

Christian Kopetzki

Zur fachärztlichen Versorgung in Krankenanstalten

Zum Inhalt: Teils heftig diskutiert wird die Frage, in welchem Ausmaß Fachärzte in Krankenanstalten anwesend sein müssen. Kopetzki setzt sich mit den Rechtsgrundlagen und der herrschenden Auffassung auseinander.

I. Einleitung

Gemäß § 8 Abs 1 Z 1 KAG und den im wesentlichen gleichlautenden Bestimmungen der Landes-KAG muß der ärztliche Dienst in Krankenanstalten so eingerichtet sein, daß *ärztliche Hilfe* in der Anstalt *jederzeit sofort* erreichbar ist¹⁾. Dadurch sollte die Einrichtung eines anstaltsärztlichen Dienstes sichergestellt werden, der „eine sofortige ärztliche Hilfe zu jeder Tages- und Nachtzeit gewährleistet“²⁾. Diese „sofortige Erreichbarkeit“ bedeutet eine „*jederzeitige Verfügbarkeit*“ ärztlicher Hilfe. Nach völlig herrschender Ansicht setzt dies jedenfalls die Anwesenheit der diensthabenden Ärzte in der Anstalt voraus³⁾: Nicht der diensthabende *Arzt* ist es, der sofort – etwa telefonisch – erreichbar sein muß, sondern die vom Arzt zu leistende *ärztliche Hilfe*. Sofortige Hilfe ist aber nur möglich, wenn sich der Arzt, der sie leisten soll, bereits im Anstaltsbereich befindet, ohne erst mehr oder weniger lange Wegstrecken zurücklegen zu müssen⁴⁾. Eine ärztliche Hilfe, die erst durch Postfunk in die Anstalt herbeigerufen werden muß, entspricht daher nicht dem Gesetz⁵⁾.

Umstritten ist allerdings, *welche Qualifikation* die diensthabenden Ärzte aufweisen müssen. Feststeht lediglich, daß die nach dem Gesetz erforderliche sofortige ärztliche Hilfe durch in Ausbildung stehende Ärzte allein nicht gewährleistet werden kann; es bedarf vielmehr stets der *Anwesenheit* (und nicht bloß der Rufbereitschaft) eines zur *selbständigen* Berufsausübung be-

rechtigten Arztes⁶⁾. Der ärztliche Dienst ist daher so zu organisieren, daß in der Krankenanstalt zu jeder Zeit – auch in der Nacht und an Wochenenden – ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt Dienst versieht. Keine Übereinstimmung besteht jedoch dahingehend, ob in *Fachabteilungen* darüber hinaus auch *fachärztliche* Hilfe „jederzeit erreichbar“ sein muß⁷⁾ oder ob grundsätzlich die Anwesenheit eines ausgebildeten Arztes für Allgemeinmedizin ausreicht. Dieser Frage ist im folgenden unter Aspekten des Krankenanstaltenrechts, des Ärztegesetzes und des Zivilrechts nachzugehen.

II. Krankenanstaltenrecht

Im Krankenanstaltenrecht ist die vorliegende Frage nicht ausdrücklich geregelt. Explizit geboten ist nur die jederzeitige Erreichbarkeit „*ärztlicher*“ Hilfe⁸⁾. Eine Facharztqualifikation ist *expressis verbis* nur für die *Führung* von Abteilungen, also für den Abteilungsleiter, vorgesehen⁹⁾. Daraus könnte man zunächst *con*trario ableiten, daß die Krankenanstaltengesetze eine fachärztliche Qualifikation eben nur auf der Ebene des Abteilungsleiters und nicht auch für die nachgeordneten Ärzte vorsehen¹⁰⁾.

Eine solche Auslegung ist gewiß insofern unbestreitbar, als selbstverständlich nicht *alle* nachgeordneten Ärzte einer Fachabteilung über eine fachärztliche Qualifikation verfügen müssen. Diskussionswürdig bleibt aber nichtsdestoweniger, ob unter der „jederzeit erreichbaren ärztlichen Hilfe“ in Fachabteilungen nicht sehr wohl eine im Bedarfsfall „*fachärztliche*“ Hilfe zu verstehen ist, mit der Konsequenz, daß zumindest die durchgehende Anwesenheit *eines* facheinschlägigen Facharztes geboten wäre. Dafür sprechen folgende Überlegungen:

Ein Anhaltspunkt für den in der Krankenanstalt zu garantierenden Qualitätsstandard ergibt sich aus § 7 Abs 4 KAG bzw den korrespondierenden Landes-KAG. Danach dürfen mit der Führung von Abteilungen für die Behandlung bestimmter Krankheiten grundsätzlich nur Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches betraut werden. Wenngleich dieses Qualifikationskriterium wie erwähnt nur die jeweiligen Abteilungsleiter betrifft, kann doch daraus geschlossen werden, daß das Gesetz für Abteilungen, die der Be-

¹⁾ § 9 lit a oö KAG; § 26 Abs 2 Ktn KAO; § 13 Abs 1 Z 1 Wr KAG; § 19 lit a nö KAG; § 16 Abs 2 hgl KAG; § 12 Abs 2 Z 1 Sbg KAG; § 12 Abs 1 Ttr KAG; § 20 Abs 2 Vbg SpG. Die sprachlich etwas abweichende Formulierung in § 11 Abs 1 stn KAG („jederzeit sofort *gegeben*“) bedeutet in der Sache nichts anderes (aM Radner/Haslinger/Reinberg, Krankenanstaltenrecht, Anm zu § 11 stn KAG).

²⁾ AB 164 BlgNR 8. GP 6, zu § 8 Abs 1 KAG.

³⁾ Vgl in diesem Sinn auch Haslinger, Aktuelle Haftungsfragen aus den Krankenanstaltengesetzen, ÖKZ 1989/10, 577 (582), wonach der zuständige Arzt jederzeit sofort „bereitstellen“ muß.

⁴⁾ Eine Gleichsetzung der „Erreichbarkeit“ mit bloßer „Rufbereitschaft“ wäre daher unzutreffend.

⁵⁾ Kopetzki, Turnusärzte und Famulanten (1990) 53f; Aigner, Buchbesprechung, Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung 1990/5, 126 (127); zuletzt wieder Mayer, Strukturfragen des Kärntner Krankenanstaltenrechts, in: *Rebhahn* (Hrsg.), Beiträge zum Kärntner Landesrecht (1995) 227 (238); VwGH 25. 4. 1988, ZI 88/18/0035 = VwSlg 12713 (A) = KRSlg 329 = ZIVB 1989/1/113 = ÖJZ 1989, 468, zum Ttr KAG.

⁶⁾ Mayer, Strukturfragen 237f; Kopetzki, Turnusärzte 54ff.

⁷⁾ Bejahend zB Haslinger, ÖKZ 1989/10, 581f; Kopetzki, Turnusärzte 55ff; verneinend Mayer, Strukturfragen 238ff.

⁸⁾ § 8 Abs 1 Z 1 KAG und die korrespondierenden Landes-KAG.

⁹⁾ Vgl § 7 Abs 4 KAG und die korrespondierenden Landes-KAG.

¹⁰⁾ So im Ergebnis Mayer, Strukturfragen 238.

handlung bestimmter Krankheiten dienen, den Standard einer fachärztlichen medizinischen Betreuung verpflichtend vorschreibt. Anders formuliert: Das qualitative Niveau des „ärztlichen Dienstes“ muß insgesamt jenem eines Facharztes des betreffenden Sonderfaches entsprechen. Das heißt nicht, daß jeder Arzt diese Qualifikation aufweisen muß, bedeutet aber die Sicherstellung einer fachärztlichen Betreuung zumindestens im Wege der dem Abteilungsleiter zukommenden Leitungs- und Aufsichtsbefugnisse.

Sieht das Gesetz für den ärztlichen Dienst in einzelnen Fachabteilungen aber den Standard einer fachärztlichen Betreuung vor¹¹⁾, so liegt bei systematischer Interpretation zugleich der Schluß nahe, daß auch die korrespondierende Bestimmung über die „sofortige“ Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe (§ 8 Abs 1 Z 1 KAG) ebenfalls auf dieses fachärztliche Niveau zu beziehen ist: Die jederzeit erreichbare Hilfe hätte nach diesem Verständnis somit eine „fachärztliche Hilfe“ zu sein¹²⁾. Dafür sprechen auch teleologische Überlegungen: Nur diese Auslegung vermag einen durchgehenden fachärztlichen Standard der ärztlichen Betreuung zu garantieren, und nur bei dieser Auslegung ist hinreichend sichergestellt, daß dem durch vielfältige Selektionsmechanismen ausgewählten fachspezifischen Patientengut von Fachabteilungen zu jeder Zeit – also auch in nicht vorhersehbaren Notfällen – eine fachgerechte ärztliche Hilfe zuteil wird. Denn während komplexe Behandlungsentscheidungen wochentags bzw tagsüber zumindest in letzter Instanz durch anwesende Fachärzte getroffen werden können, obliegen diese Entscheidungen in der Nacht oder an Wochenenden notwendigerweise jenen Ärzten, denen die Leistung des Nacht- bzw Wochenenddienstes übertragen ist. Würde es sich bei diesen Ärzten durchwegs um Ärzte ohne Facharztqualifikation handeln, dann wäre der in der Nacht bzw an Wochenenden verfügbare Qualitätsstandard gerade bei diesen wichtigen Entscheidungsprozessen deutlich geringer als sonst. Dies würde der erkennbaren Absicht des Gesetzgebers widersprechen, die Qualität der Betreuung unabhängig von der Tageszeit zu sichern¹³⁾.

Der Einwand, daß in § 8 Abs 1 KAG nur von der jederzeit erreichbaren „ärztlichen“ (und nicht „fachärztlichen“) Hilfe die Rede ist, erscheint vor diesem Hintergrund – auch unter Berücksichtigung der (nur) für den Abteilungsleiter ausdrücklich vorgesehenen Facharztqualifikation – nicht zwingend, weil es sich dabei nur um eine Mindestqualifikation handelt, die über das Gesamtausmaß der in einer Abteilung insgesamt „jederzeit“ zur Verfügung stehenden „fachlichen Kompetenz“ nichts aussagt. Man wird der Bestimmung des § 8 Abs 1 Z 1 KAG daher nicht im Wege eines Um-

kehrschlusses entnehmen dürfen, daß die (uU alleinige) Leistung des ärztlichen Dienstes durch Allgemeinärzte auch in Fachabteilungen ausreichend ist.

Die hier vertretene Auffassung liegt im Ergebnis auch der Judikatur des VwGH zugrunde: Wenn der Gerichtshof aus dem im Beschwerdefall maßgeblichen Umstand, daß im chirurgischen Intensivbereich nur *ein* – im Verhinderungsfall nicht *immer* durch einen gleichartig qualifizierten Arzt vertretener – Facharzt für Anästhesiologie zu Verfügung stand, den Schluß gezogen hat, daß dann *ärztliche Hilfe auf dem Gebiet der Anästhesiologie „nicht jederzeit sofort“* gegeben ist¹⁴⁾, so kann dies nur bedeuten, daß nach der Rechtsprechung des VwGH die *jederzeit sofort* erreichbare „ärztliche“ Hilfe in Fachabteilungen eben eine ärztliche Hilfe durch *Fachärzte* sein muß.

III. Ärztegesetz

Diese Auslegung wird auch aus dem Blickwinkel des ÄrzteG erhärtet: Nach § 7 Abs 3 KAG und den entsprechenden Bestimmungen der Landes-KAG darf der ärztliche Dienst in Krankenanstalten nur von Ärzten versehen werden, die nach den Vorschriften des ÄrzteG zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind. Die ärztliche Berufsausübungsbefugnis (auch) der an Krankenanstalten tätigen Ärzte richtet sich also nach dem ÄrzteG.

Heinz Mayer hat jüngst – wengleich mit anderen Schlußfolgerungen – deutlich gemacht, daß ein Arzt für Allgemeinmedizin seine Berufstätigkeit auf die Ausübung allgemeinärztlicher Tätigkeiten und ein Facharzt eines Sonderfaches seine Berufstätigkeit auf sein Sonderfach zu beschränken hat¹⁵⁾. Mayer leitet daraus ab, daß eine jederzeit erreichbare allgemeinärztliche Hilfe lediglich dort nicht ausreichend sei, wo im wesentlichen *jede* ärztliche Hilfeleistung als fachärztliche angesehen werden muß und der Arzt für Allgemeinmedizin daher die Grenzen seiner Berufsbefugnis *regelmäßig* überschreiten müßte, wenn er eine ärztliche Tätigkeit verrichtet¹⁶⁾. Dies „könnte in Abteilungen der Fall sein, die besonders spezifisch ausgerichtet sind und in denen ärztliche Hilfe *regelmäßig* fachärztliche Hilfe sein muß“¹⁷⁾.

Folgt man der These *Mayers*, wonach die Berufsbefugnis der Ärzte für Allgemeinmedizin auf die Ausübung allgemeinärztlicher Tätigkeiten beschränkt ist, dann ist aber – bei aller Einsicht in die erhebliche Schwierigkeit der Abgrenzung „allgemeinärztlicher“ und „fachärztlicher“ Tätigkeiten – nicht recht einzusehen, weshalb eine ständige fachärztliche Versorgung immer erst dann erforderlich sein soll, wenn der Arzt für Allgemeinmedizin seine ärztliche Hilfe *im Regelfall* nur unter Überschreitung seiner allgemeinärztlichen Berufsbefugnisse erbringen könnte. Näherliegend erscheint gerade auf dem Boden dieser Auffassung die

¹¹⁾ Etwas anderes gilt in Krankenanstalten, die über keine Fachabteilungen verfügen (*Haslinger*, ÖKZ 1989/10, 581).

¹²⁾ Vgl schon *Haslinger*, ÖKZ 1989/10, 581 f. In einer urologischen Fachabteilung muß jederzeit sofort ein Facharzt für Urologie bereitstehen (582); *Kopetzki*, Turnusärzte 56 f. In die gleiche Richtung auch *Neumann*, in seinem Bericht an die Vollversammlung der Ärztekammer am 27. 6. 1989, Mitteilungen der Ärztekammer für Wien 1989/9, 17. AM *Mayer*, Strukturfragen 238 f.

¹³⁾ Vgl AB 164 BlgNR 8. GP 6.

¹⁴⁾ VwGH 8. 4. 1988, ZI 88/18/0046 = KRSlg 328.

¹⁵⁾ § 12 f. insb § 13 Abs 2 ÄrzteG. Vgl *Mayer*, Strukturfragen 238 ff.

¹⁶⁾ *Mayer*, Strukturfragen 239.

¹⁷⁾ *Mayer*, Strukturfragen 239 (Hervorhebung im Original).

Annahme, daß sich die Qualifikation des ärztlichen Dienstes an den *typischen* Versorgungsaufgaben der jeweiligen Organisationseinheit zu orientieren hat. Das Aufgabenspektrum einer Fachabteilung liegt aber – wenngleich gewiß nicht ausschließlich, so doch typischerweise – in ärztlichen Tätigkeiten, die dem entsprechenden medizinischen *Sonderfach* zuzuordnen sind. Eben dieser spezifischen, typisch fachärztlichen Versorgungsaufgabe an einem hochselektiven Patientenkollektiv hat mE auch die Ausstattung des ärztlichen Dienstes zu entsprechen. Wenn zu den in einer Fachabteilung zu leistenden ärztlichen Tätigkeiten aber typischerweise fachärztliche Tätigkeiten gehören, dann muß diese Abteilung auch stets über einen entsprechend ausgebildeten Facharzt verfügen, um ihre fachspezifische ärztliche Hilfe „jederzeit sofort“ erbringen zu können. Anderenfalls wäre die gebotene Hilfe entweder nicht jederzeit erreichbar, oder aber sie müßte im Dringlichkeitsfall durch Ärzte erbracht werden, denen die hierfür erforderliche Berufsberechtigung fehlt. Beides entspräche nicht dem Gesetz.

In die gleiche Richtung weist nicht zuletzt auch das dem Gleichheitssatz immanente Sachlichkeitsgebot der Verfassung: Träfe es nämlich zu, daß auch für die Organisation des ärztlichen Dienstes in Fachabteilungen grundsätzlich die Anwesenheiten eines Arztes für Allgemeinmedizin genügt, so hätte dies zur Folge, daß auch die in *Fachausbildung* stehenden Turnusärzte gegebenenfalls unter unmittelbarer Anleitung und Aufsicht des zur selbständigen Berufsausübung berechtigten *Allgemeinmediziners* handeln würden. Dann wäre etwa ein Turnusarzt mit mehrjähriger Ausbildung im jeweiligen Hauptfach der fachlichen Anleitung und Aufsicht eines Arztes für Allgemeinmedizin unterstellt, der im betreffenden (und von ihm zu beaufsichtigenden) Fach in aller Regel weitaus geringer¹⁸⁾, im nicht so seltenen Extremfall sogar überhaupt *nicht ausgebildet* ist¹⁹⁾. Eine solche Konsequenz entbehrt wohl der sachlichen Rechtfertigung. Dagegen läßt sich auch nicht einwenden, daß für die Erbringung oder zumindest für die Beaufsichtigung solch spezifisch fachärztlicher Tätigkeiten durchwegs die Rufbereitschaft eines nicht ständig anwesenden Facharztes ausreiche. Denn einen *dringenden* fachärztlichen Handlungsbedarf kann es in allen medizinischen Sonderfächern geben, und der

mögliche Bedarf nach *sofortiger* fachärztlicher Intervention richtet sich gerade in jenen Abteilungen, die ein fachspezifisches Patientengut aufweisen, nicht nach der Uhrzeit oder dem Kalendertag.

IV. Zivilrecht

Das skizzierte Ergebnis steht schließlich auch im Einklang mit den zivilrechtlichen Verpflichtungen aufgrund des zwischen dem Patienten und dem Anstalts-träger abgeschlossenen *zivilrechtlichen Behandlungsvertrages*. In der (für die österreichische Rechtsordnung ebenso zutreffenden)²⁰⁾ deutschen Lehre und Rechtsprechung ist anerkannt, daß Abteilungen von Krankenanstalten „so zu organisieren [sind], daß immer – auch in Notfällen – der Standard eines erfahrenen Facharztes gewährleistet ist“²¹⁾. „Der Patient hat ... Anspruch darauf, daß er von einem voll ausgebildeten und wenigstens durchschnittlich erfahrenen und geübten Facharzt operiert wird“²²⁾. Mögen diese Leitlinien auch in der Regel aus Anlaß besonders gefahrgeneigter chirurgischer bzw intensivmedizinischer Maßnahmen formuliert worden sein, so muß doch für andere medizinische Fächer grundsätzlich das gleiche gelten, zumal sich die Notwendigkeit plötzlicher und schwieriger Entscheidungen und Interventionen auch hier stellen kann und die Rechtsordnung für verschiedene Fächer keine unterschiedlichen Qualitätsstandards vorsieht²³⁾.

V. Ergebnis

Zusammenfassend ist daher festzuhalten: Ob in Fachabteilungen von Krankenanstalten *fachärztliche* Hilfe jederzeit sofort erreichbar sein muß, ist in der Literatur umstritten. Das Gesetz regelt die Frage nicht ausdrücklich. Gewichtige Gründe sprechen aber für diese – im Ergebnis auch vom VwGH geteilte – Auffassung. Dies setzt die stete Anwesenheit eines facheinschlägigen Facharztes auch in der Nacht oder an Wochenenden voraus, der die allenfalls erforderlichen fachärztlichen Tätigkeiten entweder selbst vornehmen oder zumindest eine entsprechende Anleitung und Aufsicht gewährleisten kann.

¹⁸⁾ Man vergleiche zB den in Ausbildung zum Sonderfach Chirurgie oder Gynäkologie stehenden Turnusarzt, der bereits mehrere Jahre Hauptfachausbildung absolviert hat, mit dem selbständig berufsberechtigten Allgemeinmediziner, für dessen Ausbildung gemäß Ärzte-Ausbildungsordnung in den beispielsweise genannten Fächern lediglich jeweils 4 Ausbildungsmonate vorgeschrieben sind.

¹⁹⁾ Man denke zB an die erhebliche Zahl jener Sonderfächer, die gar nicht zwingend zum Ausbildungsplan des Arztes für Allgemeinmedizin gehören (zB Augenheilkunde, Orthopädie, Psychiatrie).

²⁰⁾ Auch in der Rechtsprechung des OGH wurde bei der Ermittlung der aus dem Behandlungsvertrag erfließenden Rechtsansprüche wiederholt auf die deutsche Lehre und Judikatur zurückgegriffen: zB OGH JBl 1985, 293 (294); JBl 1985, 548 (550f).

²¹⁾ So – im Zusammenhang mit einer Anfängernarkose – OLG Zweibrücken MedR 1989, 96.

²²⁾ *Bölke/Robbers*, Die stationäre Krankenhausbehandlung (1987ff) A I 7; vgl auch *Weissauer*, Anästh Intensivmed 23 (1982) 361.

²³⁾ Auch der OGH hat in JBl 1987, 106 die Auffassung vertreten, daß der Behandlungsvertrag den Anstalts-träger zu einer „sachgemäßen, dh aber von dem Gesetz entsprechend ausgebildeten und erfahrenen Ärzten vorzunehmenden, Heilbehandlung verpflichtet“.