

# Der Anaesthetist

Zeitschrift für Anästhesie · Intensivmedizin ·  
Notfall- und Katastrophenmedizin · Schmerztherapie

## Elektronischer Sonderdruck für P. Schelling

Ein Service von Springer Medizin

Anaesthesist 2011 · 60:567–570 · DOI 10.1007/s00101-011-1892-1

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der  
privaten Homepage und Institutssite des Autors

**P. Schelling**

## Personalabbau in der Klinik und rechtliche Verantwortung

Personnel reduction in clinics and legal responsibility

## Redaktion

K. Ulsenheimer, München

## P. Schelling

Ulsenheimer & Friederich Rechtsanwälte, München

# Personalabbau in der Klinik und rechtliche Verantwortung

**Jeder Patient hat Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem „Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht“; daher muss zu jeder Zeit und an jedem Ort dieser Facharztstandard gewährleistet werden. Aus Stellenkürzungsmaßnahmen aufgrund wirtschaftlicher Interessen können sowohl zivil- als auch strafrechtliche Konsequenzen resultieren.**

## Problemstellung

Aufgrund steigender Personalkosten bei gleichzeitig zunehmendem Kostendruck im Krankenhausbereich werden Chefärzte immer häufiger mit der Situation konfrontiert, dass von der Klinikleitung bzw. einem von dort beauftragten externen Unternehmensberater beabsichtigt wird, zur Einsparung von Betriebskosten ärztliche Stellen in den von ihnen geleiteten Abteilungen zu „streichen“. Mit dem Hinweis darauf, leitende Klinikärzte stünden zunehmend auch in der Pflicht, Mitverantwortung für den wirtschaftlichen Erfolg einer Klinik zu übernehmen, wird erwartet, dass eine solche Maßnahme – zum Wohle des „Unternehmens“ – widerspruchslos mitgetragen wird. Für Chefärzte, deren Abteilungen von der Stellenstreichung betroffen sind, stellen sich allerdings Fragen, wie etwa:

- a) Bis zu welcher Grenze ist eine Reduktion der ärztlichen Stellen haftungsrechtlich noch vertretbar bzw. umgekehrt, ab welchem Grad der Stellenkürzung entstehen forensische Risiken?

- b) Hieran anschließend interessiert, welche haftungs- oder sogar strafrechtliche Verantwortung in diesem Zusammenhang die beteiligten Ärzte, die Klinik, aber insbesondere den Chefarzt selbst trifft.

Diese Fragen lassen sich wie folgt beantworten.

## Unterschreitung der Facharztstandards

### Facharztstandard

Wo die Grenze zwischen dem haftungsrechtlich Vertretbaren einerseits und dem haftungsrechtlich „Verbotenen“ andererseits verläuft, beurteilt sich ausschließlich daran, ob bei der Patientenversorgung der zu fordernde Behandlungsstandard gewahrt ist. Da der Patient Anspruch auf eine ärztliche Behandlung hat, die dem „Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht“, muss zu jeder Zeit und an jedem Ort dieser Facharztstandard gewährleistet werden, sodass im Krankenhaus z. B. auch für Not- und Eilfälle während des Nacht- und Sonntagsdienstes entsprechende Vorsorge zu treffen ist (OLG Düsseldorf, Urteil vom 20.10.1985, Az. 8 O 100/83). Der Sorgfaltsmaßstab wird selbst im Rahmen eines Notfall- oder Bereitschaftsdienstes grundsätzlich nicht abgesenkt (OLG Stuttgart, VersR 1994, 313, 315).

Um Missverständnisse im Anschluss an das „Facharzturteil“ des Bundesgerichtshofs (BGH, NJW 1992, 1560) zu ver-

meiden, ist jedoch klarzustellen, dass die Erfüllung des „Facharztstandards“ nicht die Tätigkeit eines Arztes voraussetzt, der die Facharztprüfung abgelegt und damit das Facharztzeugnis in Händen hat. Der „Facharztstandard“ ist nicht formell durch den Facharztstatus bestimmt, sondern beschreibt ein materielles Kriterium, die *Facharztqualität*, d. h. einen bestimmten Wissens- und Erfahrungsstand des Arztes, bezogen auf die jeweilige von ihm zu treffende Behandlungsmaßnahme (Ulsenheimer, *Gynäkologe* 1993, 349). Facharztstandard gewährleistet ein Arzt deswegen „unter Umständen schon vor dem Erwerb des verbrieften Status“, wenn er das medizinisch Gebotene „theoretisch wie praktisch“ so beherrscht, wie dies von einem Facharzt dieses Fachs erwartet werden muss. Das kann der Arzt einer anderen Fachrichtung sein, aber selbstverständlich auch ein approbierter Arzt in Weiterbildung zum Facharzt (Steffen, *MedR* 1995, 360).

Die formelle Facharztanerkennung wird hingegen von der Judikatur für den Arzt gefordert, der einen Nochnichtfacharzt bei seiner Tätigkeit anleitet und beaufsichtigt (OLG Düsseldorf, VersR 1994, 352), da diese Überwachung eine besondere Kompetenz, Souveränität und Verantwortung erfordert.

## Standardunterschreitung

Der haftungs- und strafrechtlich zu fordernde Standard wird dort unterschritten, wo infolge einer Personalknappheit die Facharztqualität in dem beschriebenen

nen Sinn nicht mehr (durchgängig) gewährleistet werden kann und hieraus Risiken für die Patientensicherheit resultieren, die auch organisatorisch nicht neutralisiert werden können (Ulsenheimer, MedR 1995, 438 ff.).

— **Personalknappheit rechtfertigt jedenfalls keine Abstriche am Behandlungsstandard; vielmehr übernimmt hier das Haftungsrecht eine Schutzfunktion zugunsten des Patienten.**

Dies gilt selbst dann, wenn die Rechtsprechung die prinzipielle Notwendigkeit anerkannt hat, wirtschaftliche Überlegungen in ärztliches Denken durch Abwägung aller relevanten Faktoren einfließen zu lassen (z. B. BGH NJW 1993, 2308) und die allgemeinen Grenzen im System der Krankenversorgung, selbst wenn es Grenzen der Finanzierbarkeit und Wirtschaftlichkeit sind, bei der Beurteilung des Sorgfaltsmaßstabs im Einzelfall nicht ganz zu vernachlässigen (BGH VersR 1988, 1551; OLG Köln, VersR 1993, 52 ff.). So muss z. B. in Einrichtungen der Allgemein- und Regelversorgung, anders als in einem Perinatalzentrum bei einer überraschenden Zwillingsgeburt nicht ein Team von einem Facharzt *pro* Kind vorgehalten werden (BGH, NJW 1994, 1596, 1597).

Fest steht jedenfalls – und dies wiederholt der BGH nahezu mantraartig:

*Sicherheit und Schutz des Patienten haben absoluten Vorrang vor allen anderen, eben auch betriebswirtschaftlichen Überlegungen.*

Der BGH betont mit Blick auf den im Prozess oft vorgebrachten Einwand „strukturbedingter“ und damit „unvermeidbarer Personalknappheit“ mit Nachdruck, Ärzte und Krankenhäuser dürften „sich in keinem Fall darauf berufen, ein Mangel an ausreichend ausgebildeten Fachärzten zwingt zum Einsatz unerfahrener Assistenzärzte“ (BGH; VersR 1984, 62), denn der gebotene Sicherheitsstandard dürfe nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden (BGH NJW 1983, 1376). Deshalb sind z. B. sog. Parallelnarkosen und die Einrichtung fachübergreifender Bereitschaftsdienste zwar nicht aus-

nahmslos, aber nur unter engen Kautelen rechtlich zulässig, da die Sicherheitsinteressen des Patienten gegenüber der durch solche organisatorische Maßnahmen bedingten Risikoerhöhung Vorrang haben. In Folge der „Objektivierung des Fahrlässigkeitsbegriffs“ im Zivilrecht kann es sich dort „im Allgemeinen nicht auswirken, ob steuerbare räumliche oder persönliche Engpässe die vom Standard her gebotene Behandlung erschwert haben“ (vgl. BGH, a.a.O.).

Die Untergrenze des Mindeststandards, die eine zivil- und/oder strafrechtliche Verantwortlichkeit der Beteiligten (vgl. hierzu unten) eröffnen kann, liegt dort, wo das erlaubte Risiko überschritten wird und ein *Übernahmeverschulden* anzunehmen ist, d. h. wenn aus einer ungenügenden personellen Ausstattung des Krankenhauses oder der Abteilung konkrete Gefahren für den Patienten ausgehen.

*Die erforderliche Einschätzung, bei konkret welchem Grad der Stellenreduktion der Facharztstandard im Klinikbetrieb bzw. in der Abteilung nicht mehr gewährleistet ist und hieraus Risiken für den Patienten resultieren, obliegt dabei dem Chefarzt, da dieser die strukturellen Gegebenheiten und Behandlungsabläufe sowie den damit verbundenen Zeitaufwand realistisch einschätzen kann.*

**Verantwortlichkeiten für eine ausreichende Personalausstattung**

**Verantwortlichkeit des Chefarztes**

Wie weit die Organisation des Chefarztes aufgrund seiner Leistungs- und Aufsichtspflicht reicht, hängt von den jeweiligen Verhältnissen des betreffenden Krankenhauses, der Größe und Ordnung des Krankenhausbetriebs, der personellen Zusammensetzung des ärztlichen Dienstes usw. ab und lässt sich daher nicht allgemein sagen, sondern nur in Beispielen illustrieren. So wird z. B. immer der Chefarzt der Anästhesieabteilung für die anästhesiologische Versorgung im Krankenhaus in dem Sinn verantwortlich sein, dass er Ärzte für die Anästhesie einteilen muss, die die notwendige Eignung, Fachkunde

und Erfahrung für diese Tätigkeit besitzen (Amtsgericht Mönchen-Gladbach, Beschluss vom 04.02.1983, Az. 13 Ls 8 Js 1148/82). Entsprechendes gilt für alle anderen Fachbereiche.

Der Chefarzt muss organisatorisch alles in seiner Macht Stehende tun, um dafür Sorge zu tragen, dass die Klinik die (zur Gewährleistung des Facharztstandards) erforderliche Zahl an Ärzten und an qualifiziertem Pflegepersonal zur Verfügung stellt. Zur Organisationsverantwortlichkeit des Chefarztes gehört es umgekehrt auch, auf personelle Engpässe ggf. mehrfach und mit Nachdruck aufmerksam zu machen. Wenn vonseiten der Krankenhausleitung keine Abhilfe geschaffen wird und die personelle ärztliche Unterversorgung den erreichbaren medizinischen Standard einer regelgerechten Behandlung des Patienten gefährdet, müssen notfalls Operationsprogramme „heruntergefahren“, Pflegestationen geschlossen oder Patienten an andere Krankenhäuser verwiesen werden (vgl. BGHZ 95, 63 ff.).

In einem Urteil des Landgerichts Hamburg heißt es hierzu:

*Nach Ansicht der Kammer entlastet es den leitenden Arzt nicht, dass sechs Stellen für Narkosefachärzte im Krankenhaus unbesetzt waren ... trotz seines wiederholten Hinweises auf diese Situation ... Jedenfalls bei Operationen, die ohne Gefahr hätten verschoben werden können, ist es nicht vertretbar, unter den dargelegten örtlichen und personellen Verhältnissen unter Anwendung der Intubationsnarkose zu operieren.*

**Verantwortlichkeit des Klinikträgers**

Daneben ist im Fall der Standardunterschreitung infolge einer zu „dünnen“ Personaldecke freilich auch der Verantwortungsbereich des Klinikträgers, des Klinikdirektors oder seines Stellvertreters eröffnet. Bestätigt wird dies z. B. durch eine Entscheidung des BGH, in der sich folgende Feststellungen finden:

*Der Krankenhausträger hätte dafür Sorge tragen müssen, dass in seiner Klinik Operationen ausgeführt wurden, die anästhesiologisch ordnungsgemäß betreut werden konnten. Solange er nicht genügend Anäs-*

Hier steht eine Anzeige.



thesisten für seine Klinik bekommen konnte, hätte er notfalls auf eine Ausweitung der chirurgischen Abteilung verzichten und weiter anordnen müssen, dass nach Erschöpfung der jeweils vorhandenen Kapazität die Patienten an andere Krankenhäuser zu verweisen seien. Jedenfalls aber bedurfte es klarer Anweisungen an die Ärzte, wie bei einem plötzlichen Engpass zu verfahren war. Es hätte klargestellt werden müssen, dass und welche Operationen zurückzustellen seien, vor allem aber, welche noch in Ausbildung befindlichen Ärzte oder welches Pflegepersonal bei der Anästhesie eingesetzt werden durfte und wie sie dann wirksam eingeleitet und überwacht werden konnten. Keinesfalls durfte der Krankenhausträger vor den ihm bekannten Zuständen mit der Gefahr „illegaler Praktiken“ und so genannter „Improvisation“ die Augen schließen und darauf vertrauen, die in der Klinik tätigen Ärzte würden mit der jeweiligen Situation schon irgendwie fertig werden und sie würden sich nach Kräften bemühen, den Patienten trotz allem vor Schäden zu bewahren. (NJW 1985, 2189 ff.)

Auch diese Ausführungen können gleichermaßen auf andere Fachbereiche und Fachabteilungen übertragen werden.

### Verantwortlichkeit des behandelnden Arztes

Der Aspekt des Übernahmeverschuldens führt zwangsläufig dazu, dass derjenige, der keinen Facharztstandard (s. Abschn. „Facharztstandard“) bieten kann, sein „Leistungsangebot“ zurücknehmen muss. Für entsprechende Mängellagen haftet deswegen u. U. auch der einzelne Arzt, der trotz fehlender, aber erforderlicher klinischer Erfahrung die Behandlung übernimmt, wenn es zu einem dadurch ausgelösten folgenschweren Zwischenfall kommt. Gleiches gilt auch beim Einsatz übermüdeten Ärzte.

### Fazit für die Praxis

Damit wird insgesamt deutlich, dass bei dem unter betriebswirtschaftlichen Aspekten nachvollziehbaren Streben nach einer Personalreduzierung stets auch der zu gewährleistende Facharztstandard und die Patientensicherheit im Blick zu

behalten sind. Sollten diese aufgrund der beabsichtigten Streichung von Stellen nicht mehr gewährleistet sein, können hieraus bei einem Zwischenfall sowohl zivil- als auch strafrechtliche Konsequenzen resultieren, und zwar für den jeweils behandelnden Arzt, den Chefarzt der Abteilung und damit Organisationsverantwortlichen, aber auch für den Krankenhausträger bzw. Klinikdirektor.

Es kann nur davor gewarnt werden, trotz erkannter, aus einer Personalknappheit resultierender Unterschreitung des Facharztstandards und entsprechenden Risiken für die Patienten gleichwohl zu versuchen, beabsichtigte Behandlungen oder angesetzte Operationen „ohne Rücksicht auf Verluste“ durchzuführen. Wenn als Reaktion auf Stellenkürzungen verstärkt unerfahrene oder übermüdete Ärzte eingesetzt werden müssen, ist der Chefarzt gut beraten, sich gegenüber dem Unternehmensberater zu behaupten bzw. seine Bedenken gegen eine Personalkürzung in einem Schreiben an die Krankenhausleitung zu dokumentieren.

### Korrespondenzadresse

**Dr. P. Schelling**  
Ulsenheimer & Friederich Rechtsanwälte  
Maximiliansplatz 12, 80333 München  
schelling@uls-frie.de

**Interessenkonflikt.** Keine Angaben

Anaesthesist 2011 · 60:567–570  
DOI 10.1007/s00101-011-1892-1  
© Springer-Verlag 2011

P. Schelling

### Personalabbau in der Klinik und rechtliche Verantwortung. Personnel reduction in clinics and legal responsibility

#### Zusammenfassung

Leitenden Klinikärzten wird zunehmend Mitverantwortung für den wirtschaftlichen Erfolg der Klinik übertragen. Hierbei wird erwartet, dass auch Stellenkürzungsmaßnahmen mitverantwortet werden. Im vorliegenden Beitrag wird geklärt, bis zu welcher Grenze eine Reduktion der ärztlichen Stellen haftungsrechtlich noch vertretbar ist und ab welchem Grad der Stellenkürzung forensische Risiken entstehen. Des Weiteren wird behandelt, welche haftungs- oder sogar strafrechtliche Verantwortung in diesem Zusammenhang die beteiligten Ärzte, die Klinik, aber insbesondere den Chefarzt selbst trifft.

#### Schlüsselwörter

Bereitstellung von Gesundheitsfürsorge · Personalmanagement · Personalkürzung · Klinische Kompetenz · Gesetzliche Verpflichtungen

### Personnel reduction in clinics and legal responsibility

#### Abstract

Executive clinical physicians are increasingly being made jointly responsible for the economic success of clinics and it is to be expected that this joint responsibility will result in measures to reduce personnel. In this article it will be explained to which limits a reduction in medical personnel can be justified with respect to liability and from what level a reduction in staff can result in forensic risks. Furthermore, it will be discussed which liability or even penal responsibility in this connection affects the physicians, the hospital and especially the senior medical personnel.

#### Keywords

Delivery of health care · Personnel management · Personnel downsizing · Clinical competence · Legal obligations