienst eingesetzt werden kann, sofern der Rufbereitschaftsdienst voll ausgebildeter Ärzte entsprechend gestaltet sei.²⁰ Die Rufbereitschaft soll die schnelle Eingriffsmöglichkeit erfahrener Ärzte gewährleisten.

Grundsätzlich steht diese Einschätzung im Einklang mit jüngerer BGH-Rechtsprechung zur Anfängernarkose. Der BGH beschränkte das Erfordernis der *Anwesenheit* eines Fachanästhesisten auf die Risikophasen der Narkose. Außerhalb dieser Risikophasen bleibt mindestens ein *Rufkontakt* zum Facharzt erforderlich.

Die Ärztekammer Westfalen Lippe geht im Jahre 1991 in Informationen zur Tätigkeit als AiP von der Zulässigkeit des Einsatzes aus, sofern die *Rufbereitschaft* eines qualifizierten, approbierten Arztes gewährleistet ist.

Rufkontakt und Rufbereitschaft unterscheiden sich durch die unmittelbare räumliche und zeitliche Nähe des beaufsichtigenden Arztes.

Die Rufbereitschaft, die im Rahmen des Bereitschaftsdienstes in den meisten Krankenhäusern Usus ist, genügt den Anforderungen der Rechtsprechung daher nicht mehr. Oftmals vergehen 15 oder auch 30 Minuten, bis der approbierte Arzt in Rufbereitschaft zur Stelle ist.

Teilweise wird in der Literatur gefordert, daß der approbierte Arzt in analoger Anwendung zu Nr. 3.1.3. der »Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin« innerhalb von 15 Minuten am Einsatzort erscheinen muß. Meines Erachtens kann diese Richtlinie in Hinblick auf die Durchführung des Bereitschaftsdienstes durch den AiP keine Anwendung finden, denn auch gemäß § 23 Nr. 1 RöVO muß ein fachkundiger Arzt in Rufweite sein, wenn der AiP in der Röntgenabteilung im Bereitschaftsdienst eingesetzt ist.

Daraus folgt, daß die Aufsicht des approbierten Arztes derart ausgestaltet sein muß, daß der in Rufbereitschaft stehende Facharzt auf jeden Fall über sämtliche Neuzugänge informiert wird und von sich aus in geregelten Abständen bei dem diensthabenden AiP nach Neuigkeiten fragt.

In den Fällen, in denen die Hinzuziehung des approbierten Arztes durch den AiP erforderlich ist, ist eine Rufbereitschaft ungenügend, aufgrund derer der qualifizierte Facharzt erst 15 Minuten später vor Ort ist. Unter Einbeziehung der höchstgerichtlichen Rechtsprechung zur Anfängeroperation muß *vielmehr ein Rufkontakt zum Facharzt gewährleistet sein*.

Aufgrund der heutigen ökonomischen Engpässe im Gesundheitswesen kann es jedoch nicht erforderlich sein, daß ein qualifizierter Facharzt jederzeit anwesend ist, um die tätigen AiP

11 Vgl. vorige Fn.

12 Vgl. Peter, a. a. O., 103 f.

13 Neben Peter a. a. O., 107, einschränkend 148, Franzki, Der AiP – Arzt oder Azubi?, Anästh. Intensivmedizin 1988, 140 f.; Opderbecke/Weißauer, Der Arzt im Praktikum, Anästh. Intensivmedizin 1986, 58 ff.; kritisch Baur, Die Rechtsstellung des Arztes im Praktikum (AiP), MedR 89, 111, 116.

14 Narr, Ärztliches Berufsrecht, 88.4.

15 Der Leitfaden fordert eine »ausreichende Einarbeitung«.

16 Die Ableistung in nur einem Bereich wird durch den Leitfaden für AiP ermöglicht.

17 Im Ergebnis auch Kroes, Was darf er – der AiP? –, MedR 94, 478, 481.

18 Vgl. Baur, a. a. O.

19 Der Leitfaden für AiP spricht von »kollegialer Supervision«.

20 Vgl. BR-Drucks. 372/86.

zu beaufsichtigen. Ein solches Erfordernis würde gerade in kleineren Krankenhäusern zum finanziellen Kollaps führen. Statt dessen sollte eine sinnvolle Auslegung des Begriffes Rufkontakt erfolgen – im Licht der Rufbereitschaft. Im Hinblick auf die jeweiligen örtlichen Verhältnisse muß es möglich sein, den beaufsichtigenden Arzt auch telephonisch herbeizurufen. Hierbei muß dessen faktische telephonische Erreichbarkeit gewährleistet sein. Wenn dies sichergestellt werden kann, ist dem Aspekt der räumlichen Nähe meiner Ansicht nach Genüge getan.

Fraglich bleibt, welche Anforderungen an den zeitlichen Aspekt gestellt werden müssen. Zum Schutze des Patientenwohls dürfte es nicht ausreichend sein, wenn unvorhersehbare Faktoren, die sich ausschließen lassen, Einfluß auf die Zeitspanne haben, die der Arzt benötigt, um zum Einsatzort zu gelangen. Insoweit spielt wiederum die räumliche Distanz eine nicht unerhebliche Rolle. Ich halte es für nicht ausreichend, daß der Arzt in Rufbereitschaft 15 Minuten bis zum Einsatzort benötigt, wenn er sich hierzu technischer Hilfsmittel bedient. Befindet sich sein Wohnort jedoch in »Rufweite« des Krankenhauses, so müßte es auch den Anforderungen der Rechtsprechung genügen, wenn sich der Arzt von dort zum Einsatzort begibt. Jedenfalls wird es ihm möglich sein, innerhalb weniger Minuten zu erscheinen. Dementsprechend darf dem beaufsichtigenden Arzt kein Vorwurf gemacht werden, wenn er seiner Aufsichtspflicht aus anderen Räumlichkeiten des Krankenhauses nachkommt – sofern sein Erscheinen innerhalb weniger Minuten sichergestellt ist.

IV. In Anbetracht der Tatsache, daß die hier statuierten Anforderungen aufgrund ökonomischer Erfordernisse in den meisten Krankenhäusern nicht gewahrt werden können, ist die Gefahr strafrechtlicher Haftung gegenwärtig.

Als sog. Übernahmeverschulden trifft die strafrechtliche Haftung den AiP, der eine Behandlung übernimmt, obwohl er

nicht ausreichend qualifiziert ist. Ebenso trifft sie den beaufsichtigenden Arzt als abgeleitete Sorgfaltspflicht, da er die Organisation defizitär gestaltet und Aufsicht und Kontrolle defizitär ausgeübt hat. Diese Haftungskette ist fortzusetzen bis zum leitenden Arzt, der die Generalverantwortung trägt und dem mangelhafte Personaleinteilung zur Last gelegt werden kann.

Neben den verantwortlichen Ärzten kann die strafrechtliche Haftung auch den Verwaltungschef eines Krankenhauses treffen, wenn sich nachweisen läßt, daß Fehler in der Budgetplanung die vorgefundenen Mängel zur Folge haben müssen.

Es ist daher dringend zu empfehlen, daß leitende Ärzte beim Krankenhausträger auf die Beseitigung personaler Defizite hinwirken, da auch eine strafrechtliche Haftung des Verwaltungsleiters den personalverantwortlichen Mediziner nur selten exkulpieren kann.

Es bleibt zu hoffen, daß die Rechtsprechung die Einsatzmöglichkeiten des AiP bei der Beurteilung von Behandlungszwischenfällen nicht restriktiver faßt als hier vorgeschlagen, denn – so führte *Stratenwerth* bereits 1961 aus – »die ärztliche Behandlung erschöpft sich nicht in einer Summe kunstgerechter technischer Verrichtungen, sondern fordert die persönliche Hinwendung des Arztes zum Patienten (...). Soll dieses persönliche Engagement auch unter den erschwerten Bedingungen des modernen Krankenhausbetriebes wenigstens *möglich* bleiben und nicht von Rechts wegen verhindert werden, so muß der Arzt sich in gewissen Grenzen auf die Mitarbeit von Kollegen, Schwestern und Pflegern verlassen dürfen. Ein Arzt, der sich um alles und jenes kümmert, wird sich zwar nicht dem strafrechtlichen Vorwurf des Sorgfaltsmangels aussetzen; ein guter Arzt aber wird er schwerlich sein.«²¹

²¹ *Stratenwerth*, a. a. O., 388.