



Dr. iur. Marcus Vogeler
Rechtsanwalt, Partner
Fachanwalt für
Medizinrecht

Organisation von Notaufnahmen

Medizin & Recht im Dialog

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften e. V.

18.10.2025



I. Einleitung

I. Einleitung



Organisation und Organisationsverschulden:

Den Träger des Krankenhauses trifft eine primäre Organisationspflicht dahingehend, eine an den Aufgaben orientierte, zweckmäßige Organisation der Klinik zu schaffen (*Deutsch, NJW 2000, 1745*).

Was ist konkret die **fahrlässigkeitsvermeidende, erforderliche Sorgfalt** für Notaufnahmen?

I. Einleitung

- **Wegweisend:** Reform der stationären Notfallversorgung durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem **gestuften System von Notfallstrukturen** in Krankenhäusern § 136c IV SGB V).
- Grundlage für vorgehaltene **Versorgungsstrukturen** verbunden mit einer differenzierten Vereinbarung von **Notfallzuschlägen** und **–abschlägen**.
- Einteilung der Krankenhäuser in **Basis-, erweiterte und umfassende Notfallversorger** sowie Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen.
- Für jede Stufe: **Spezifische Anforderungen**, u.a. an Verfügbarkeit und Anzahl von Fachabteilungen, Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, die medizinisch-technische Ausstattung, Strukturen und Prozesse.
- Überprüfung des Erfüllungsgrades erfolgt im Rahmen von stichprobenartigen oder anlass-bezogenen Strukturprüfungen durch den regionalen Medizinischen Dienst (MD).

I. Einleitung



Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024 (Version vom 15.07.2024)

Tabelle 1: Empfehlungen zur Mindestvorhaltung in Notaufnahmen

Verpflichtende 24/7 Mindestvorhaltung	Basisnotfallversorgung nach G-BA	Erweiterte Notfallversorgung nach G-BA	Umfassende Notfallversorgung nach G-BA
Anzahl, Verfügbarkeit und Qualifikation von ärztlichem Personal			
Qualifikation ärztliche Leitung	Eigenständige Leitung und Stellvertretung mit Zusatzweiterbildung (ZWB) Klinische Akut- und Notfallmedizin	Eigenständige Leitung und Stellvertretung mit Zusatzweiterbildung (ZWB) Klinische Akut- und Notfallmedizin	Eigenständige Leitung und Stellvertretung mit Zusatzweiterbildung (ZWB) Klinische Akut- und Notfallmedizin
Unabhängig vom Patientenaufkommen (täglicher Anwesenheitsdienst)	Ärztliche Leitung + Fachärzte (Stammpersonal) mit ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin <u>oder</u> in Weiterbildung zur ZWB Anwesenheit 8:00-17:00 Uhr, 17:00 - 08:00 Uhr Rufdienst	Ärztliche Leitung + Fachärzte (Stammpersonal) mit ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin <u>oder</u> in Weiterbildung zur ZWB Anwesenheit 8:00 - 22:00 Uhr, 22:00 - 08:00 Uhr Rufdienst	Ärztliche Leitung + Fachärzte (Stammpersonal) mit ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin <u>oder</u> in Weiterbildung zur ZWB Anwesenheit 8:00 - 22:00 Uhr, 22:00 - 08:00 Uhr Bereitschaftsdienst
Angepasst an das Patientenaufkommen (täglich)	Assistenzärzte 1 VK/1500 Patientenkontakte/Jahr Zusätzlich sofern Beobachtungsstation vorhanden: Assistenzärzte 0,25 VK/ Bettplatz	Fachärzte 1 VK/4000 Patientenkontakte/Jahr (unter Anrechnung des Anwesenheitsdienstes) Assistenzärzte 1 VK/1500 Patientenkontakte/Jahr Zusätzlich für Beobachtungsstation: Assistenzärzte 0,25 VK/ Bettplatz	Fachärzte 1 VK/4000 Patientenkontakte/Jahr (unter Anrechnung des Anwesenheitsdienstes) Assistenzärzte 1 VK/1500 Patientenkontakte/Jahr Zusätzlich für Beobachtungsstation: Assistenzärzte 0,25 VK/ Bettplatz
Weiterbildungsbefugnis Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin	Umfang nach Prüfung WB-Kommission der Kammern	Umfang nach Prüfung WB-Kommission der Kammern	Umfang nach Prüfung WB-Kommission der Kammern

I. Einleitung



Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024 (Version vom 15.07.2024)

Anzahl, Verfügbarkeit und Qualifikation von nicht-ärztlichem Personal			
Qualifikation pflegerische Leitung	Leitung und Stellvertretung mit Qualifikation Notfallpflege	Leitung und Stellvertretung mit Qualifikation Notfallpflege	Leitung und Stellvertretung mit Qualifikation Notfallpflege
Bemessung (Zahl) Pflegefachkraft nach Patientenaufkommen	1 VK /1200 Patientenkontakte/Jahr Bei Beobachtungsstation 1:4 Pat. (IMC-Schlüssel)	1 VK /1200 Patientenkontakte/Jahr Bei Beobachtungsstation 1:4 Pat. (IMC-Schlüssel)	1 VK /1200 Patientenkontakte/Jahr Bei Beobachtungsstation 1:4 Pat. (IMC-Schlüssel)
Anteil mit Fachweiterbildung Notfallpflege oder in Weiterbildung	> 30% des Personals 24/7 Besetzung	> 30% des Personals 24/7 Besetzung	> 30% des Personals 24/7 Besetzung
Personal Administration	Qualifikation mind. MFA oder gleichwertig hierfür mind. 6,0 VK sonst bei > 30.000 Pat: 1 VK zusätzlich je 10000 Pat.	Qualifikation mind. MFA oder gleichwertig hierfür mind. 6,0 VK sonst bei > 30.000 Pat: 1 VK zusätzlich je 10000 Pat.	Qualifikation mind. MFA oder gleichwertig hierfür mind. 6,0 VK sonst bei > 30.000 Pat: 1 VK zusätzlich je 10000 Pat.
Personal Ersteinschätzung	Qualifikation: Pflegekraft mit notfall-med. Erfahrung (> 2 Jahre in VZ in einer Notaufnahme) und Schulung Ersteinschätzung 24/7 Abdeckung hierfür mind. 6,0 VK sonst bei > 30.000 Pat.: 1 VK zusätzlich je 10000 Pat.	Qualifikation: Pflegekraft mit notfall-med. Erfahrung (> 2 Jahre in VZ in einer Notaufnahme) und Schulung Ersteinschätzung 24/7 Abdeckung hierfür mind. 6,0 VK sonst bei > 30.000 Pat.: 1 VK zusätzlich je 10000 Pat.	Qualifikation: Pflegekraft mit notfall-med. Erfahrung (> 2 Jahre in VZ in einer Notaufnahme) und Schulung Ersteinschätzung 24/7 Abdeckung hierfür mind. 6,0 VK sonst bei > 30.000 Pat.: 1 VK zusätzlich je 10000 Pat.
Sozialdienst	Werktäglich optional	Werktäglich verpflichtend	Werktäglich verpflichtend
Klinische Krisenintervention / Seelsorge	Auf Abruf 24/7 verfügbar (Rufdienst)	Auf Abruf 24/7 verfügbar (Rufdienst)	Auf Abruf 24/7 verfügbar (Rufdienst)
Case Manager / Bettenmanager im Notfallzentrum	10:00 - 18:00 Uhr (werktags)	10:00 - 18:00 Uhr (werktags)	08:00 - 22:00 Uhr (werktags)

I. Einleitung



Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024 (Version vom 15.07.2024)

Apparative Ausstattung			
Sonographie	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
Endoskopie		24/7 im Krankenhaus	24/7 im Krankenhaus
Röntgen konventionell	24/7 im Krankenhaus	24/7 in unmittelbarer Nähe des Notfallzentrums	24/7 im Notfallzentrum
Durchleuchtung	24/7 im Krankenhaus	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
CT	24/7 im Krankenhaus	24/7 in unmittelbarer Nähe des Schockraums	24/7 nach Möglichkeit im Schockraum
MRT			24/7 im Krankenhaus
Bronchoskopie		24/7 Bronchoskopie im Krankenhaus	24/7 Bronchoskopie im Krankenhaus
Videolaryngoskopie	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
Blutgasanalyse	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
POCT über BGA hinaus	24/7 oder unmittelbare Anbindung an das Zentrallabor	24/7 oder unmittelbare Anbindung an das Zentrallabor	24/7 oder unmittelbare Anbindung an das Zentrallabor
Thrombelastographie		Viskoelastische Testverfahren 24/7 sofort verfügbar, ggf. Point-of-care im Notfallzentrum	Viskoelastische Testverfahren 24/7 sofort verfügbar, ggf. Point-of-care im Notfallzentrum
Verfügbarkeit therapeutischer Verfahren			
Highflow-Sauerstofftherapie / CPAP NIV	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
Transportbeatmung	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
Möglichkeit diff. Beatmung / Intensivrespirator		24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
Versorgung Kinder / Jugendliche	bei Versorgung von Pat. < 18 Jahre ggf. spezifische zusätzl. Ausstattung	bei Versorgung von Pat. < 18 Jahre ggf. spezifische zusätzl. Ausstattung	bei Versorgung von Pat. < 18 Jahre ggf. spezifische zusätzl. Ausstattung
Zusätzliche Ausstattung		Vorhaltung zusätzl. Ausstattung nach S3-LL Polytrauma bzw. Ausstattung Cardiac Arrest Center	Vorhaltung zusätzl. Ausstattung nach S3-LL Polytrauma bzw. Ausstattung Cardiac Arrest Center

I. Einleitung



Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024 (Version vom 15.07.2024)

Qualitätsmanagement			
Register / klinische Studien	Standardisierte strukturierte digitale Dokumentation auf Basis des aktuellen Datensatzes 'Notaufnahme' der DIVI Sektion Notfalldokumentation zur Datenausleitung in Register für die Qualitätssicherung und Versorgungsforschung (u.a. AKTIN-Notaufnahmeregister, Reanimationsregister, Trauma Register) sowie Public Health Surveillance	Standardisierte strukturierte digitale Dokumentation auf Basis des aktuellen Datensatzes 'Notaufnahme' der DIVI Sektion Notfalldokumentation zur Datenausleitung in Register für die Qualitätssicherung und Versorgungsforschung (u.a. AKTIN-Notaufnahmeregister, Reanimationsregister, Trauma Register) sowie Public Health Surveillance	Standardisierte strukturierte digitale Dokumentation auf Basis des aktuellen Datensatzes 'Notaufnahme' der DIVI Sektion Notfalldokumentation zur Datenausleitung in Register für die Qualitätssicherung und Versorgungsforschung (u.a. AKTIN-Notaufnahmeregister, Reanimationsregister, Trauma Register) sowie Public Health Surveillance
Prozesse	Zeitkritische Diagnostik und Therapie auf Basis von leitlinienkonformen Standard Operating Procedures (SOPs)	Zeitkritische Diagnostik und Therapie auf Basis von leitlinienkonformen Standard Operating Procedures (SOPs)	Zeitkritische Diagnostik und Therapie auf Basis von leitlinienkonformen Standard Operating Procedures (SOPs)
Bauliche Struktur			
Ersteinschätzung	1 Raum / 15.000 Patienten	1 Raum / 15.000 Patienten	1 Raum / 15.000 Patienten
Wartebereich (Anzahl Plätze)	Zahl fußläufige Patienten tgl. x 0,5	Zahl fußläufige Patienten tgl. x 0,5	Zahl fußläufige Patienten tgl. x 0,5
Schockraum	1 Schockraum	2 Schockräume	2 Schockräume
ÜW-Bereich	5 Behandlungsplätze im ÜW-Bereich / 10.000 Patienten	5 Behandlungsplätze im ÜW-Bereich / 10.000 Patienten davon 1 / 10.000 als Beatmungsplatz	5 Behandlungsplätze im ÜW-Bereich / 10.000 Patienten davon 1 / 10.000 als Beatmungsplatz
Einzelbehandlungsplätze (Anzahl)	8 / 10.000 Patienten	8 / 10.000 Patienten	8 / 10.000 Patienten
Behandlungsplätze Kinder	In Abhängigkeit vom Pat.-Aufkommen	In Abhängigkeit vom Pat.-Aufkommen	In Abhängigkeit vom Pat.-Aufkommen
Eingriffsraum	1 Eingriffsraum (bei Teilnahme D-Arztverfahren getrennt in septisch/aseptischen Eingriffsraum)	1 Eingriffsraum (bei Teilnahme D-Arztverfahren getrennt in septisch/aseptischen Eingriffsraum)	1 Eingriffsraum (bei Teilnahme D-Arztverfahren getrennt in septisch/aseptischen Eingriffsraum)
Gipsraum	1 Gipsraum	1 Gipsraum	1 Gipsraum
Behandlungsräume für infektiöse Patienten (Isolation)	2 / 10.000 Pat. oder Mitnutzung als Einzelbehandlungsplatz (10 / 10.000 Pat.)	2 / 10.000 Pat. oder Mitnutzung als Einzelbehandlungsplatz (10 / 10.000 Pat.)	2 / 10.000 Pat. oder Mitnutzung als Einzelbehandlungsplatz (10 / 10.000 Pat.)
Verabschiedungsraum		Verfügbar	Verfügbar

I. Einleitung



Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024 (Version vom 15.07.2024)

Sonstige Räumlichkeiten		Untersuchungsmöglichkeiten Augen- / HNO- / Gynäkologie	Untersuchungsmöglichkeiten Augen- / HNO- / Gynäkologie
Nebenträume (Sekretariat, Arztzimmer, Pflege, etc.)	Nach Personal und Bedarf	Nach Personal und Bedarf	Nach Personal und Bedarf
Beobachtungsstation			
Anzahl Betten	Wenn vorhanden mind. 6 Betten pro 15.000 Patienten/Jahr	Mind. 6 Betten pro 15.000 Patienten/Jahr	Mind. 6 Betten pro 15.000 Patienten/Jahr
Informationstechnologie (IT)			
Notfallzentrum-spezifische IT-Infrastruktur und -unterstützung (EDIS)	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
Zentrales Monitoring (eKurve)	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
Telemedizinische Anbindung Rettungsdienst / externe Kliniken / Kinderklinik (sofern nicht am Standort)	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum	24/7 im Notfallzentrum
Sonstiges			
MANV Versorgungsstruktur	liegt vor / KEP	liegt vor / KEP	liegt vor / KEP

I. Einleitung



Arbeitsrecht

(Arzt-)Strafrecht

Medizinrecht



Organisation von Notaufnahmen



Sozialrecht
(Zulassung, Vergütung)

Haftungsrecht
(„Standard“)

Öffentliches Recht

Zivilrecht

GBA (§ 136c IV SGBV); MD (§ 283 II 1 Nr. 3 SGBV)
„...Facharzt innerhalb von 30 min. am Patienten...“



I. Einleitung



Organisation und Organisationsverschulden:

Den Träger des Krankenhauses trifft eine primäre Organisationspflicht dahingehend, eine an den Aufgaben orientierte, zweckmäßige Organisation der Klinik zu schaffen (*Deutsch, NJW 2000, 1745*).

Was ist konkret die **fahrlässigkeitsvermeidende, erforderliche Sorgfalt** für Notaufnahmen? Der Standard guter Organisation des Behandlungsprozesses (vgl. *Staudinger/Gutmann, 2021, § 630a Rn. 166*), konkretisiert durch:

- Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024
- Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
- Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL)



II. Notaufnahmen – Haftungsfragen und Schnittstellenthemen

1. Personalmangel und der Standard in angespannten Behandlungssituationen

BGH, Urt. v. 18.06.1985 – VI ZR 234/83, NJW 1985, 2189

BGH, Urt. v. 16. 5. 2000 – VI ZR 321/98, NJW 2000, 2737

BGH, Urt. v. 12.1.2021 – VI ZR 60/20, NJW-RR 2021, 1602 = GuP 2021, 154 m. Anm. *Vogeler*

1. Personalmangel und der Standard in angespannten Behandlungssituationen

§ 630a Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

- (1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.
- (2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, **allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen**, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

1. Personalmangel und der Standard in angespannten Behandlungssituationen

BGH, Urteil vom 16. 5. 2000 - VI ZR 321/98 zum sog. **Facharztstandard**:

„Da nämlich der Arzt dem Patienten eine Behandlung nach dem jeweils zu fordernden medizinischen Standard schuldet, muss er grundsätzlich diejenigen Maßnahmen ergreifen, die von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs vorausgesetzt und erwartet werden (...).“

1. Personalmangel und der Standard in angespannten Behandlungssituationen

Aber was ist, wenn die Erbringung des Facharztstandards aus tatsächlichen Gründen unmöglich ist (→ **Personalmangel**)?

BGH, Urteil vom 16. 5. 2000 - VI ZR 321/98:

„Infolge dieser **Objektivierung des Fahrlässigkeitsbegriffs** kann es sich im Allgemeinen nicht auswirken, ob steuerbare räumliche oder personelle Engpässe die vom Standard her gebotene Behandlung erschwert haben.“

→ Personalmangel senkt nicht den haftungserheblichen Standard

1. Personalmangel und der Standard in angespannten Behandlungssituationen

Bis heute grundlegend BGH Urt. v. 18.06.1985 - VI ZR 234/83:

- Haftung des **KH-Trägers** für personell unterbesetzte Anästhesieabteilung (sechs nicht besetzte Stellen).
- Operationsbetrieb war nur durch vermehrten Einsatz der Ärzte durch Ableistung zahlreicher Überstunden mit der Folge einer zusätzlichen Gefährdung der Patienten wegen Übermüdung der Ärzte durchzuführen.
- Schon der voraussehbare und deshalb planerisch zu berücksichtigende plötzliche Ausfall eines Arztes gefährdete die ausreichende Betreuung.

1. Personalmangel und der Standard in angespannten Behandlungssituationen

Bis heute grundlegend BGH Urt. v. 18.06.1985 - VI ZR 234/83:

- Sicherstellung, dass nur Operationen ausgeführt wurden, die anästhesiologisch ordnungsgemäß betreut werden konnten.
- Wenn nicht genügend Anästhesisten, dann Verzicht auf Ausweitung der chirurgischen Abteilung und Anordnung, dass bei Erschöpfung der Kapazitäten Patienten an andere KH zu verweisen sind.
- Klare Anweisungen, wie bei plötzlichem Engpass zu verfahren ist. Klarstellung, dass und welche Operationen zurückzustellen seien, insb. welche noch in der Ausbildung befindlichen Ärzte oder welches Pflegepersonal eingesetzt werden durften.

1. Personalmangel und der Standard in angespannten Behandlungssituationen

- Personalmangel senkt nicht den haftungserheblichen Standard (BGH, Urteil vom 16. 5. 2000 - VI ZR 321/98)

1. Personalmangel und der Standard in angespannten Behandlungssituationen

➤ Änderung durch BGH, Urteil vom 12.1.2021 – VI ZR 60/20?

Der BGH führt aus:

(...) Diese Feststellungen tragen – unabhängig von der Frage des richtigen Sorgfaltsmaßstabs und der weiteren Frage, **inwieweit dieser Maßstab auch in einer wie im Streitfall zeitlich angespannten Behandlungssituation Geltung beansprucht** – den Vorwurf der Unterschreitung selbst des vom BerGer. angenommenen besonders hohen Sorgfaltsmaßstabs nicht.



2. Vom eigenen Bett zum
Patientenbett: Facharzt innerhalb
von 30 min.

2. Vom eigenen Bett zum Patientenbett: Facharzt innerhalb von 30 min.

Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung

(3) Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb **von maximal 30 Minuten** am Patienten verfügbar.

(Ähnlich: Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V
Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL))

2. Vom eigenen Bett zum Patientenbett: Facharzt innerhalb von 30 min.

- Gehört die 30minütige Verfügbarkeit eines Facharztes zum **allgemein anerkannten fachlichen Standard** (§ 630a II BGB) bzw. zur fahrlässigkeitsvermeidenden (erforderlichen) Sorgfalt (§ 276 II BGB)?
- Wenn ja: Verfügbarkeit ist sicherzustellen durch **Arbeitsvertrag** oder **Betriebsvereinbarung** oder **Dienstanweisung**
- Ist dies **Rufbereitschaft** oder **Bereitschaftsdienst**?
 - ArbG Hannover v. 24.04.2025: 30-minütige Eintreffzeit bei Rufbereitschaft unzulässig, da sie eine zu starke Einschränkung der freien Ortswahl darstellt (nicht rechtskräftig)



3. Interdisziplinäre Notaufnahme – Beißen den letzten die Hunde?

3. Interdisziplinäre Notaufnahme – Beißen den letzten die Hunde?

Wie ist der haftungsrechtliche Umgang mit verschiedenen Fachdisziplinen?

„In der horizontalen arbeitsteiligen Medizin darf grundsätzlich auf die sorgfältige Tätigkeit des anderen Arztes vertraut werden (**Vertrauensgrundsatz**). Allerdings ist eine cursorische Prüfung erforderlich („Plausibilität“). Eine vollständige Überprüfung ist erforderlich, wenn die Umstände dies notwendig machen.“

§ 630a Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

- (1) (...)
- (2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, **allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen**, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

3. Interdisziplinäre Notaufnahme – Beißen den letzten die Hunde?

Fall 1:

Eine Patientin stellt sich mit starken Unterbauchschmerzen notfallmäßig vor. Durch den Gynäkologen wird keine (gynäkologische) Ursache der Beschwerden gesehen und die Patientin wieder entlassen. Übersehen wurde eine Divertikulitis. **Verantwortlichkeit von Gynäkologe, Leiter der Notaufnahme, Internist?**

Fall 2:

Ein Patient stellt sich mit starken Rückenschmerzen in der Notaufnahme vor. U.a. zeigten sich bei der neurologischen Untersuchung (Ass.-Ärztin) tastbare Aortenpulse; das Labor zeigte erhöhte Infektparameter. Veranlasst wird ein MRT, welches eine Spondylodiszitis ausschließt. Diagnostiziert wird eine Bandscheibenprotrusion (LWK 4/5). Das auf dem MRT deutlich sichtbare Aortenaneurysma wird nicht erkannt. Die ebenfalls angeordnete Ultraschalluntersuchung des Bauchraums unterbleibt. Der Patienten wird mit 9/10 Schmerzen entlassen. **Verantwortlichkeiten von Radiologie, Neurologie, Internist?**

3. Interdisziplinäre Notaufnahme – Beißen den letzten die Hunde?



Den Letzten beißen nicht die Hunde: Die Haftung bei der arbeitsteiligen Medizin

Prof. Dr. jur. Dr. jur. b.c. mult. Drs. med. b.c. Erwin Deutsch
Universität Göttingen

Wladimir Iljitsch Lenin wird der Ausspruch zugeschrieben: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.“ In der arbeitsteiligen Medizin, insbesondere in der mehr und mehr spezialisierten Medizin, ist ein gewisser Grad des Vertrauens notwendig, schon aus Zeitgründen. Die Wiederholung aller möglichen diagnostischen, aber auch präoperativen Untersuchungen, wäre zeitaufwendig und kostenreich. Es gibt aber auch Verhältnisse, in denen die Kontrolle oder sogar die Wiederholung dieser Tests notwendig ist. Jedenfalls wird man wohl auf einer kursorischen Übersicht bestehen müssen, die auch Anlass zur Nachprüfung geben kann.

Erwin Deutsch

77

ger Anwendung des § 254 BGB³¹ über das Mitverschulden ist auch das Vertrauen oder die Misstrauensnotwendigkeit des hauptbehandelnden Arztes wichtig. Deswegen wird es im Allgemeinen zu einer prozentualen Schadensteilung kommen.

V. Fazit

Den letztbehandelnden Arzt beißen nicht die Hunde. Nach geltendem Recht können sie ihn nur beißen, wenn er gar nicht an Hunde gedacht hat oder die Anzeichen der Verfolgung nicht beachtet oder beherzigt hat.

Jenseits dieses Wortspiels heißt es: In der horizontalen arbeitsteiligen Medizin darf grundsätzlich auf die sorgfältige Tätigkeit des anderen Arztes vertraut werden. Allerdings ist eine kursorische Prüfung erforderlich. Eine vollständige Überprüfung ist erforderlich, wenn die Umstände dies notwendig machen. Im Vordergrund steht aber das Vertrauen. Dieses ist Ausdruck der „Freiheit zum Handeln“, die im Verschuldensprinzip des geltenden Rechts zum Ausdruck kommt.

³¹ Zuerst RGZ (Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen) 75, 251.

4. Genug ist genug: Abmeldung von Notaufnahmen, Umleitung von Patienten

4. Genug ist genug: Abmeldung von Notaufnahmen, Umleitung von Patienten

Problembeschreibung:

- BGH Urt. v. 18.06.1985 - VI ZR 234/83: Sicherstellung, dass nur Operationen ausgeführt werden, die anästhesiologisch ordnungsgemäß betreut werden können.
- Für Notaufnahmen: Sicherstellung, dass nur Patienten aufgenommen und versorgt werden, die auch lege artis behandelt werden können.
- **IVENA**: Webbasiertes System Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA) eHealth, das Rettungsdiensten und Krankenhäusern in Echtzeit Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser gibt.

4. Genug ist genug: Abmeldung von Notaufnahmen, Umleitung von Patienten

(Ungelöste) Probleme aus der Praxis:

1. Was passiert, wenn alle KH einer Region abgemeldet sind?
2. Besteht eine Behandlungspflicht trotz abgemeldeter Notaufnahme?
Zumutbarkeit?
3. Welcher Standard gilt in „abgemeldeten Notaufnahmen“? Indiziert die Abmeldung eine „angespannte Behandlungssituation“ (vgl. BGH, Urteil vom 12.1.2021 – VI ZR 60/20)?
4. Weiterleitung/Umleitung von Patienten? Auf bei fußläufiger Vorstellung?
5. Haftung für die Abmeldung aufgrund von Organisationsverschulden?

(hierzu: *Greiser/Rielage/Rauhöft*, MedR 2025, 278).

4. Genug ist genug: Abmeldung von Notaufnahmen, Umleitung von Patienten

Fallbeispiel:

Eine Patientin mit COPD und akuter Luftnot wird in Notarztbegleitung in die Notaufnahme des Krankenhauses in S.-Stadt verbracht. Die Kapazitäten der Intensivstation sind erschöpft, diejenigen der Normalstation noch nicht. Der diensthabende Arzt weigert sich, die Patientin auf die Normalstation aufzunehmen, weil sie über Nacht intensivpflichtig und dann nicht lege artis versorgt werden könnte. Der Notarzt weigert sich zunächst, die Patientin in ein anderes KH zu verbringen, weil seiner Auffassung nach keine intensivpflichtigkeit zu befürchten sei, tut dies aber anschließend.

Notarzt und Patientin stellen anschließend Strafantrag/-anzeige gegen den diensthabenden Arzt. (§ 323c StGB; §§ 223, 13 StGB; § 222 StGB)

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

Aktuelle Rechtsprechung



5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

Zum Standard guter Organisation des Behandlungsprozesses (vgl. Staudinger/*Gutmann*, 2021, § 630a Rn. 166) gehört auch die organisatorische Sicherstellung der ordnungsgemäßen Aufklärung des Patienten.

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

a. Erforderlichkeit der ärztlichen Aufklärung auch in der Notaufnahme:

§ 630e Abs. 3 BGB: Der Aufklärung des Patienten bedarf es (nur dann) **nicht**, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die **Maßnahme unaufschiebbar** ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

LG München II Urteil vom 13.3.2024 – 1 O 5113/21:

1. Auch notfallmedizinische Behandlungen bedürfen einer Rechtfertigung durch Einwilligung des Patienten nach vorheriger Aufklärung. Jedoch reduziert sich das Maß der gebotenen Aufklärung **im Notfall** auf ein Minimum.
2. Hohe Anforderungen an die Aufklärung gelten – **auch im Rahmen von Notfällen** – in Konstellationen, in denen die durchgeführte Behandlung nur **relativ indiziert** ist oder **kaum als dringlich eingeordnet werden kann**.

Exkurs:

Notfallmedizinische Standardverfahren muss jeder notfallmedizinisch tätige Arzt beherrschen. Soweit hingegen ein sofortiges Eingreifen nicht erforderlich ist und sich ein Notfallmediziner ohne Not auf ein Fachgebiet außerhalb seiner Qualifikation begibt, **schuldet er jedoch den Standard dieses Fachgebiets**.

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

b. Prinzip der Mündlichkeit

§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB:

(2) Die Aufklärung muss

1. **mündlich** durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; **ergänzend** kann auch auf **Unterlagen Bezug** genommen werden, die der Patient in Textform erhält, (...)

BGH, Urt. v. 5.11.2024 – VI ZR 188/23, NJW 2025, 1559 m. Bspr. *Vogeler/v. Hirschheydt* (S. 1530):

Mündliche Erwähnung aufklärungspflichtiger Risiken selbst dann erforderlich, wenn der Patient jenes Risiko beim Selbststudium des Aufklärungsformulars gelesen haben sollte. Aufklärungsformular = (bedeutungslose) Gedächtnisstütze

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

c. Notwendige Ausbildung

§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB:

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme **notwendige Ausbildung** verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält, (...)

➤ Facharztvorbehalt für die Aufklärung?

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme



Drucksache 17/10488 (2012), S. 24:

son des Aufklärenden fest. Primär hat derjenige, der die Maßnahme durchführt, selbst den Patienten aufzuklären. Daneben soll es aber auch möglich sein, die Aufklärung durch eine andere Person vornehmen zu lassen, allerdings vorausgesetzt, sie verfügt über die zur sachgerechten Aufklärung notwendige Befähigung und damit über die für die Durchführung der Maßnahme adäquate fachliche Qualifikation. Folglich muss beispielsweise der Arzt, der einen operativen Eingriff durchführt, nicht mit der Person des Aufklärenden identisch sein. Die aufklärende Person muss allerdings die notwendige Befähigung und Qualifikation zur Durchführung der Operation besitzen. **Dies hat zur Folge, dass die Aufklärung für gesonderte Maßnahmen unter Umständen jeweils gesondert erfolgen muss.** So hat etwa der **Operateur** über die **Risiken der Operation** einschließlich des mit der Operation verbundenen Risikos und ein **Anästhesist** über die **Risiken der Narkose** aufzuklären.

hM: kein Facharztvorbehalt

Aber: Genügt die Aprobation?

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

OLG Dresden:

Klärt der Arzt auch über eine ernsthafte Alternative zu der von ihm in Aussicht genommenen Behandlung auf, ist er nicht verpflichtet, zu diesem Gespräch einen Arzt derjenigen Fachrichtung hinzuziehen, in die diese Alternativbehandlung fällt.

- Zulässigkeit einer vollständig fachfremden Aufklärung? (Bsp. Chirurgie / Anästhesie – s. Drucksache 17/10488 (2012), S. 24: Nicht zulässig)
- Anknüpfung an die [Weiterbildungsordnung](#), um das zur Aufklärung erforderliche (theoretische) Wissen abzusichern (OLG Dresden: Absicherung der „notwendigen theoretischen Kenntnisse“).

OLG Dresden, Urteil vom 12.5.2020 – 4 U 1388/19, NJW-RR 2020, 1415 = GuP 2021, 76 m. Anm. Vogeler = MedR 2021, 46 m. Anm. Süß

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

d. Einwilligungsunfähige Patienten

Ist der Patient dagegen **einwilligungsunfähig**, so gilt:

Gem. § 630d Abs. 1 S. 2 BGB ist die Einwilligung eines hierzu **Berechtigten** einzuholen, soweit nicht eine **Patientenverfügung** nach § 1827 Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt.

Berechtigte im Sinne des § 630d Abs. 1 S. 2 BGB können – je nach Fallgestaltung – sein:

- Sorgeberechtigte
- Vorsorgebevollmächtigte
- Betreuer als gesetzlicher Vertreter

In einem solchen Fall sind diese dann Adressat der Aufklärung (§ 630e Abs. 4 BGB).

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

Dies bedeutet aber nicht, dass der einwilligungsunfähige Patient kein „Mitspracherecht“ mehr hat:

Gem. § 630e Abs. 5 BGB sind die wesentlichen Umstände auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft.

Problem: Einwilligungsunfähige Patienten ohne erreichbaren Berufsbetreuer.

5. Wir haben doch keine Zeit: Aufklärung in der Notaufnahme

e. **Mutmaßliche Einwilligung**

Wann ist eine Berufung auf eine **mutmaßliche Einwilligung** möglich?

§ 630d Abs. 1 S. 4 BGB:

Kann eine Einwilligung für eine **unaufschiebbare Maßnahme** nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem **mutmaßlichen Willen** des Patienten entspricht.

6. Wo ist meine Daunenjacke? Obhutspflichten (auch) in der Notaufnahme



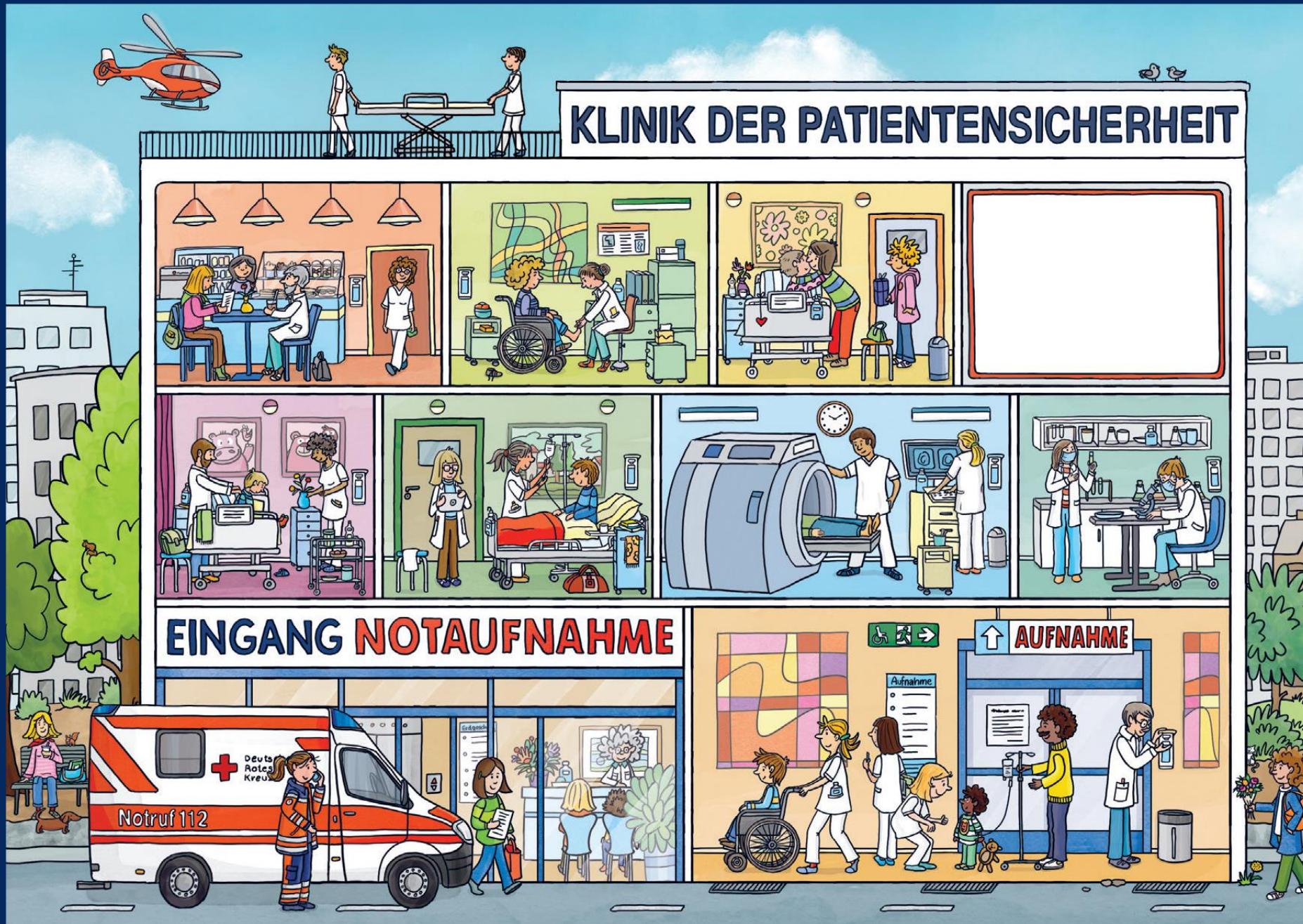
6. Wo ist meine Daunenjacke? Obhutspflichten (auch) in der Notaufnahme

OLG Hamm Urteil vom 21.7.2023 – 26 U 4/23:

Es besteht eine besondere Obhutspflicht der Klinik für die persönliche Habe der Patienten. Die Klinik hat bei einer Notaufnahme die erforderlichen und zumutbaren Maßnahmen zu treffen, um die persönlichen Gegenstände der Patienten zu sichern.



III. Schluss...





Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!



Dr. iur. Marcus Vogeler
Rechtsanwalt, Partner
Fachanwalt für Medizinrecht

Dres. Vogeler Rechtsanwälte
Partnerschaft mbB
Brehmstraße 1
30173 Hannover, Germany

Fon +49 (0)511 270 465 60
info@ra-vogeler.de

> Feel free to contact us

