



Steuerleitfaden für Ärzte und Zahnärzte

J. Falkenbach/W. Spiegels

Deutscher Ärzte-Verlag
Köln

2. Aufl., mit der 18.
Erg.li., Stand 1.9.1997

1488 S., Loseblattwerk
in zwei Ordnern,

DM 118,-

ISBN 3-7691-3053-7

Dieses bewährte Nachschlagewerk ist ein hilfreicher Wegweiser durch den Dschungel der Steuergesetze. Der Steuerleitfaden ist gezielt auf die Bedürfnisse von Ärzten und Zahnärzten zugeschnitten, ist übersichtlich gegliedert und bietet zahlreiche Fallbeispiele. Die 18. Ergänzungslieferung enthält die restlichen Ergänzungen und Änderungen aufgrund der Jahressteuergesetze 1996 und 1997. Es sind insbesondere Änderungen zum Abzug der außergewöhnlichen Belastungen eingearbeitet worden. Selbstverständlich wurden Rechtsprechungsänderungen und -ergänzungen zu verschiedenen Themenkomplexen aufgenommen. So u.a.

- zur steuerlichen Anerkennung des Ehegattenarbeitsverhältnisses
- zum Abzug von Aufwendungen für ein hauswirtschaftliches Beschäftigungsverhältnis
- zu Nutzungsrechten an Grundstücken
- zur Besteuerung der Einkünfte aus Kapitalvermögen.

Der Einfluß ärztlicher Arbeitsteilung auf die Haftung im Strafverfahren

- Verlagerung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit -

Alexander Peters

Die ständigen Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und Technik schaffen Voraussetzungen zur Vermeidung, Heilung und Linderung von Krankheiten und Leiden, an die noch vor kurzer Zeit niemand zu glauben wagte.

Zwangsläufig brachte die Erweiterung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten Spezialisierung und (horizontale und vertikale) Arbeitsteiligkeit mit sich. Das hat Vorteile, u. a. größere Effektivität, aber auch Nachteile, die durch Organisations- und Informationsdefizite entstehen.

Während die Grundsätze der strafrechtlichen Fahrlässigkeitshaftung beim nicht arbeitsteilig (be-)handelnden Arzt uneingeschränkt angewandt werden, sind Vorhersehbarkeit einer Verletzung und Vermeidbarkeit einer Pflichtwidrigkeit als Eckpfeiler dieser Haftung nur eingeschränkt auf das Gebiet arbeitsteiligen Zusammenwirkens zu übertragen, denn die strafrechtliche Verantwortung beruht nach deutschem Recht auf der individuellen Vorwerfbarkeit einer Tat. Die straf-

rechtliche Zurechnung fremden Verschuldens ist unzulässig. Daher ist zunächst zu unterscheiden zwischen primären Sorgfaltspflichten, d.h. solchen, die das eigene Verhalten betreffen, und sekundären, d.h. abgeleiteten Sorgfaltspflichten, die sich auf die Sorgfalt fremden Verhaltens beziehen. Damit die Anforderungen an die eigene Sorgfalt nicht überspannt werden, hat die Rechtsprechung den Vertrauensgrundsatz entwickelt. Er besagt, daß in einem gewissen Rahmen - abhängig von horizontaler oder vertikaler Arbeitsteilung - im gesamten medizinischen Bereich Vertrauen auf die fehlerfreie Mitwirkung anderer Personen unschädlich ist, d.h. keine strafrechtliche Haftung begründen kann.

I. Horizontale Arbeitsteilung

Sekundäre Sorgfaltspflichten können nur dann auftreten, wenn die Erwartung sorgfaltsgemäßen Verhaltens durch Umstände entkräftet wird, die in der Situation oder in der Person des anderen liegen.

In der Regel kann der fachfremde Arzt den Befunden, ihrer Auswertung und den therapeutischen Ratschlägen des Kollegen vertrauen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß er weder Kontrolle noch Aufsicht über etwas ausüben kann, das nicht in sein Fachgebiet fällt.

Der Vertrauensgrundsatz bei horizontaler Arbeitsteilung greift nur dann, wenn die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Die Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche der beteiligten Mediziner müssen sorgfältig gegeneinander abgegrenzt sein.

Einen Vorschlag zur Abgrenzung der Aufgaben zwischen Anästhesisten und Chirurgen unterbreitet beispielsweise die „Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen zur Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung und Aufgabenverteilung in der post-





men der Grundpflege auf nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden müssen, oder ob es sich um originäre Aufgaben handelt, da dieser Tätigkeitsbereich traditionell dem Krankenpflegepersonal obliegt.

Hausärzte mißtrauen Klinik-Kollegen

Drei von zehn Medikamenten, die Patienten mit Lungen-, Bronchial- und Herzerkrankungen während des Klinikaufenthaltes bekommen, werden nach der Entlassung durch den Hausarzt wieder geändert. Das belegt eine Studie der Medizinischen Hochschule Hannover. In einer Fragebogenaktion war die Weiterbehandlung von 157 Patienten im Raum Hannover und Magdeburg untersucht worden. Als „erschreckend hoch“ bezeichnet Tobias Welte von der Universität Magdeburg den Anteil der von den Hausärzten abgesetzten, durch andere Medikamente ausgewechselten oder in der Dosis veränderten Arzneimittel. Als Gründe für die Änderungen wurden in 42 Prozent der Fälle die zu hohen Kosten angegeben. Zu einem Drittel halten Hausärzte die Verordnungen ihrer Klinikkollegen für „nicht indiziert“.

Einerseits wird davon ausgegangen, daß die Direktionsbefugnis nicht beim behandelnden Arzt liegt, sondern bei der Pflegedienstleitung; gleiches gilt für die Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie.⁴ Diese Auffassung ist meines Erachtens nur bedingt richtig. Zwar ist die Pflegedienstleitung des Krankenhauses für die Personalplanung und -kontrolle zuständig, dies enthebt die behandelnden Ärzte jedoch nicht ihres Rechtes, ebenfalls anzuweisen, damit der Behandlungserfolg nicht gefährdet wird. Werden Fehler bemerkt, so besteht sogar die Pflicht zur Weisung. Daher wird davon ausgegangen werden müssen, daß es sich hierbei um ärztlich delegierte Aufgaben handelt.^{4,5}

Die Frage nach dem Maß zulässiger Übertragung von Verrichtungen im Bereich der Behandlungspflege auf nichtärztliche Mitarbeiter ist ebenfalls ständiges Diskussionsthema. Der Arzt hat insbesondere folgende Tätigkeiten persönlich durchzuführen:

- operative Eingriffe

⁴ Vgl. Stegers, a.a.O.

⁵ So auch Anne-Marie Peter, a.a.O., 110.

⁶ Ausführlich hierzu: Hahn, Die Haftung des Arztes für nicht-ärztliches Personal.

⁷ Vgl. BGH NJW 1981, 1977, 1982.

⁸ vgl. NStZ 1990, 588, 591.

⁹ Die strafrechtliche Verfolgung von Verwaltungsleitern in Krankenhäusern ist sehr unüblich.

- Infusionen und Blutentnahmen
- schwierige Injektionen und
- ärztliche Untersuchung und ärztliche Beratung des Patienten.

Dennoch kann im Einzelfall sogar in diesem Aufgabenbereich die Delegation statthaft sein. Anhaltspunkte für die Zulässigkeit der Delegation von Aufgaben sind nach BGH⁷ die Inhalte der Ausbildungs- und Prüfungsordnung.

2. Grundprinzipien der vertikalen Arbeitsteilung

Aus der Stellung eines Arztes oder einer Pflegekraft im Krankenhaus (oder einer großen Praxis) ergibt sich deren Verantwortungsspielraum und entsprechend die Befugnis, Arbeit zu delegieren.

Der Delegierende bleibt jedoch in der strafrechtlichen Verantwortung, die nicht an die bloße Tätigkeit des Übertragenden anknüpft, sondern an den von ihm zu betreuenden Bereich.⁸ Dies kann eine Verantwortungskette vom leitenden Arzt bis hin zum AiP begründen.⁹ Beispielsweise kann dem leitenden Arzt zur Last gelegt werden, daß er die Personaleinteilung nicht sachgerecht organisierte, dem Oberarzt die mangelnde Überwachung des für den geschädigten Patienten zuständigen Arztes kraft Sachzuständigkeit, diesem wiederum ein Verstoß gegen die Auswahl-

pflicht, da er einem AiP Aufgaben übertragen hat, die er mangels Kompetenz noch nicht hätte wahrnehmen dürfen. Der AiP schließlich haftet unmittelbar aufgrund der Falschbehandlung.

- a) Generalverantwortung des leitenden Arztes

Selbst bei zulässiger Delegation wird der Delegierende nicht völlig von der strafrechtlichen Haftung befreit. Es verbleiben Anleitungs-, Überwachungs- und Kontrollpflichten.

Da die Pönalisierung aber auf der persönlichen Vorwerfbarkeit der Handlung beruht, muß die Haftung des Delegierenden ausgeschlossen sein, wenn er seinen Pflichten Genüge getan hat. Dazu zählen die Auswahl geeigneter Mitarbeiter, deren Instruktion und Kontrolle sowie Eingriffspflichten, sollten sie Fehler begehen.

Zu den Aufgaben des leitenden Arztes zählen die Information des Hintergrunddienstes über die Patientenaufklärung (Art, Umfang und Zeitpunkt), die Festlegung der Anforderungen an die medizinische Dokumentation und die Ausgangs- und Rücklaufkontrolle von Laborbefunden. Außerdem ist er zuständig für die Organisation des nachgeordneten ärztlichen Dienstes mit- samt der Personaleinteilung. Bei diesen Aufgaben sind die Anforderungen





▷ der Rechtsprechung zu beachten.¹⁰

Die Generalverantwortung des leitenden Arztes schließt nach Auffassung mancher Staatsanwaltschaften die Sorge um die in Behandlung befindlichen Hochrisikopatienten ein. Als Hochrisikopatienten werden Patienten bezeichnet, deren Krankheitszustand oder allgemeine körperliche oder seelische Verfassung den Eintritt eines Schadens wahrscheinlich machen. Beispielsweise muß sich der leitende Arzt vergewissern, daß operierte ältere Patienten, die besonders dekubitusanfällig sind, ordnungsgemäß gelagert werden und auch ansonsten alle Maßnahmen der Dekubitus-Prophylaxe durchgeführt werden.

b) Verantwortung kraft Fachgebietsbezeichnung, berufsständischer Vereinbarung oder Organisationsplans

Die ermittelnden Beamten werden zunächst versuchen, die Verantwortlichkeit anhand dokumentierender Unterlagen festzustellen. Den ersten Anhaltspunkt gibt die Fachgebietsbezeichnung, die aber nichts über die Stellung des Mitarbeiters aussagt. Auch berufsständische Vereinbarungen helfen

selten weiter; in der Regel wird die konkrete Rollenverteilung durch einen Organisationsplan belegt.

c) Verantwortung kraft funktioneller Sachzuständigkeit

Existiert kein Organisationsplan, so wird ermittelt, welche Mitarbeiter für welche Bereiche verantwortlich zeichnen. Dabei hilft grundsätzlich ihre Stellenbezeichnung weiter.

Unabhängig von der Stellenbezeichnung wird analysiert, inwieweit auch solche Mitarbeiter strafrechtlich zur Verantwortung zu ziehen sind, die in Positionen arbeiten, die zwar nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Behandlungszwischenfall stehen, aber aufgrund derer eine umfassende Unterrichtung des Mitarbeiters wegen bestehender gegenseitiger Informationspflichten zu erwarten war. Dann hätten auch diese Mitarbeiter die Schädigung des Patienten gegebenenfalls verhindern können und – bei entsprechenden Kompetenzen – müssen.

Primär verantwortlich für den Patienten ist der jeweilige Oberarzt, in dessen Position sich Behandlungs- und Organisationsaufgaben vereinen.

d) Verantwortung kraft tatsächlichen Handelns

Entspricht die tatsächliche Stellung nicht der im Organisationsplan angegebenen, sondern werden

weitere Kompetenzen ausgeübt, so wird selbstverständlich auch die strafrechtliche Haftung ausgeweitet. Daraus folgt umgekehrt, daß die strafrechtliche Haftung reduziert wird, wenn Vorgesetzte „durchregieren“ und so Kompetenzen beschränken.

e) Verantwortungsaus-schluß durch gegenseitiges Vertrauen

Der Vertrauensgrundsatz gilt auch bei der vertikalen Arbeitsteilung. Im Vergleich zur horizontalen Arbeitsteilung ist er jedoch wesentlich schwächer ausgeprägt.

Vorgesetzte und Mitarbeiter dürfen grundsätzlich darauf vertrauen, daß korrekte Information und Anweisungen erfolgen. Bei Besprechungen müssen Problemfälle detailliert geschildert werden, so daß sich der Informierte ein genaues Bild von der Situation machen kann. Zur Pflicht des Informierten zählt wiederum das Erfragen von Hintergründen und Quellen.¹¹ Mitarbeiter sind regelmäßig zu überwachen und die Grenzen der Delegation sind zu beachten.

III. Empfehlungen

Das Risiko strafrechtlicher Verfolgung von Medizinalpersonen, denen ein Behandlungszwischenfall weder aufgrund sorgfaltswidriger Behandlung noch

mangelnder Organisation oder Kontrolle vorzuwerfen ist, läßt sich durch Dokumentation effektiv vermindern. In concreto sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Ausführliche Dokumentation der gesamten Behandlung (Anamnese, Diagnose, Aufklärung, Therapie und ggf. Nachbehandlung),
- Anfertigung und ständige Aktualisierung von Organisationsplänen, die Aufschluß über die bestehenden Weisungsbefugnisse, die Aufgabenverteilung und den konkreten Personaleinsatz geben,
- Organisationspläne sollten in der Praxis als bindend betrachtet werden.

Anschrift des Verfassers:

Alexander Peters
Hitzeler Straße 97b
50968 Köln

Kein Blaublicht für Notarzt

Auch Ärzte, die im Notdienst tätig sind, haben keinen Anspruch darauf, ihren Pkw mit einem Blaublicht auszustatten. Dies gilt auch dann, wenn sie neben ihrer Praxis in einem Krankenhaus Belegbetten zu betreuen haben.

VG Münster, Az.: 4 K 128/96

¹⁰ Vgl. Stegers, Vom Organisationsmangel zum Risikomanagement, MedR 1997, 390 f.

¹¹ vgl. Eidam, Unternehmen und Strafe, S. 173.