

1 Notaufnahmen vor Veränderungen

*Stephan Porten, Katharina Schmid, Rolf Dubb,
Arnold Kaltwasser*

»Es hat eine Abstimmung mit den Füßen gegeben.« So könnte man das Signal der Bevölkerung an die Gesundheitspolitik beschreiben, wenn es um die Notfallversorgung geht. Menschen setzen in einem Umfang auf Notaufnahmen als Behandlungseinrichtung, der so in der Vergangenheit nicht erkennbar war. Das jetzige System ist auf diese Veränderung schlecht vorbereitet. Die Versorgungsbereiche Rettungsdienst, vertragsärztliche Versorgung und Notaufnahmen sind schlecht koordiniert. Eine einheitliche Bedarfsplanung fehlt ebenso wie eine gut durchdachte Patientensteuerung und kluge wirtschaftliche Impulse an die einzelnen Akteure. Notfallversorgung hat sich in Deutschland mehr oder weniger organisch in den jeweiligen Bereichen entwickelt, ohne dass eine übergreifende konzeptionelle Idee vorhanden gewesen wäre.

Nun sieht es so aus, als würde die Notfallversorgung tatsächlich in den nächsten Jahren Schritt für Schritt verändert werden. Das Signal scheint in der Politik also angekommen zu sein – die Umsetzung ist aber eine Herkulesaufgabe.

1.1 Neue rechtliche Herausforderungen

Damit werden sich viele rechtliche Fragen in Zukunft neu stellen. Es geht z. B. um die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenen Leistungsbereich in das SGB V, um die Vergütungen für Integrierte Notfallzentren, die rechtliche Umsetzung der gestaffelten Notfallversorgung, die

Reform der Vergütung der Notfallambulanzen (die bisher aus der Gesamtvergütung der Vertragsärzte stammt). Das sind große Themen! Dennoch betrifft dies die in diesem Fallbuch und dem zugehörigen Grundlagenwerk »Rechtsfragen in der Notaufnahme« dargestellten Rechtsfragen der Notfallversorgung nicht direkt. Auch wenn sich die Versorgungsstrukturen verändern, bleiben die rechtlichen Grundlagen der Behandlung in Notaufnahmen zunächst einmal erhalten. Insoweit haben die Inhalte der beiden Bücher langfristig Bestand. Hierbei stellen die beiden Bände – ohne dass dies eigentlich Ziel der Autoren gewesen wäre – eine Art Bestandsaufnahme des Rechts der Notaufnahmen dar. Zum ersten Mal findet sich das Behandlungsrecht für Notaufnahmen in zusammengefasster Form.

Dennoch wird sich auch dieses Rechtsgebiet verändern. Dies ist aber eher eine Folge der veränderten Strukturen der Notfallversorgung und nicht zu erwartender größerer gesetzgeberischer Aktivitäten. Es wird eher Schritt für Schritt zu Veränderungen kommen, oft durch neue Rechtsprechungsentwicklungen.

Am stabilsten wird vermutlich das Behandlungsvertragsrecht bleiben. Es ist erst 2013 im Rahmen des Patientenrechtegesetzes grundlegend überarbeitet worden. Die dabei in das Gesetz eingeflossene Rechtsprechung zu Aufklärung, Einwilligung und Behandlungsfehlerhaftung ist bereits seit Jahrzehnten verfestigt. Hier wird es vermutlich kaum große Veränderungen geben.

Demgegenüber wird das Thema Erstbeurteilung/Triage sehr bald tiefgreifend neu durchdacht werden müssen. Bislang dient es – etwas zugespitzt formuliert – dem Wartezeitenmanagement der Ambulanz. Zukünftig soll aber an dieser Stelle eine Zuweisung in die richtige Versorgungsform erfolgen. »Bedarfsgerechte Steuerung« nennt das z. B. der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit 2018). Hierfür ist das derzeitige System aber nicht ausgelegt, vor allem wenn die Versorgung nicht unter einem Dach stattfindet und Fahrwege für Patienten¹ entstehen. Ob hier neben die Triage ein weiteres »Versorgungsweg-Beurteilungstool« tritt, wie die-

1 Aus Gründen der Einfachheit und besseren Lesbarkeit wird i. d. R. das generische Maskulinum verwendet; es sind aber stets alle Geschlechter gemeint.

ses aussieht und wer es organisatorisch steuert, ist derzeit noch nicht klar. Jedoch werden derzeit erste Modellprojekte durchgeführt. Es bleibt zu hoffen, dass die Schwierigkeiten dem Gesetzgeber vor Augen stehen werden.

1.2 Personalausstattung

Notaufnahmen sind, was die Personalausstattung und damit auch die Qualifikation bzw. die vorhandenen Kompetenzen angeht, keine homogene Einheit. So ist heute schon ein ausgeprägter Skill- und Grademix in den Notaufnahmen und Ambulanzen an der Tagesordnung.

Unterschiedliche Berufsgruppen – Ärzte, Pflegekräfte, Notfallsanitäter, Rettungsassistenten und medizinische Fachangestellte – arbeiten eng zusammen, um die Versorgung der Notfallpatienten jederzeit sicherzustellen. Allerdings unterscheiden sich die Ausbildungen und damit auch die Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen deutlich.

So ist die Ausbildung zum *Notfallsanitäter* durch das Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG) vom 22.05.2013 (BGBl. I S. 1348) in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV) vom 16.12.2013 (BGBl. I S. 4280) geregelt. Während sich nach der grundständischen Ausbildung der *Krankenpflege*, die nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) bundeseinheitlich geregelt ist, schließt sich beim Notfallsanitäter zum jetzigen Zeitpunkt keine Fachweiterbildung an (KrPflAPrV 2003).

Pflegekräfte jedoch können bundesweit nach der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine 2-jährige *Fachweiterbildung* zur *Fachpflegekraft für Notfallpflege* absolvieren bzw. den Abschluss zur Fachpflegekraft für Intensiv- und Anästhesie erlangen. In dieser Fachweiterbildung werden weiterführende Kompetenzen in allen relevanten notfall- und intensivmedizinischen Themen vermittelt, die weit

über die Kompetenzvermittlung der Ausbildung Notfallsanitäter oder Medizinische Fachangestellte hinausgehen. Zukünftig werden diese Abschlüsse möglicherweise bundesweit als Masterstudiengänge angeboten. Einzelne Modellprojekte hierzu gibt es schon heute.

Als Ausbildungsberuf ohne besondere Zugangsvoraussetzungen nimmt die *Medizinische Fachangestellte* (MFA) gewissermaßen eine Sonderrolle ein. Zur Aufnahme des Ausbildungsverhältnisses ist die persönliche und fachliche Eignung des Bewerbers entscheidend. Während sowohl Notfallsanitäter als auch die Krankenpflegeausbildung und die Fachweiterbildung staatliche Abschlüsse bzw. nach DKG anerkannte Abschlüsse sind, ist dies bei der MFA nicht der Fall. Der Abschluss erfolgt lediglich auf Grundlage eines Curriculums der Ärztekammer. Aufgrund dieser Besonderheit kann eine MFA bestimmte Tätigkeiten (selbstständige Überwachung der Patienten etc.) nicht oder nur sehr eingeschränkt übernehmen. Die Stärke der MFA liegt sicherlich im administrativen Bereich und in der Unterstützung von Ärzten und Pflegekräften (Dubb et al. 2018; Dubb et al. 2017).

1.3 Neue Strukturen

Nicht zu unterschätzen sind die Auswirkungen der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur gestuften Notfallversorgung. Zum ersten Mal hat der G-BA im Auftrag des Gesetzgebers verbindliche Struktur-(qualitäts-)Voraussetzungen für Notaufnahmen geschaffen. Diese werden zu einer Differenzierung unterschiedlicher Versorgungsstufen führen und damit möglicherweise in Zukunft einen Beitrag zu einer übergreifenden Kapazitätenplanung leisten. Derzeit bleibt die Stufung der Notfallversorgung Stückwerk. Sie hat bislang nur Auswirkungen auf die Vergütung für die Krankenhäuser. Grund dafür ist, dass der Bund für die Krankenhausplanung – die ambulante Notfallversorgung gehört auch dazu – nicht zuständig ist. Es bleibt zu hoffen, dass die Bundesländer (zuständig für die Krankenhausplanung) mit den Kom-

munen (zuständig für den Rettungsdienst) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen, zuständig für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst) den Ball aufnehmen und unter Vermittlung des Bundes übergreifende Kapazitätenplanungen erarbeiten können.

Die Notaufnahmen bleiben weiterhin rund um die Uhr Erstanlaufstellen für viele Menschen – und damit auch Brennpunkt vieler sozialer und sozialpolitischer Fragestellungen. Allgegenwärtige sprachliche Verständigungsschwierigkeiten werden mithilfe von IT-gestützten Übersetzungs- oder Relais-Übersetzungstools möglicherweise besser gelöst werden können. Dennoch bleibt die Situation unbefriedigend, dass der Gesetzgeber umfassende, im Zweifel fremdsprachliche Aufklärung des Patienten durch den Arzt voraussetzt, aber zugleich diese weder für Leistungserbringer noch für Patienten refinanziert. Hier sind auch die Krankenkassen in die Verantwortung für die angemessene Behandlung bzw. die hierfür erforderliche Vergütung ihrer Versicherten zu nehmen.

Zu befürchten ist, dass Gewalt und Aggression in Notaufnahmen nicht signifikant abnehmen wird. Möglicherweise wird sogar noch mehr Fremdenfeindlichkeit hinzukommen. Jedenfalls werden die Krankenhäuser sich vermutlich weiter im Umgang mit Gewalt professionalisieren müssen. Dieses Buch zeigt bereits viele rechtliche Eckpunkte im Umgang mit dem Thema auf. Gewaltprävention durch bessere Zugangskontrollen, klarere Verhaltensregelungen oder bauliche Sicherungs- und Überwachungsmaßnahmen werden zunehmen – und auch das Ausloten von besseren Deeskalations-, manchmal aber auch Sanktionsmöglichkeiten gegenüber Gewalttätern und Störern.

Die große Frage ist, wie die Notaufnahme der Zukunft aussieht. Die »mit den Füßen abstimmenden« Bürger wünschen sich wohl eher eine zeitlich ausgeweitete Regelversorgung – auch zu Abendstunden. Dem steht das bisherige Dogma vom Notfall als Voraussetzung der Inanspruchnahme (§ 76 SGB V) gegenüber. Was die zukünftige Integrierte Notfallambulanz unter Einbeziehung der Vertragsärzte tatsächlich sein wird, wird sich noch zeigen.

2 Grundbegriffe des Behandlungsrechts in der Notaufnahme

Stephan Porten

Den umfangreichen Fallbeispielen sollen einige Erläuterungen zu rechtlichen Eckpunkten vorangestellt werden, die für die Notaufnahmen besonders praxisrelevant sind.

So findet sich ein knapper Überblick über die Themen Behandlungsvertrag, Patientenaufklärung und -einwilligung, sowie zur Schweigepflicht in der Ambulanz. Die Behandlung Minderjähriger oder Einwilligungsunfähiger wirft ebenso Fragen auf wie Patienten mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten oder mit religiösen Besonderheiten.

Rechtliche Eckpunkte beim Umgang mit Gewalt und einige Hinweise zur Versorgung psychisch veränderter Personen mit Fremd- oder Eigengefährdung runden die einführenden Anmerkungen ab. Durch entsprechende Verweise auf die Textstellen in dem Theorieband zu diesem Fallbuch (»Rechtsfragen in der Notaufnahme«) kann dort leicht vertiefend nachgelesen werden.

Nachfolgend sollen einige Kernbegriffe des Rechts den Fallbeispielen vorangestellt werden.

2.1 Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag ist die vertragliche Grundlage der Behandlung von Patienten (»Rechtsfragen in der Notaufnahme«, Kap. 3.1). Er legt den Standard und Sorgfaltsmaßstab der Behandlung in der Notaufnahme fest. Ärztlicherseits muss im Regelfall auf den jeweiligen Stand na-

turwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung abgestellt werden, der zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat. Maßgeblich sind insoweit regelmäßig Leitlinien, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgegeben werden (BGH VersR 2010, S. 214 f.; vgl. auch OLG Hamm NJW 2000, S. 1801 ff., Carstensen 1989, 86(36): A-2431). Für die Pflege gilt der jeweilige Pflegestandard, wobei für die Notaufnahme der Standard einer erfahrenen Fachpflege für Notfallmedizin zugrunde zu legen ist.

2.2 Aufklärung

Das Gesetz kennt die therapeutische Aufklärung über den Behandlungsablauf, Diagnosen und die Risikoaufklärung, mit der gezielt über die Risiken einer Behandlungsmaßnahme aufgeklärt werden soll. Ohne eine ordnungsgemäße Aufklärung kann der Patient nicht wirksam in die Behandlung einwilligen (»Rechtsfragen in der Notaufnahme«, Kap. 3.2).

2.3 Einwilligung

Der Patient muss in eine Behandlung oder einen Eingriff einwilligen (»Rechtsfragen in der Notaufnahme«, Kap. 3.3). Er darf – von ganz engen Ausnahmen abgesehen – nicht gegen seinen Willen behandelt werden. Einwilligen kann aber nur der Patient, der über eine natürliche Einsichtsfähigkeit in die Art der Behandlung, deren Risiken und die Folgen einer Nichtbehandlung verfügt. Dies meint umgangssprachlich formuliert, dass der Patient über eine gewisse geistige Reife verfügen muss. Das ist weiter zu verstehen als z.B. der Begriff der Geschäftsfähigkeit. So gilt auch bei Minderjährigen je nach individueller geistiger Ent-

wicklung und nach Art und Schwere der Behandlung, dass diese einwilligungsfähig sein können.

Kann die Einwilligung, z.B. bei Einwilligungsunfähigen oder bewusstlosen Patienten, nicht ausdrücklich eingeholt werden, so muss der Behandler abwägen, ob der Patient mutmaßlich eine Einwilligung erklärt hätte, wenn er hätte befragt werden können. Hierbei muss der Behandler sich individuell zu dem Patienten Gedanken machen. Er kann nicht von einem Durchschnittspatienten ausgehen oder von dem, was er selbst für richtig halten würde.

2.4 Patientenverfügung

Die Patientenverfügung soll für Klarheit über den Patientenwillen sorgen, wenn der Patient nicht selbst befragt werden kann. Sie soll sowohl dem Behandler als auch einem Betreuer ein Verständnis der Vorstellungswelt des Patienten zu der konkret zu beurteilenden Behandlung geben. Dies gelingt aber nur, wenn der Patient sehr eingehend seine Wert- und Vorstellungswelt dargestellt hat und so dem Behandler einen möglichst konkreten Rückschluss darauf erlaubt, was der Patient gewollt hätte. Lässt sich dies nicht mit hinreichender Sicherheit entnehmen, geht die Patientenverfügung ins Leere und es ist ggf. nach den Grundsätzen der mutmaßlichen Einwilligung zu urteilen (»Rechtsfragen in der Notaufnahme«, Kap. 3.2.5).

2.5 Haftung und Beweislast

Dies sind zwei Begriffe aus dem Behandlungsfehlerrecht, bei dem es darum geht, dass der Patient nach einer nicht erfolgreichen Behandlung

Schadenersatz und Schmerzensgeld fordert (»Rechtsfragen in der Notaufnahme«, Kap. 3.4). Da Patient und Arzt im Haftungsprozess nicht gleichstarke Parteien sind, sondern der Arzt i. d. R. immer über einen fachlichen Wissensvorsprung verfügt, haben die Gerichte Beweislastregeln entwickelt, die für prozessuale »Waffengleichheit« sorgen sollen. Grundsätzlich muss der Patient nicht nur den Schaden beweisen, sondern auch das schädigende Verhalten und – meist am schwierigsten – die Kausalität zwischen dem behandlungsfehlerhaften Verhalten und dem Schaden.

§ 630h BGB benennt einige solcher Beweislastregeln. Ist von einem groben Behandlungsfehler auszugehen, wird zugunsten des Patienten die Kausalität von grobem Behandlungsfehler und Schaden (Körperverletzung) vermutet. Es wird nur die Kausalität vermutet; für das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers bleibt der Patient beweispflichtig. Ein grober Behandlungsfehler kann z. B. das Unterlassen von gebotenen Kontrollmessungen oder ein grober Organisationsfehler sein. Die Kausalität wird ebenfalls vermutet, wenn eine unzureichende Befähigung des Behandlenden vorliegt (§ 630h Abs. 4). Bekannt ist diese Norm als der »Anfängerfehler«.

2.6 Schweigepflicht

Die Schweigepflicht des Arztes erstreckt sich, neben der Verschwiegenheit zur Identität des Patienten sowie zur Diagnose oder Therapie, auf die gesamte Arzt-Patient-Beziehung, d. h. auch schon auf die Zeit vor der Behandlung (»Rechtsfragen in der Notaufnahme«, Kap. 3.5). So unterfällt es auch der Schweigepflicht, mit welchem Auto der Patient zur Notaufnahme gekommen ist und wer mit im Auto saß.

Die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ist nach dem Strafgesetzbuch (§ 203 StGB) mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe strafbewährt und wird durch Zeugnisverweigerungsrechte flankiert. Die Schweigepflicht gilt nach dem Strafgesetzbuch nicht nur

für Ärzte und Apotheker, sondern auch für Angehörige der Heilberufe wie Hebammen, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Arzthelferinnen, auszubildende Medizinstudenten sowie Lernschwestern, Psychotherapeuten, medizinische Fachangestellte, Masseure und medizinisch-technische Assistenten.

Sie gilt aber auch für den Wachdienst in Notaufnahmen. Bei diesen ist sicherzustellen, dass sie Dritten gegenüber keine Angaben im Zusammenhang mit der Behandlung, dem Aufenthalt des Patienten o.ä. machen.

Es gibt einige Durchbrechungen der Schweigepflicht, z.B. zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr. Auch bei Verdacht auf Kindesmissbrauch kommt unter engen Grenzen eine Durchbrechung in Betracht. Zum einen ist dies möglich, wenn eine unmittelbar drohende Gefahr für das Kind zu befürchten ist. Zum anderen gibt es Verfahren, bei denen zunächst ein erfahrener Dritter anonymisiert um Beurteilung gebeten wird und im Anschluss der Arzt das Jugendamt informieren darf.

2.7 Minderjährige

Bei minderjährigen einwilligungsunfähigen Patienten ist die Aufklärung und Einwilligung der gesetzlichen Vertreter, der Eltern, erforderlich. In der Regel bedarf es aufgrund des gemeinsamen Sorgerechts der Aufklärung und Einwilligung beider Eltern. Allerdings hat die Rechtsprechung, um eine alltagstaugliche und praktikable Lösung zu ermöglichen, ein Dreistufenschema entwickelt. Bei leichten oder Routineeingriffen darf ein Elternteil die Einwilligung erklären. Bei schweren Eingriffen muss der Arzt sich darüber vergewissern, dass der erscheinende Elternteil die Ermächtigung des anderen Teils besitzt. Er darf allerdings darauf vertrauen, dass die mündliche Auskunft des erschienenen Elternteils wahrheitsgemäß ist, wenn ihm nichts anderes bekannt ist.