

RA Dr. Christian Schlottfeldt¹ / Jan Kutscher / Lars Herrmann

07/2007

Zulässig: Fachübergreifende Bereitschaftsdienste Operationalisierung und Standards sorgen für Rechtssicherheit

Unter fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten wird hier die Gewährleistung eines ärztlichen (Vordergrund-)Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus durch einen fachübergreifend tätigen Arzt verstanden. Ein Beispiel sind gemeinsame Bereitschaftsdienste verschiedener operativer Disziplinen, etwa der Unfallchirurgie und der Orthopädie. Das Thema wird aber zunehmend auch über solche „benachbarten“ Kombinationen deutlich hinausgehend erörtert: Ist es möglich, dass *zum Beispiel*

- der internistische Anwesenheitsdienst die neurologischen und psychiatrischen Patienten mitbetreut?
- der chirurgische Anwesenheitsdienst auch die urologischen Patienten bis zum Eintreffen des urologischen Rufdienstes versorgt?
- der internistische Bereitschaftsdiensthabende auch für die chirurgischen Patienten zuständig ist, während der chirurgische Kollege mit dem Notarzteinsatzfahrzeug außerhalb des Krankenhauses unterwegs ist?
- -der Anästhesist die Patienten des HNO-Belegarztes bis zu dessen Eintreffen aus der Rufbereitschaft versorgt?

Von der Frage des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes unberührt sind die fachspezifischen Hintergrunddienste, die in der Regel zusätzlich bestehen und meist von einem Oberarzt oder Facharzt in Rufbereitschaft wahrgenommen werden. Die nachfolgenden Ausführungen widmen sich also ausschließlich dem im Krankenhaus anwesenden Vordergrunddienst.

Warum überhaupt fachübergreifende Bereitschaftsdienste?

Es sind vor allem diese drei Aspekte, die für fachübergreifende Bereitschaftsdienste sprechen:

- Kleine Abteilungen können ohne drohende Nicht-Einhaltung der durchschnittlichen gesetzlichen Höchstarbeitszeiten zum Teil keine eigenen Bereitschaftsdienste mehr stellen, wenn die Arbeitsfähigkeit durch eine zu geringe Tagesbesetzung nicht beeinträchtigt werden soll.
- Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind kostengünstiger als parallel vorgehaltene Vordergrunddienste für jede Fachabteilung. Dies gilt i.d.R. auch dann, wenn im Zuge der Zusammenlegung von Bereitschaftsdiensten auf-

¹ Der Autor ist Kooperationspartner der Arbeitszeit & Organisation im Gesundheitswesen Herrmann Kutscher Leydecker Woodruff, Berlin und Rechtsanwalt in Berlin (www.arbeitszeitkanzlei.de)



grund der erhöhten Inanspruchnahme künftig Schichtdienst statt Bereitschaftsdienst geleistet werden muss.

- Durch fachübergreifende Bereitschaftsdienste können die Auswirkungen zusätzlicher Ruhezeiten (kein Weiterarbeiten „nach Dienst“ mehr zulässig) gesetzeskonformer Arbeitszeitmodelle besser aufgefangen werden, da die Mitarbeiterpräsenz im wichtigen Tagesdienst näher am bisherigen Niveau gehalten werden kann.
- Auf Grund der fortschreitenden medizinischen Spezialisierung und in diesem Zuge der weiteren Auffächerung (im Sinne der Aufspaltung bislang zusammengehöriger Fächer) wird die Frage der fachübergreifenden Zusammenarbeit immer bedeutsamer. Wie sich beispielsweise vor geraumer Zeit die Neurologie von der Inneren Medizin abgespalten hat und so manches Krankenhaus vor die Frage der fachübergreifenden Bereitschaftsdienstorganisation stellt, stellen inzwischen weitere Separationstendenzen vor allem auf den Gebieten der Inneren Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Nephrologie usw.) und der Chirurgie (Allgemein-, Unfall-, Viszeralchirurgie, operative Orthopädie) die Krankenhäuser vor zusätzliche Herausforderungen.

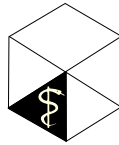
Gerade für kleinere Krankenhäuser mit entsprechend kleinen Abteilungen (und daher ausgeprägter „Mindestbesetzungsproblematik“) kann diese Frage zu einem wichtigen Kriterium werden, um im Wettbewerb zu bestehen. Denn größere abteilungsinterne Rationalisierungsreserven bestehen hier immer seltener, so dass in der disziplin- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit Optimierungspotenziale gesucht werden müssen.

Viele Krankenhäuser schrecken trotz der oben skizzierten Potenziale fachübergreifender Bereitschaftsdienste vor deren Einrichtung zurück bzw. scheuen sich, die Existenz solcher Dienste zuzugeben. Dies wird häufig durch Hinweise auf die angebliche Unzulässigkeit einer solchen Organisationsform, unabsehbare Haftungsrisiken und entgegenstehende Äußerungen der jeweiligen Fachgesellschaften begründet.

Dabei sind fachübergreifende Bereitschaftsdienste in deutschen Krankenhäusern verbreiteter als man auf Grund ihrer allgemeinen Ablehnung zumindest in der Fachliteratur zu vermuten geneigt ist. Auf der Basis interner Erhebungen schätzen wir, dass fachübergreifende Kooperationsformen innerhalb des Bereitschaftsdienstes – wie sie oben exemplarisch beschrieben sind – in jedem dritten bis vierten Allgemeinkrankenhaus praktiziert werden.

Rechtliche Aspekte

Hinsichtlich der angeblichen Unzulässigkeit fachübergreifender Bereitschaftsdienste ist die Rechtslage jedoch keinesfalls so eindeutig, wie dies auf Seiten der Krankenhausträger häufig wahrgenommen wird. Zunächst ist festzustellen, dass es keine Rechtsnorm gibt, die dem Krankenhausträger generell einen eigenen (fachspezifi-



schen) Bereitschaftsdienst für jede vom Krankenhaus angebotene Behandlungsfachrichtung vorschreibt. Ein derartiger allgemeiner Satz könnte sich allenfalls aus den Grundsätzen einer vertrags- und sorgfaltsgerechten Patientenbehandlung ergeben, zu der der Krankenhausträger gegenüber dem Patienten verpflichtet ist. In diesem Zusammenhang wird häufig darauf hingewiesen, dass der Krankenhausträger aufgrund des Behandlungsvertrages eine ärztliche Behandlung gemäß Facharztstandard schulde, was bei einem fachübergreifenden Bereitschaftsdienst nicht gewährleistet sei.

Die Bedeutung des „Facharztstandards“ für die Bereitschaftsdienstorganisation

Bei der Frage der zivilrechtlichen Haftung sowie der strafrechtlichen Verantwortlichkeit spielt der „fachärztliche Standard“ eine zentrale Rolle. Dieser Begriff hat seit den 1970er Jahren die zuvor gebräuchlichen Begriffe wie „Stand der Wissenschaft und Technik“ oder „Kunstregeln“ in der Begrifflichkeit der Rechtsprechung abgelöst². Mit Rückgriff auf den „fachärztlichen Standard“ wird der vom Gesetzgeber geforderten „im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“ (§ 276 Abs. 2 BGB) Genüge getan, deren Außerachtlassung fahrlässiges Handeln begründet und damit zur Arzthaftung führt. Anders formuliert³:

1. Die Einhaltung der objektiven Sorgfaltspflicht schützt vor zivil- und strafrechtlichen Konsequenzen.
2. Die Einhaltung ist dann gewährleistet, wenn die ärztliche Behandlung entsprechend dem „medizinischen Standard“ erfolgt.
3. Der medizinische Standard entspricht „Facharztqualität“.

Facharztqualität erfordert allerdings keinesfalls, dass der betreffende Arzt die jeweilige Facharztanerkennung besitzt („formale Facharztqualität“), sondern dass er

„die Behandlung theoretisch wie praktisch so beherrscht, wie das von einem Facharzt dieses Fachs erwartet werden muss. Das kann der Arzt einer anderen Fachrichtung sein, aber auch ein approbierter Arzt in Weiterbildung zum Facharzt.“⁴

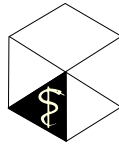
"Generell und basal gilt, dass der Patient zu jedem Zeitpunkt Anspruch auf eine Behandlung mit dem Standard bzw. der Qualität eines erfahrenen Facharztes hat. Solches ist jedenfalls im Ergebnis sicherzustellen (was nicht bedeutet, dass zwingend stets ein Facharzt im formellen Sinne tätig werden muss; vielmehr genügt, dass der Handelnde über die gerade für den konkreten Eingriff gebotene Qualifikation objektiv und subjektiv verfügt.)“⁵

² Ulsenheimer (1998)

³ vgl. Bock (2005)

⁴ Steffen (1995)

⁵ Bock (2007), S. 62



Dabei wird in der Praxis meist übersehen, dass die gegenwärtige Form des (abteilungsspezifischen) Bereitschaftsdienstes ebenfalls keine fachärztliche (Sofort-)Versorgung sichert. Denn in der Regel handelt es sich bei den Bereitschaftsdienst leistenden Ärzten um Assistenzärzte in der Weiterbildung zum Facharzt. Dabei ist Voraussetzung für die Übernahme der Bereitschaftsdienste meist nur eine Mindesteinarbeitungszeit, so dass mitunter auch wenig erfahrende Ärzte Bereitschaftsdienst leisten. Die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgungsqualität wird letztlich nur durch das „Back Up“ des rufbereitschaftshabenden Facharztes (i.d.R. des Oberarztes) gewährleistet. Dies ist auch zulässig, da die vertragliche Verpflichtung einer fachärztlichen Behandlung keine formelle Facharztqualifikation bei allen behandelnden Ärzten voraussetzt, sondern eben „nur“ eine tatsächliche Leistungsqualität nach den Regeln der (fach)ärztlichen Kunst.

Dies setzt für den Bereitschaftsdienst durch einen Nicht-Facharzt insbesondere voraus, dass der Bereitschaftsdiensthabende

- a) den kritischen Verlauf als solchen überhaupt erkennen kann oder über einen kritischen Verlauf rechtzeitig vom Pflegepersonal informiert wird,
- b) den Facharzt in der Rufbereitschaft unverzüglich hierüber unterrichtet und
- c) die Notwendigkeit von Sofortmaßnahmen erkennt und diese auch nach den Regeln der (fach)ärztlichen Kunst ausführt.

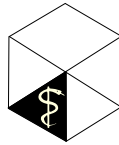
In der Praxis muss dem durch diverse organisatorische Maßnahmen Rechnung getragen werden, insbesondere

- ausreichende Einarbeitung,
- entsprechende Unterweisung in Einzelfällen und
- verstärkte Dienstaufsicht (vor allem bei „Anfängern“).

Ob dies stets gewährleistet ist, steht auf einem anderen Blatt. Geht man davon aus, dass durch organisatorische Maßnahmen die Übernahme der Bereitschaftsdienstes durch einen Assistenzarzt in Weiterbildung innerhalb einer Fachrichtung behandlungsvertragskonform und haftungsrechtlich unbedenklich ist (also insbesondere keine Sorgfaltspflichtverletzung darstellt), so stellt sich die Frage, ob unter Beachtung der gebotenen organisatorischen Vorkehrungen nicht auch fachübergreifende Bereitschaftsdienste realisiert werden können.

Aktueller Stand der Rechtsprechung

Soweit ersichtlich gibt es bislang kein höchstrichterliches Urteil, das sich grundsätzlich mit den organisatorischen Voraussetzungen eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes beschäftigt oder dessen Grenzen aufzeigt. Allerdings haben sich



verschiedene Gerichte im Zusammenhang anderer Fragestellungen mit dem Charakter des Bereitschaftsdienstes und daraus resultierender Organisationspflichten befasst:⁶

- So hielt etwa der Bayerische Verwaltungsgerichtshof⁷ die Zustimmung der Chefärzte der gynäkologischen und chirurgischen Abteilung zur Einrichtung eines gemeinsamen Bereitschaftsdienstes, der vom Landkreis als Krankenhausträger beschlossen worden war, nicht für erforderlich. In seiner Begründung führte der Senat aus, dass der Bereitschaftsdienst lediglich sicherstellen müsse, dass bei akut auftretenden Notfällen zu Zeiten, in denen der Facharzt nicht auf der Station anwesend sei, erste Hilfsmaßnahmen für die Kranken ergriffen werden, die auch ein Arzt der jeweils anderen Abteilung ergreifen könne. Dabei wies das Gericht ebenfalls darauf hin, dass auch ein fachspezifisch besetzter Bereitschaftsdienst sich auf solche Hilfsmaßnahmen beschränken müsse, denn sonst könne er seiner Aufgabe, bei sämtlichen akuten Notfällen in seiner Abteilung sofort zur Verfügung zu stehen, nicht gerecht werden.
- Mit ähnlicher Begründung schloss sich das Verwaltungsgericht Hannover⁸ der Auffassung der gesetzlichen Krankenkassen als Sozialleistungsträger an, dass die Aufgabe des ärztlichen Bereitschaftsdienstes nur darin bestehe, bei akut auftretenden Notfällen erste Hilfsmaßnahmen für die Patienten zu ergreifen und nicht die eigentliche fachliche Versorgung sicherzustellen. Es hielt daher einen fachübergreifenden Bereitschaftsdienst in der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung, an dem sich auch Chirurgen und Urologen beteiligen, für medizinisch vertretbar.
- Das Landgericht Augsburg⁹ verurteilte den Chefarzt einer chirurgischen Abteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen. In der Urteilsbegründung wurde dem Angeklagten vorgeworfen, dass er

„keine geeigneten und ihm möglichen organisatorischen Maßnahmen getroffen bzw. konkrete Anweisungen dafür erteilt hatte“,

mit denen auch während des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes die Schädigungen des Patienten in Folge der

„vorhersehbar inadäquaten Reaktion eines nicht ausreichend geschulten fachfremden Bereitschaftsarztes“

hätten vermieden werden können.

⁶ vgl. Andreas (2005), Bock (2005), Ulsenheimer (2005)

⁷ BayVGH, Ur. v. 12.11.1981 - KRS 81.097.

⁸ VG Hannover, Ur. v. 22.01.1990 - KRS.90.043.

⁹ LG Augsburg, Ur. v. 30.09.2004 - 3 KLS 400 Js 109903/01.



Das Landgericht stützte den Vorwurf sorgfaltswidrigen Verhaltens dabei nicht (!) auf die Tatsache der Übertragung des Bereitschaftsdienstes an einen fachfremden Arzt, sondern stellte auf die im konkreten Fall erforderlichen organisatorischen Maßnahmen ab, die im betreffenden Fall schuldhaft unterlassen worden waren.

Damit stellt sich die Frage, ob sich für die Praxis des Krankenhausbetriebes allgemeine Maßstäbe formulieren lassen, bei deren Beachtung ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst in der Regel als sorgfaltsgemäß einzustufen ist. Dabei ist zu betonen, dass auch bei Beachtung solcher Maßstäbe ein „Restrisiko“ sorgfaltswidrigen Handelns bleibt – ein Risiko, das aber letztlich bei jeder Dienstorganisation, die Nicht-Fachärzte in den Bereitschaftsdienst einbezieht, gegeben ist.

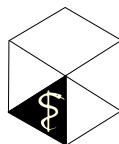
Streng genommen besteht dieses Risiko auch im Tagesdienst: Denn häufig werden die Patienten auf den Stationen von mehr oder minder erfahrenen Assistenzärzten betreut, während Fach- und Oberärzte der Abteilung bei anderen Tätigkeiten gebunden sind – nicht selten mit erschwerter Erreichbarkeit, etwa bei laufendem OP-Programm. Auch für einen Notfall am Tag müssten also organisatorische Vorkehrungen getroffen werden, die eine jederzeitige Patientenbehandlung gemäß Facharztstandard sicherstellen.

Die Rolle fachmedizinischer Empfehlungen

Fraglich ist, wie die (meist ablehnenden) fachmedizinischen Empfehlungen im Zusammenhang der Frage einer vertrags- und deliktsrechtlich unbedenklichen Organisation des Bereitschaftsdienstes einzuordnen sind. Derartigen Verlautbarungen kommt zweifellos die Funktion der Formulierung der Rahmenbedingungen einer zufriedenstellenden Patientenversorgung zu. Fraglich ist allerdings, welche (Rechts-)Wirkungen dies bei Abweichungen von derartigen Empfehlungen beinhaltet. Dabei ist zunächst festzustellen, dass es, wie oben ausgeführt, vertrags- und deliktsrechtlich nicht auf das Vorhalten von ausreichend formal qualifiziertem Personal geht, sondern um eine am *konkreten Einzelfall* orientierte sorgfaltsgemäße Leistungserbringung gemäß fachärztlichem Standard. Dieser Standard artikuliert sich haftungsrechtlich

- in der Erbringung bestimmter (Behandlungs-)Leistungen sowie
- dem Treffen organisatorischer Vorkehrungen, um notwendige Behandlungsleistungen so rechtzeitig erbringen zu können, dass ein Schaden für den Patienten vermieden wird.

Wenn die Fachgesellschaften in bestimmten Konstellationen kategorisch hiervon abraten, so erfüllt eine fachübergreifende Organisation des Bereitschaftsdienstes dennoch juristisch nicht zwangsläufig den Tatbestand einer Sorgfaltspflichtverletzung. Denn die Frage, ob sorgfaltsgemäß gehandelt wurde, ist stets eine Frage der von den Gerichten vorzunehmenden Würdigung des Einzelfalls. In diesem Zusammenhang ist es also zu undifferenziert, wenn fachübergreifende Bereitschaftsdienste für



bestimmte Konstellationen grundsätzlich ausgeschlossen werden, weil sich die jeweiligen Fachgesellschaften

*„insoweit klar geäußert“ (und) „damit die rechtliche Beurteilung präjudiziert“*¹⁰

hätten, oder wenn die Auffassung vertreten wird, dass entgegenstehende Rechtsprechung wie in den beiden (oben erwähnten) verwaltungsgerichtlichen Urteilen

„keinen Bestand haben“ könne, da schließlich die fachmedizinischen Verlautbarungen „standardbildend“ seien.¹¹

Die Entwicklung fachärztlicher Standards kann daher nicht mit den haftungsrechtlichen Mindestanforderungen (gerade noch) nicht sorgfaltswidrigen Handelns gleichgesetzt werden. Die „Grenzlinie“ der Sorgfaltswidrigkeit bzw. Sorgfaltsangemessenheit wird letztlich durch die Gerichte anhand konkreter Einzelfälle unter Berücksichtigung aller Umstände gezogen, wobei die Empfehlungen der Fachgesellschaften im Wege gutachterlicher Stellungnahmen durchaus erhebliche Wirkung entfalten können. Dabei wird in der Frage der Sorgfaltsangemessenheit bzw. Sorgfaltswidrigkeit eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes den fachgesellschaftlichen Empfehlungen um so weniger eine präjudizierende Wirkung zukommen, je deutlicher im Einzelfall wird, dass durch organisatorische Maßnahmen gerade den hinter diesen Empfehlungen stehenden sachlichen Erwägungen Rechnung getragen wurde.

Und schließlich birgt die Entwicklung zu einer immer differenzierteren medizinischen „Fächerlandschaft“ auch Risiken für die Patienten, worauf das Bundesverfassungsgericht in seinem „Facharztbeschluss“ aus dem Jahre 1972¹² bereits hingewiesen hat, als es sich der Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums anschloss, das

„eine zu starke Aufsplitterung der Fachbereiche [...] für gesundheitspolitisch bedenklich“ hielt, „da sie beim einzelnen Facharzt das Wissen um die größeren Zusammenhänge in der Medizin in Frage stellen würde.“

Organisatorische Maßnahmen

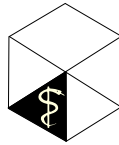
Das Landgericht Augsburg hat im o. g. Urteil diesbezüglich sehr konkret ausgeführt, mit welchen organisatorischen Vorkehrungen der chirurgische Chefarzt im konkreten Fall seinen Sorgfaltspflichten gerecht geworden wäre. Hinsichtlich des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes mit der internistischen Abteilung hätte er, so das Gericht, *eine* der drei nachstehenden Maßnahmen treffen müssen:

- Anordnen, dass Schilddrüsenpatienten innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation auf der Intensivstation verbleiben – auf der ein Anästhesist – al-

¹⁰ Ulsenheimer (2005), S. 131

¹¹ Bock (2005), III. 3.

¹² Beschluss BVerfG 1 BvR 518/62, 1 u. BvR 308/64 v. 09.05.1972, Rn 128.



so auch ein fachfremder Arzt (!) – mit ausreichender intensivmedizinischer Erfahrung rund um die Uhr zur Verfügung steht;

- Durchführung derartiger zeitlich steuerbarer Eingriffe an solchen Tagen, an denen ein Chirurg Bereitschaftsdienst leistet;
- Unterweisen fachfremder Bereitschaftsärzte in geeigneter Form darin, das Bestehen kritischer Nachblutungen zu erkennen. Dabei betont das Landgericht Augsburg, dass der angeklagte Chefarzt die postoperative Betreuung der Patientin „einem in der speziellen Problematik geschulten Internisten“ durchaus hätte übertragen können.

Insbesondere die dritte vom Gericht genannte Maßnahme ist für die Organisation fachübergreifender Bereitschaftsdienste bedeutsam. Denn der Chefarzt konnte nicht auf eine schriftliche Dienstanweisung zur Verständigung des fachärztlichen Hintergrunddienstes verweisen, die nachweislich alle Adressaten erreicht hätte. In ihr hätte zudem genau beschrieben sein müssen, bei welchen konkreten Anzeichen für Komplikationen der auf fachfremdem Gebiet tätige Arzt den jeweiligen Hintergrunddienst zu verständigen gehabt hätte.

Grundsätzlich sollten fachübergreifende Bereitschaftsdienste deshalb stets (!) von folgenden organisatorischen Maßnahmen begleitet sein¹³:

- Der verantwortliche Chefarzt muss den Bereitschaftsdienst leistenden Ärzten Anweisungen in Schrift- oder Textform erteilen, in denen beschrieben wird, bei welchen medizinischen Indikationen der fachärztliche Hintergrunddienst unverzüglich zu verständigen ist und welche Verfahrensschritte bei definierten Symptomen einzuhalten sind. Die Kenntnis der Anweisungen ist sicherzustellen (und aus Beweisgründen idealer Weise durch Empfangsbestätigung zu dokumentieren).
- Der verantwortliche Chefarzt hat in Bezug auf die genannten Anweisungen regelmäßige Besprechungen mit den fachübergreifend eingesetzten Ärzten zu führen, in denen er sich ein Bild vom Kenntnisstand seiner Mitarbeiter machen kann. Bei Defiziten hat er geeignete Qualifikationsmaßnahmen zu ergreifen und den Arzt bis zur Behebung dieser Defizite von der Teilnahme am fachübergreifenden Bereitschaftsdienst auszuschließen.
- Der im Tagesdienst behandelnde Facharzt hat sich bei der Übergabe der Patienten an den fachübergreifend tätigen Bereitschaftsdienstarzt zu vergewissern, dass der bereitchaftshabende Arzt kritische Verläufe beim Patienten erkennen und eventuell erforderliche Sofortmaßnahmen einleiten kann.

¹³ vgl. auch Bock (2005), IV., Ulsenheimer (2005), S. 132



- Der verantwortliche Chefarzt hat die von den fachübergreifend tätigen Bereitschaftsärzten getroffenen Maßnahmen regelmäßig auf ihre Angemessenheit hin zu prüfen und Auswertungsgespräche mit den betroffenen Ärzten durchzuführen.
- Der fachärztliche Hintergrunddienst (Rufbereitschaft) muss stets fachspezifisch besetzt werden.
- Berufsanfänger sollten grundsätzlich nicht fachübergreifend eingesetzt werden, sondern erst im Anschluss an eine angemessene Einarbeitungsphase, nach deren Abschluss sich der Chefarzt oder ein von ihm hiermit beauftragter Oberarzt vom Wissensstand des Assistenzarztes überzeugt und das Ergebnis der Wissensprüfung in geeigneter Form dokumentiert.

Wenn diese Maßnahmen umgesetzt und nachgehalten werden, lassen sich die haftungs- und strafrechtlichen Risiken bei der Durchführung fachübergreifender Bereitschaftsdienste in dem Rahmen halten, der auch mit dem üblichen abteilungsinternen Bereitschaftsdiensteinsatz von Ärzten in der Weiterbildung ohnehin verbunden ist. Die organisatorischen Maßnahmen, die fachübergreifende Bereitschaftsdienste zwingend begleiten sollten, bieten sogar eine Chance, durch Operationalisierung und Standardisierung auch hinsichtlich fachspezifischer Bereitschaftsdienste die Rechtssicherheit zu erhöhen.

Statt auf einer zum Teil undifferenzierten Ablehnung des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes¹⁴ sollte daher der Schwerpunkt der Diskussion auf die Entwicklung entsprechender Standards gerichtet sein, die solche Dienste ohne zusätzliche Risiken für die Patienten handhabbar werden lässt.

¹⁴ wie z.B. durch Schulte-Sasse/Bruns, 2006



Literatur

Andreas, M. (2005): Fachübergreifende Bereitschaftsdienste nur unter besonderen Voraussetzungen zulässig. In: *ArztRecht* 8/2005, S. 205-215.

Bock, R.-W. (2005): Fachübergreifender Bereitschaftsdienst – Haftungs- und strafrechtliche Aspekte. www.bdi.de.

Bock, R.-W. (2007): "Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - juristische Aspekte" . In: *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie* 1/2007, S. 62-63

Schulte-Sasse, U., Bruns, W. (2006): Fachübergreifender Bereitschaftsdienst – Lebensgefahr als Folge von Kosteneinsparungen. *ArztRecht* 5/2006, S. 116-127.

Steffen, E. (1995): Der sogenannte Facharztstatus aus der Sicht der Rechtsprechung des BGH. In: *MedR* 1995, 360.

Ulsenheimer, K. (1995): „Leitlinien, Richtlinien, Standards“ – Risiko oder Chance für Arzt und Patient? In: *Bayerisches Ärzteblatt*, S. 51-56.

Ulsenheimer, K. (2005): Haftungsrechtliche Probleme beim fachübergreifenden Bereitschaftsdienst. In: *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilung* 2/05, S. 126-133.