

116117

ÄRZTLICHER
BEREITSCHAFTSDIENST

Bahner

Recht im Bereitschaftsdienst

Handbuch für Ärzte
und Kliniken

 Springer

Recht im Bereitschaftsdienst

Beate Bahner

Recht im Bereitschaftsdienst

Handbuch für Ärzte und Kliniken

 Springer

Beate Bahner
Heidelberg
Deutschland

ISBN 978-3-642-25963-0 ISBN 978-3-642-25964-7 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-25964-7

Springer Heidelberg Dordrecht London New York

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Gedruckt auf säurefreiem Papier

Springer ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Begleitwort

Recht im Bereitschaftsdienst gehört ins Regal jeder Ärztin und jedes Arztes!

Beate Bahner – Fachanwältin für Medizinrecht der ersten Stunde – präsentiert hier ein umfangreiches Werk über alle rechtlichen Aspekte des Bereitschaftsdienstes. In 19 Kapiteln stellt Rechtsanwältin Bahner Rechte und Pflichten im Bereitschaftsdienst vor, sie informiert über Einwilligung, Aufklärung und Haftung, und sie diskutiert auch Themen wie Behandlungsabbruch, Todesfeststellung und Zwangseinweisung. Dazu gibt sie Handlungsempfehlungen für den Schadensfall oder bei einer Anzeige.

Durch die klare Struktur und die übersichtliche Gestaltung findet man sich sofort gut zurecht, wenn man nach einem bestimmten Thema sucht. *Recht im Bereitschaftsdienst* ist dabei so angenehm und spannend geschrieben, dass man das Buch mit Freude und Gewinn von vorne bis hinten lesen kann und sollte. Die umfassende Darstellung aller rechtlichen Aspekte im Bereitschaftsdienst macht dieses Werk zu einem Basis-Buch für alle Ärzte!

Mein erster Kontakt mit Rechtsanwältin Bahner wurde „vom Amt“ vermittelt: Vor dem Start der von mir veranstalteten Notdienstseminare „Fit für jeden Notfall“ suchte ich 2009 bei der Rechtsanwaltskammer Karlsruhe nach Referenten zur Abdeckung der juristischen Aspekte – die Kammer nannte mir umgehend Fachanwältin Bahner. Seither bereichert Beate Bahner mehrmals im Jahr meine Notdienstseminare mit einem Rechtsvortrag, immer extrem kompetent und sehr unterhaltsam, von inzwischen Hunderten teilnehmenden Ärzten hoch geschätzt. Es erfüllt mich daher mit besonderer Freude, zu sehen, dass aus dem ehemaligen Skript für diese Vorträge nun dieses profunde Buch erwachsen ist!

Ich wünsche *Recht im Bereitschaftsdienst* einen großen Erfolg und eine weite Verbreitung, im Interesse und zum Wohle der Ärzte wie auch der Patienten. Und persönlich freue ich mich auf viele weitere Jahre regen Austausches mit Fachanwältin Beate Bahner über Medizin und Recht.

Heidelberg, im Dezember 2012

Dr. med. Wolfgang Tonn
Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin
Leiter der Heidelberger Medizinakademie
www.heidelberger-medizinakademie.de

Vorwort

Es gibt inzwischen eine Vielzahl von Büchern zum Arzt- und Medizinrecht. Ein Handbuch zu den besonderen Aspekten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes fehlte allerdings bislang. Nach jahrelanger anwaltlicher Beratung von Ärzten, sowie als Referentin bei entsprechenden Fortbildungsseminaren habe ich erfahren, dass der Bereitschaftsdienst bei den meisten Ärzten nicht allzu beliebt ist, was freilich gut nachvollziehbar ist: Viele Ärzte sorgen sich darum, ob sie in der Ausnahmesituation einer akuten Behandlungsbedürftigkeit eines meist fremden Patienten – angesichts der begrenzten Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten außerhalb der Sprechstunde – im richtigen Moment die richtige Entscheidung treffen.

Dieses Buch richtet sich insbesondere an die zum Bereitschaftsdienst verpflichteten niedergelassenen Ärzte, aber auch an Klinikärzte und Krankenhäuser, die aufgrund aktueller Strukturreformen in Zukunft ebenfalls in den Bereitschaftsdienst einbezogen werden sollen. Ziel des Buches ist es, einen fundierten Überblick der vielfältigen juristischen Aspekte im Bereitschaftsdienst in verständlicher, kompakter und praxisnaher Darstellung zu bieten, freilich ohne Anspruch auf juristische Vollständigkeit zu erheben. Eingearbeitet wurde hierbei auch das am 29. November 2012 verabschiedete Patientenrechtegesetz. Das Buch soll die Ärzte zugleich beruhigen: Denn wer den Bereitschaftsdienst mit guter Vor- und Nachbereitung und der stets gebotenen medizinischen Sorgfalt versieht, wird rechtliche Risiken erheblich reduzieren.

Aufgrund der rundum positiven Aufnahme meiner drei bisherigen Bücher *Das neue Werberecht für Ärzte*, *Honorarkürzungen – Arzneimittelregresse – Heilmittelregresse* und *Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Zahnärzten* habe ich Konzept und Struktur auch in diesem Buch weitestgehend beibehalten. Konstruktive Anregungen sind ebenso willkommen wie Hinweise auf Gerichtsentscheidungen oder weiterführende Beiträge zum *Recht im Bereitschaftsdienst* durch damit befasste Gerichte, Anwälte oder Ärzte. So kann auch eine spätere Auflage aktuell und umfassend sein.

Für die Durchsicht des Skriptes danke ich herzlich Dr. med. Wolfgang Tonn, dessen langjährige Erfahrung als Notarzt und Leiter exzellenter Notdienstseminare für Ärzte bei der Durchsicht des Skriptes sehr hilfreich war. Dies gilt gleichermaßen für die Anmerkungen meines Fachanwaltskollegen Dennis Lentz, die ich aufgrund seiner besonderen Kenntnisse im Recht des Rettungsdienstes und seiner langjährigen medizinischen Erfahrung als Rettungssanitäter ebenfalls sehr zu schätzen weiß.

Schließlich danke ich ganz herzlich auch meinem Kanzleiteam und meinem Partner für deren unermüdliche Unterstützung!

Heidelberg, im Dezember 2012

Rechtsanwältin Beate Bahner
Fachanwältin für Medizinrecht
Mediatorin im Gesundheitswesen
www.beatebahner.de

Eid des Hippokrates

Ich schwöre bei Apollon, dem Arzt, bei Asklepios, Hygieia und Panakeia und bei allen Göttern und Göttinnen, indem ich sie zu Zeugen mache, daß ich entsprechend meiner Kraft und meinem Urteilsvermögen folgenden Eid und folgenden Vertrag erfüllen werde:

Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleich zu achten meinen Eltern, ihn an meinem Lebensunterhalt teilhaben zu lassen und ihm an den für ihn erforderlichen Dingen, wenn er ihrer bedarf, Anteil zu geben, seine Nachkommenschaft meinen männlichen Geschwistern gleich zu werten, sie diese Kunst zu lehren, wenn sie sie zu lernen wünschen, ohne Entgelt und Vertrag, an Unterweisung, Vorlesung und an der gesamten übrigen Lehre Anteil zu geben meinen Söhnen und den Söhnen dessen, der mich unterrichtet hat, den vertraglich gebundenen und durch ärztlichen Brauch eidlich verpflichteten Schülern, sonst aber niemandem.

Diätetische Maßnahmen werde ich zum Nutzen der Kranken entsprechend meiner Kraft und meinem Urteilsvermögen anwenden; vor Schaden und Unrecht werde ich sie bewahren.

Auch werde ich niemandem auf seine Bitte hin ein tödlich wirkendes Mittel geben, noch werde ich einen derartigen Rat erteilen; in gleicher Weise werde ich auch keiner Frau ein fruchtabtreibendes Zäpfchen geben. Rein und heilig werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

Das Schneiden werde ich nicht anwenden, nicht einmal bei Steinleidenden, dies werde ich vielmehr den Männern überlassen, die diese Tätigkeit ausüben.

In alle Häuser, die ich betrete, werde ich eintreten zum Nutzen der Kranken, frei von jedem absichtlichen Unrecht, von sonstigem verderblichen Tun und von sexuellen Handlungen an weiblichen und männlichen Personen, sowohl Freien als auch Sklaven.

Was auch immer ich bei der Behandlung oder auch unabhängig von der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre, werde ich, soweit es niemals nach außen verbreitet werden darf, verschweigen, in der Überzeugung, daß derartige Dinge unaussprechbar sind.

Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht verletze, möge es mir zuteil werden, daß ich mich meines Lebens und meiner Kunst erfreue, geachtet bei allen Menschen für alle Zeit, wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, möge das Gegenteil davon eintreten.¹

¹Hippokrates (ca. 460–370 v. Chr.), zitiert aus *Kollesch/Nickel*, S. 53 ff. Vgl. zur umstrittenen Herkunft des Eids *Taupitz*, S. 204 ff. Der Eid muss von den Ärzten allerdings nicht geschworen werden.

WELTÄRZTEBUND
DEKLARATION VON GENÈVE

verabschiedet von der

2. Generalversammlung des Weltärztebundes
Genf, Schweiz, September 1948

und revidiert von der

22. Generalversammlung des Weltärztebundes
Sydney, Australien, August 1968

und revidiert von der

35. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Venedig, Italien, Oktober 1983

und revidiert von der

46. Generalversammlung des Weltärztebundes
Stockholm, Schweden, September 1994

GELÖBNISS:

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich: mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.²

² Abdruck unter www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung und Begriffsbestimmungen	1
1.1	Einführung	1
1.2	Uneinheitliche Sprachregelung	2
1.2.1	Verwirrende Bezeichnungen	2
1.2.2	Notwendigkeit der Definition und Abgrenzung	4
1.3	Aufgabe des Bereitschaftsdienstes	4
1.3.1	Zuständigkeit für den akuten Behandlungsfall	4
1.3.2	Einsatz nur außerhalb der Sprechstundenzeiten	6
1.3.3	Abgrenzung „akuter Behandlungsfall“ – „Notfall“	6
1.3.4	Keine Kompetenz des Bereitschaftsdienstes für den „Notfall“	8
1.4	Notfallrettung als Aufgabe des Rettungsdienstes	10
1.4.1	Einsatz von Notärzten nur im Rettungsdienst	10
1.4.2	Einsatz von Rettungsdienstfahrzeugen nur im Rettungsdienst	11
1.4.3	Notfallindikationen für den Einsatz des Rettungsdienstes	13
1.4.3.1	Notfallbezogene Indikationen	13
1.4.3.2	Indikationen für zusätzlichen Einsatz eines Notarztes	13
1.4.3.3	Keine Indikationen für Notarzteinsatz	13
1.4.4	Unterschiedliche Trägerschaft und Organisation	15
1.5	Notwendigkeit einer einheitlichen Sprachregelung	16
1.5.1	Zwingende Verwendung des Begriffs „Bereitschaftsdienst“	16
1.5.2	Appell zur bundesweiten Bezeichnung als „Bereitschaftsdienst“	17
1.5.3	Einheitliche Rufnummer „116 117“ für den Bereitschaftsdienst	19
1.5.4	Begrifflichkeiten in diesem Buch	20
2	Rechtsgrundlagen und Organisation	21
2.1	Rechtsgrundlagen	21
2.1.1	Berufs- und Vertragsarztrecht	21
2.1.2	Bereitschaftsdienstordnungen/Not(fall)dienstordnungen	22
2.1.3	Gemeinsame Regelung durch KV und Ärztekammer	23
2.1.4	Entscheidungsspielraum der KV und Ärztekammer	24

2.2	Organisation des Bereitschaftsdienstes	25
2.2.1	Gebietseinteilung und Bereitschaftsdienstpläne	25
2.2.2	Allgemeinärztlicher und fachärztlicher Bereitschaftsdienst	26
2.2.3	Zentrale Bereitschaftsdienstpraxis	28
2.3	Weitere mögliche Anlaufstellen	29
2.3.1	Anbindung an das Krankenhaus oder den Rettungsdienst	29
2.3.2	Anbindung an die Rettungsleitstelle	31
2.3.3	Inanspruchnahme anderer Ärzte und Einrichtungen	32
2.3.4	Privatärztlicher Bereitschaftsdienst	33
2.4	Reform des Bereitschafts-/Not(fall)dienstes	34
2.5	Organisationspflichten im Bereitschaftsdienst	36
2.5.1	Ausstattung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes	36
2.5.2	Erreichbarkeit des Arztes im Bereitschaftsdienst	38
2.5.3	Auffindbarkeit des Arztes im Bereitschaftsdienst	39
2.5.4	Ständige Anwesenheit während des Bereitschaftsdienstes	40
3	Pflicht zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst	41
3.1	Sicherstellungspflicht der niedergelassenen Ärzte	41
3.1.1	Annahme der fachlichen Eignung aller niedergelassenen Ärzte	42
3.1.2	Kritik und Plädoyer für eine Neuregelung	42
3.1.3	Keine Befreiung einzelner Facharztgruppen	45
3.1.4	Möglichkeit der Anordnung des Sofortvollzugs	46
3.2	Erweiterte Teilnahmepflichten	47
3.2.1	Ärzte in Kooperation, in Anstellung und mit hälftiger Zulassung	47
3.2.2	Praxis mit mehreren Standorten/Zweigpraxis	48
3.2.3	Rein privatärztliche Tätigkeit und Bereitschaftsdienst	50
3.3	Fachliche Eignung zum Bereitschaftsdienst	51
3.3.1	Pflicht zur Fortbildung für den Bereitschaftsdienst	51
3.3.2	Verlust der fachlichen Eignung zum Bereitschaftsdienst	53
3.3.3	Pflicht zur Kostenbeteiligung trotz Ungeeignetheit	54
3.3.4	Disziplinarmaßnahmen bei fehlender fachlicher Eignung	55
3.4	Befreiung vom Bereitschaftsdienst	55
3.4.1	Rechtsgrundlagen	55
3.4.2	Vorliegen schwerwiegender Gründe	56
3.4.3	Krankheit, Behinderung und Alter als Befreiungsgrund	57
3.4.4	Vorrangige Pflicht zur Bestellung eines Vertreters	58
3.4.5	Wirtschaftliche Zwänge als Befreiungsgrund	59
3.4.6	Fehlende Befreiungsgründe	59
3.4.7	Pflicht der KV zur Befreiung vom Bereitschaftsdienst	61
3.5	Beauftragung eines Vertreters	62
3.5.1	Zulässigkeit der Vertretung	62
3.5.2	Verhinderung des Arztes	63
3.5.3	Eigenes Haftungsrisiko auch bei Bestellung eines Vertreters	63

3.6	Recht zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst	64
3.6.1	Beschränkungen des Teilnahmeanspruchs	64
3.6.2	Umfang des Teilnahmeanspruchs	65
3.6.3	Ausschluss vom Bereitschaftsdienst	66
4	Rechtsbeziehungen im Bereitschaftsdienst	67
4.1	Vertragliche Beziehung durch Behandlungsvertrag	67
4.1.1	Vertragsschluss zwischen Arzt und Patient	67
4.1.2	Inhalt des Behandlungsvertrages	68
4.1.3	Behandlungsvertrag bei Kindern und Jugendlichen	69
4.1.4	Behandlungsvertrag bei geschäftsunfähigen Patienten	70
4.2	Rechtsbeziehung durch „Geschäftsführung ohne Auftrag“	71
4.2.1	Unfähigkeit des Patienten zum Abschluss eines Behandlungsvertrags	71
4.2.2	Weitere Voraussetzungen der GOA	72
4.2.3	Rechtspflichten aus GOA	73
4.3	Deliktsrechtliche Beziehung	74
4.4	Öffentlich-rechtliche Beziehung	75
5	Ärztliche Behandlung im Bereitschaftsdienst	77
5.1	Pflicht zur Behandlungsübernahme	77
5.1.1	Grundsätze der ärztlichen Behandlungspflicht	77
5.1.2	Behandlungspflicht aus Garantenstellung	79
5.1.3	Garantenstellung im Bereitschaftsdienst	80
5.1.4	Folgen eines Verstoßes gegen die Behandlungspflicht	81
5.2	Behandlungsgrundsätze im Bereitschaftsdienst	82
5.2.1	Erhebung der Anamnese	82
5.2.1.1	Begriff der Anamnese	82
5.2.1.2	Art und Weise der Erhebung der Anamnese	83
5.2.1.3	Anamnese im akuten Behandlungsfall/Notfall	85
5.2.2	Untersuchung und Befunderhebung	86
5.2.3	Notwendige Untersuchungs- und Diagnosemaßnahmen	87
5.2.4	Sanktionen wegen unterlassener Untersuchung	88
5.2.5	Behandlung nach Facharztstandard	89
5.2.6	Medizinischer Standard im Notfall	90
5.2.7	Exkurs: Anwendung alternativer Heilmethoden	92
5.3	Behandlungsumfang im Bereitschaftsdienst	93
5.3.1	Beschränkung der Behandlung auf das Notwendige	93
5.3.2	Voraussetzungen eines Hausbesuchs im Bereitschaftsdienst	94
5.3.3	Sanktionen wegen unterlassener Hausbesuche	96
6	Weitere Pflichten im Bereitschaftsdienst	99
6.1	Ornungsgemäße Organisation	99
6.2	Rechtzeitige Überweisung bzw. Krankenhauseinweisung	100
6.2.1	Allgemeine Grundsätze	100

6.2.2	Auswahl eines geeigneten Krankenhauses	102
6.2.3	Haftungsträchtige Situationen	104
6.2.4	Rechtsprechung zur unterlassenen Krankenhauseinweisung	104
6.3	Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst	106
6.3.1	Überbrückende Erstversorgung	106
6.3.2	Sofortige Nachalarmierung des Rettungsdienstes	107
6.3.3	Sofortige Verweisung des Patienten an den Rettungsdienst	108
6.3.4	Anforderung des Bereitschaftsarztes durch den Rettungsdienst	109
6.4	Sonderpflichten beim „echten“ Notfall	110
6.4.1	Reanimationsmaßnahmen	110
6.4.2	Sicherung von Amputaten	111
6.5	Verdacht auf Kindesmisshandlung	112
6.5.1	Arten der Misshandlung	113
6.5.2	Allgemeine Auffälligkeiten bei sexuellem Missbrauch	114
6.5.3	Vorgehen bei ungewissem Verdacht	115
6.5.4	Das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG)	116
6.6	Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz	118
6.7	Dokumentationspflicht	120
6.7.1	Sinn und Zweck der Dokumentation	120
6.7.2	Umfang der Dokumentation	121
6.7.3	Art und Weise der Dokumentation	121
6.7.4	Berichtigungen und Änderungen der Dokumentation	122
6.7.5	Dokumentation im Bereitschaftsdienst	123
7	Aufklärung des Patienten	125
7.1	Rechtsgrundlagen	125
7.1.1	Die Pflicht des Arztes zur Aufklärung des Patienten	125
7.1.2	Zur rechtlichen Bedeutung der Aufklärung	126
7.2	Arten und Umfang der Aufklärung	127
7.2.1	Arten der Aufklärung	127
7.2.2	Umfang der Aufklärung	129
7.2.3	Notwendige Aufklärung über die Folgen bei Nichtbehandlung	131
7.2.4	Exkurs: Urteil des BGH zur nicht ausreichenden Aufklärung	132
7.2.5	Exkurs: Behandlungsalternativen und Außenseitermethoden	133
7.3	Art und Weise der Aufklärung	134
7.3.1	Mündliche, verständliche und schonende Aufklärung	134
7.3.2	Verwendung von Aufklärungsformularen	135
7.3.3	Telefonische Aufklärung	136
7.3.4	Aufklärung durch den behandelnden Arzt oder einen Vertreter	137
7.3.5	Adressat und Zeitpunkt der Aufklärung	138
7.3.6	Verzicht des Patienten auf die Aufklärung	139
7.4	Keine Aufklärungspflicht bei unaufschiebbarer Behandlung	140
7.4.1	Verzicht auf Aufklärung aus Zeitgründen	140
7.4.2	Differenzierte Beurteilung im Bereitschaftsdienst	141

8	Einwilligung und Patientenverfügung	143
8.1	Einwilligungsfähigkeit des Patienten	143
8.2	Der einwilligungsunfähige Patient	144
8.2.1	Der nicht orientierte Patient	144
8.2.2	Der bewusstlose Patient	146
8.3	Bewusstloser Patient ohne Patientenverfügung	147
8.3.1	Die mutmaßliche Einwilligung	147
8.3.2	Ermittlung des mutmaßlichen Willens	148
8.3.3	Exkurs: Bestellung eines Betreuers	149
8.3.4	Gespräch des Arztes mit dem Betreuer/Bevollmächtigten ...	150
8.3.5	Gespräch des Arztes mit Angehörigen und Vertrauenspersonen	151
8.3.6	Entscheidung des Arztes im Notfall	152
8.4	Bewusstloser Patient mit Patientenverfügung	154
8.4.1	Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung	154
8.4.2	Anwendbarkeit auf die aktuelle Situation	155
8.4.3	Einschaltung des Betreuungsgerichts	157
8.4.4	Änderung des Patientenwillens und Widerruf der Einwilligung	158
8.4.5	Abgrenzungen	159
8.5	Einwilligung bei Minderjährigen	160
8.5.1	Einsichts- und Entschlussfähigkeit	160
8.5.2	Entscheidung der Eltern/gesetzlichen Vertreter	161
8.5.3	Informationspflicht des Arztes auch bei Einwilligungsunfähigkeit	162
8.5.4	Dringlichkeit und Bedeutung des Eingriffs	163
8.6	Behandlungsverweigerung durch den Patienten	165
8.6.1	Recht des Patienten auf Selbstbestimmung	165
8.6.2	Pflicht des Arztes zur schonungslosen Aufklärung	166
8.6.3	Behandlungsverweigerung durch die Eltern	168
9	Sterbehilfe und Behandlungsabbruch	171
9.1	Der Begriff der Sterbehilfe	171
9.1.1	Aktive Sterbehilfe (gezielte Lebensbeendigung)	173
9.1.2	Indirekte Sterbehilfe (Schmerzlinderung)	174
9.1.3	Passive Sterbehilfe (Sterbenlassen)	175
9.2	Behandlungsabbruch	176
9.2.1	Änderung der Terminologie durch den Bundesgerichtshof ..	176
9.2.2	Kriterien des Behandlungsabbruchs	177
9.2.3	Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung	178
9.2.4	Der Wille des Patienten	179
9.2.5	Sterbebegleitung und Grundsätze der Bundesärztekammer ..	180
9.3	Strafbarkeit bei aktiven Eingriffen in das Leben	181
9.3.1	Strafbarer Totschlag bei eigenmächtigem Abschalten der Geräte	182
9.3.2	Strafbarer Totschlag bei Mitleidstötung	182

9.4	Beihilfe zum Suizid	183
9.4.1	Aktuelle strafrechtliche Situation	183
9.4.2	Berufsrechtliche Situation	184
9.4.3	Kritik am generellen berufsrechtlichen Verbot der Sterbehilfe	185
9.4.4	Situation in der Schweiz und in den Niederlanden	187
9.4.5	Geplantes Verbot der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung	188
10	Leichenschau und Todesfeststellung	193
10.1	Einführung und Grundlagen	193
10.1.1	Begriff der Leichenschau	193
10.1.2	Rechtsgrundlagen und Pflicht der Ärzte zur äußeren Leichenschau	194
10.1.3	Ausnahmen von der Pflicht zur Leichenschau	196
10.2	Durchführung der Leichenschau	197
10.2.1	Unverzögliche Veranlassung der Leichenschau	197
10.2.2	Art und Weise der Leichenschau	198
10.2.3	Pflicht zur Entkleidung der Leiche	199
10.2.4	Informationspflichten	200
10.3	Todesfeststellung	201
10.3.1	Todeszeitpunkte	201
10.3.2	Sichere und unsichere Todeszeichen	202
10.3.3	Angabe der Todesart	204
10.3.3.1	Natürlicher Tod	205
10.3.3.2	Nicht natürlicher Tod	205
10.3.3.3	Exkurs: Mögliche Hinweise auf „nicht natürliche“ Todesart	206
10.3.3.4	Ungeklärte Todesart	206
10.3.3.5	Unterschied zwischen Todesart und Todesursache	207
10.3.4	Schwierige Abgrenzung	207
10.3.5	Vorgehen des Arztes bei nicht natürlicher und ungeklärter Todesart	209
10.3.6	Ausstellung der Todesbescheinigung	210
10.4	Probleme der Leichenschau	212
11	Zwangseinweisung und Unterbringung in der Psychiatrie	215
11.1	Rechtsgrundlagen	215
11.1.1	Psychische Erkrankung und Gefährdungslage	216
11.1.2	Suizidversuch als Unterbringungsgrund	218
11.1.3	Exkurs: Verknennung der Suizidgefahr	219
11.1.4	Richtervorbehalt bei Zwangseinweisung	220
11.2	Sofortige vorläufige Unterbringung in der Psychiatrie	221
11.2.1	Notwendigkeit der sofortigen Unterbringung	221
11.2.2	Aufnahme- und Untersuchungspflicht der Klinik	223
11.2.3	Dokumentation der sofortigen vorläufigen Unterbringung ..	225

12 Einsatz des Bereitschaftsarztes für die Polizei	227
12.1 Blutentnahme und andere körperliche Eingriffe	227
12.1.1 Gesetzliche Voraussetzungen	228
12.1.2 Untersuchungen und körperliche Eingriffe	230
12.1.3 Körperliche Eingriffe nur durch einen Arzt	231
12.1.4 Untersuchungszweck und Verhältnismäßigkeitsprinzip	232
12.1.5 Widerstand des Beschuldigten	233
12.2 Beurteilung der Gewahrsamsfähigkeit	234
12.2.1 Person in vorläufigem Polizeigewahrsam	234
12.2.2 Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit	235
12.2.3 Pflicht des Arztes zur Untersuchung und Behandlung	236
12.2.4 Mangelnde Kooperation des Betroffenen	237
12.2.5 Handlungsempfehlung für den Arzt im Bereitschaftsdienst ..	238
12.2.6 Keine Pflicht zur Beurteilung der Haftfähigkeit	238
13 Haftung für Behandlungsfehler	241
13.1 Einführung	241
13.1.1 Begriff des Behandlungsfehlers	242
13.1.2 Einfacher und grober (schwerer) Behandlungsfehler	242
13.2 Kategorien von Behandlungsfehlern	244
13.2.1 Behandlungsfehler im engeren Sinne	244
13.2.2 Organisationsfehler	245
13.2.3 Aufklärungsfehler	245
13.2.4 Befunderhebungsfehler und Diagnosefehler	247
13.2.5 Mangelnde fachliche Eignung und Übernahmeverschulden ..	249
13.3 Weitere Aspekte des Behandlungsfehlers	250
13.3.1 Pflichtverletzung des Arztes	250
13.3.2 Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden	251
13.3.3 Informationspflicht bei Behandlungsfehlern	252
13.3.4 Verjährung von Arzthaftungsansprüchen	254
13.4 Person des Haftenden	255
13.4.1 Persönliche Haftung des Arztes im Bereitschaftsdienst	255
13.4.2 Haftung bei Ärztekooperationen	256
13.4.3 Haftung für Mitarbeiter	257
13.4.4 Haftung für den Vertreter im Bereitschaftsdienst	257
13.4.4.1 Der Vertreter als „Verrichtungsgehilfe“	258
13.4.4.2 Voraussetzungen der Haftung für Vertreter	259
14 Beweisregeln im Arzthaftungsfall	261
14.1 Allgemeine Beweisregeln im Arzthaftungsprozess	261
14.1.1 Beweislast des Patienten	261
14.1.2 Beweislast des Arztes	262
14.1.3 Schwierigkeiten der Beweislastverteilung	263
14.2 Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten	263
14.2.1 Kategorien der Rechtsprechung	263
14.2.2 Beweislastumkehr bei beherrschbaren Risiken	264

14.2.3	Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern	266
14.2.4	Beweislast bei Befunderhebungsfehlern	268
14.2.5	Beweislast für ordnungsgemäße Aufklärung und Einwilligung	269
14.2.6	Beweislast bei fehlerhafter therapeutischer Aufklärung	270
14.2.7	Beweislast für hypothetische Einwilligung des Patienten	271
14.2.8	Beweislastumkehr bei mangelnder Eignung des Arztes	272
14.2.9	Beweislast bei Dokumentationsmängeln	274
14.3	Weitere Aspekte der Beweislastumkehr	275
15	Haftungsmaßstab im medizinischen Notfall	277
15.1	Haftungserleichterungen für den Arzt	277
15.1.1	Besonderheiten der Notfallsituation	278
15.1.2	Mangel an Zeit und Information	279
15.1.3	Beschränkte Diagnosemöglichkeiten	279
15.1.4	Haftungsmildernde Umstände im medizinischen Notfall	280
15.1.5	Haftungserleichterungen bei Geschäftsführung ohne Auftrag	281
15.2	Keine Haftungserleichterungen	282
15.2.1	Vorbereitungsphase der Behandlung	284
15.2.2	Maßnahmen nach der Behandlung	285
16	Vorgehensweise im Schadensfall	287
16.1	Einsichtsrecht des Patienten in die Dokumentation	287
16.1.1	Ausdruck des Rechts auf Selbstbestimmung	288
16.1.2	Einsichtnahme von Originaldokumenten nur in der Praxis	288
16.1.3	Übersendung einer Kopie der Patientenakte gegen Kostenerstattung	289
16.1.4	Beschränkungen des Einsichtsrechts	290
16.1.5	Einsichtsrecht der Angehörigen und der Erben	291
16.2	Berufshaftpflichtversicherung	292
16.2.1	Fehlen einer bundesgesetzlichen Versicherungspflicht	293
16.2.2	Umfang des Versicherungsschutzes	296
16.2.3	Rücksprache mit der Haftpflichtversicherung	297
16.3	Handlungsempfehlungen	298
16.3.1	Handlungsempfehlungen für den betroffenen Arzt	298
16.3.2	Mögliche Einwendungen des Arztes	301
16.3.3	Allgemeine Handlungsempfehlungen für alle Beteiligten	303
16.4	Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen	304
16.4.1	Allgemeines	304
16.4.2	Das Verfahren	305
16.4.3	Zahlen und Ergebnisse	307
16.4.4	Akzeptanz der Entscheidungen	308
17	Die Abrechnung im Bereitschaftsdienst	309
17.1	Abrechnung bei gesetzlich versicherten Patienten	309
17.1.1	Abrechnungslaufplan der KV Baden-Württemberg	309

17.1.2 Übersicht der Abrechnungsmöglichkeiten im Bereitschaftsdienst	310
17.2 Abrechnungsausschlüsse	312
17.2.1 Auslegung der Vergütungsvorschriften	312
17.2.2 Abrechnung der Leistung „Erhebung einer Fremdanamnese“	313
17.2.3 Abrechnung der Verweilgebühr im Bereitschaftsdienst	315
17.2.4 Abrechnung fachfremder Leistungen im Bereitschaftsdienst	315
17.2.5 Keine Privatabrechnung bei Kassenpatienten	316
17.3 Abrechnung bei Privatpatienten	317
18 Strafrechtliche Aspekte im Bereitschaftsdienst	321
18.1 Der ärztliche Heileingriff als Körperverletzung	321
18.2 Der Straftatbestand der Körperverletzung	322
18.2.1 Tatbestandsmerkmale der Körperverletzung	322
18.2.2 Qualifikationstatbestände der Körperverletzung	323
18.3 Fahrlässige Körperverletzung	324
18.3.1 Fahrlässigkeitsbegriff und ärztliche Sorgfaltspflichten	324
18.3.2 Kausalität zwischen Behandlung und Gesundheitsschaden	325
18.4 Fahrlässige Tötung	326
18.5 Unterlassene Hilfeleistung	327
18.5.1 Begriff des Unglücksfalls	328
18.5.2 Unterlassen der Hilfeleistung	329
18.5.3 Erforderlichkeit und Zumutbarkeit der Hilfeleistung	330
18.6 Verletzung der Schweigepflicht	332
18.6.1 Offenbarung eines fremden Geheimnisses	332
18.6.2 Einwilligung in die Offenbarung des Geheimnisses	333
18.6.3 Offenbarungspflicht und rechtfertigender Notstand	334
19 Der Bereitschaftsarzt im Straßenverkehr	337
19.1 Parkerleichterungen für Ärzte	337
19.1.1 Bereitschaftsdienst und Notfalleinsatz	337
19.1.2 Arzt auf Hausbesuch	338
19.2 Befreiung von der Straßenverkehrsordnung	339
19.2.1 Sonderrechte nur für den Rettungsdienst	339
19.2.2 Keine Sonderrechte für den Bereitschaftsarzt	340
19.2.3 Wegerechte für den Bereitschaftsarzt nur im Ausnahmefall	341
19.3 Rechtfertigender Notstand im Straßenverkehr	342
19.3.1 Gesetzliche Voraussetzungen	342
19.3.2 Rechtfertigende Notstandssituationen im Bereitschaftsdienst	343
Anhang	345
Literatur	353
Stichwortverzeichnis	357

Abkürzungsverzeichnis

a. A.	anderer Ansicht
a. a. O.	am angegebenen Ort
AED	automatisierter externer Defibrillator
ÄK	Ärztammer
a. F.	alte Fassung
abl.	ablehnend
Abs.	Absatz
AG	Amtsgericht
AHB	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung
Anm.	Anmerkung
ARB	Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung
arg. ex.	Argument aus
Art.	Artikel
Arzt/Ärzte	Ärztin, Zahnärztin, Arzt und Zahnarzt (jeweils auch im Plural)
Ärzte-ZV	Ärzte-Zulassungsverordnung
ArztR	ArztRecht (Zeitschrift)
AU	Arbeitsunfähigkeit
Aufl.	Auflage
Az.	Aktenzeichen
BayObLG	Bayerisches Oberstes Landesgericht
BaWü	Baden-Württemberg
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BBR	Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen
Bd.	Band
BDO	Bereitschaftsdienstordnung
Beschl.	Beschluss
BestattVO	Bestattungsverordnung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMV-Ä	Bundemantelvertrag – Ärzte
BNotO	Bundesnotarordnung

BO	Berufsordnung Ärzte
BRAO	Bundesrechtsanwaltsordnung
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drucks.	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BZ	Blutzucker
bzw.	beziehungsweise
CPR	cardiopulmonary resuscitation (Herz-Lungen-Wiederbelebung)
CT	Computertomographie
d.	des/der
DÄBl	Deutsches Ärzteblatt
d. h.	das heißt
ders.	derselbe
dies.	dieselbe
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EBM-Ä	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EKG	Elektrokardiogramm
Einf. v.	Einführung vor
einschl.	einschließlich
Entsch.	Entscheidung
evtl.	eventuell
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
f.	folgende
ff.	fortfolgende
Fn.	Fußnote
GABl	Gemeinsames Arbeitsblatt
gem.	gemäß
GesR	GesundheitsRecht (Zeitschrift)
GG	Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOA	Geschäftsführung ohne Auftrag
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
HBKG	Heilberufe-Kammergesetz
h. M.	herrschende Meinung
Hrsg.	Herausgeber
Hs.	Halbsatz
i. d. F.	in der Fassung
i. d. R.	in der Regel
IfSG	Infektionsschutzgesetz

i. m.	intramuskulär
i. S. d.	im Sinne des/der
i. v.	intravenös
i. V. m.	in Verbindung mit
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG	Kammergericht (Oberlandesgericht im Bundesland Berlin)
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
krit.	kritisch
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LÄK	Landesärztekammer
LG	Landgericht
Lit.-Verz.	Literaturverzeichnis
LSG	Landessozialgericht
MBO	Musterberufsordnung Ärzte
MRT	Magnetresonanztomographie
m. w. Anm.	mit weiteren Anmerkungen
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
M-WBO	Musterweiterbildungsordnung
n. F.	neue Fassung
NDO	Notdienstordnung
Nds.	Niedersachsen
NFD-O	Notfalldienstordnung
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
NSB	Niedersachsen-Bremen
NStZ	Neue Zeitschrift für Strafrecht (Zeitschrift)
o. ä.	oder ähnliches
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht
OWiG	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
PatientenrechteG	Patientenrechtegesetz
PolG	Polizeigesetz
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
RDG	Rettungsdienstgesetz
RG	Reichsgericht
RGSt	Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen (Band, Seite)
Rhl.-Pf.	Rheinland-Pfalz
Rn.	Randnummer
Rspr.	Rechtsprechung

RVG	Rechtsanwaltsvergütungsgesetz
S.	Seite/Satz
s.	siehe
s.c.	subkutan
Schl.-Holst.	Schleswig-Holstein
SG	Sozialgericht
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
s. o.	siehe oben
sog.	sogenannte
SozR	Sozialrecht, bearbeitet von den Richtern des Bundessozialgerichts
st. Rspr.	ständige Rechtsprechung
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
str.	streitig
StVO	Straßenverkehrsordnung
syst.	systematisch
TPG	Transplantationsgesetz
u.	und
u. a.	und andere/unter anderem
UBG	Unterbringungsgesetz
u. U.	unter Umständen
Urt.	Urteil
usw.	und so weiter
v.	vom
v. a.	vor allem
Verf.	Verfasserin/Verfasser
VG	Verwaltungsgericht
VGH	Verwaltungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
WBO	Weiterbildungsordnung
www	world wide web
z. B.	zum Beispiel
zit.	zitiert
z. T.	zum Teil
ZMGR	Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (Zeitschrift)
ZPO	Zivilprozessordnung

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1	Uneinheitliche Bezeichnungen	3
Abb. 1.2	Abgrenzung: akuter Behandlungsfall/Notfall	9
Abb. 1.3	Unterschiedliche Qualifikationserfordernisse	11
Abb. 1.4	Indikationen für Notarzteinsatz	14
Abb. 1.5	Keine Indikationen für Notarzteinsatz	14
Abb. 1.6	Mögliche Bezeichnungen für Arzt im Bereitschaftsdienst	17
Abb. 2.1	Rechtsgrundlagen des Bereitschaftsdienstes	22
Abb. 2.2	Regelung des Bereitschaftsdienstes	24
Abb. 2.3	Varianten des Bereitschaftsdienstes	27
Abb. 2.4	Anlaufstellen im Bereitschaftsdienst	34
Abb. 3.1	Fortbildungspflichten des Arztes	52
Abb. 3.2	Pflicht und Recht zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst	65
Abb. 4.1	Behandlungsvertrag	68
Abb. 4.2	Geschäftsführung ohne Auftrag	73
Abb. 5.1	Konsequenzen des Unterlassens einer Behandlung	82
Abb. 5.2	Anamnese	83
Abb. 6.1	Meldepflichten im Bereitschaftsdienst	119
Abb. 7.1	Einwilligung des Patienten in die Behandlung	127
Abb. 8.1	Einwilligungsfähigkeit des Patienten	146
Abb. 8.2	Ermittlung des Willens bei bewusstlosem Patienten	149
Abb. 8.3	Verfügungen zu Lebzeiten	160
Abb. 8.4	Einwilligung bei Minderjährigen	164
Abb. 8.5	Wirksamkeit der Behandlungsverweigerung	168
Abb. 9.1	Frühere Kategorien der Sterbehilfe	172
Abb. 9.2	Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs	179
Abb. 10.1	Varianten der Leichenschau	194
Abb. 10.2	Pflichten des Arztes beim Tod eines Patienten	196
Abb. 10.3	Todeszeitpunkte	202
Abb. 10.4	Todeszeichen	204

Abb. 10.5	Todesarten	208
Abb. 10.6	Vorgehen des Arztes je nach Todesart	210
Abb. 11.1	Voraussetzungen für eine Zwangseinweisung.....	217
Abb. 12.1	Einsatz des Bereitschaftsarztes für die Polizei	229
Abb. 12.2	Zulässigkeit körperlicher Untersuchungen	230
Abb. 13.1	Kategorien ärztlichen Fehlverhaltens	246
Abb. 13.2	Unterschied Befunderhebungs- und Diagnosefehler	248
Abb. 13.3	Haftung für Vertreter im Bereitschaftsdienst	259
Abb. 14.1	Vom Arzt beherrschbare Risiken	266
Abb. 14.2	Beweislast und Beweislastumkehr	267
Abb. 15.1	Haftungsmaßstab im Behandlungsablauf	282
Abb. 15.2	Keine Haftungserleichterungen	285
Abb. 16.1	Einsichtsrecht des Patienten	291
Abb. 16.2	Verfahrensaspekte der Gutachterkommission/Schlichtungsstelle .	307
Abb. 18.1	Körperverletzung	323

1.1 Einführung

In der gesamten Bundesrepublik Deutschland muss flächendeckend ein allgemeiner ärztlicher **Bereitschaftsdienst** (auch **Notdienst** oder **Notfalldienst** genannt¹) eingerichtet sein.² Dieser ärztliche Bereitschaftsdienst wird von den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen³ für die rund 72 Mio. gesetzlich krankenversicherten Bürger organisiert. Er dient der Sicherstellung einer ambulanten ärztlichen Versorgung in dringenden Fällen **außerhalb** der **Sprechstundenzeiten**, insbesondere nachts, an Wochenenden und an Feiertagen.⁴ Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird der Bereitschaftsdienst **jährlich** etwa **3,9 Mio.** mal in Anspruch genommen.⁵

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist jedoch für die meisten Ärztinnen und Ärzte⁶ eine eher ungeliebte Pflicht, für manche ist er gar angstbesetzt. Dies ist durchaus nachvollziehbar, denn im Bereitschaftsdienst trifft der Arzt zumeist auf unbekannte Patienten, deren medizinische Vorgeschichte er nicht kennt. Darüber hinaus ist er in seinem beruflichen Alltag typischerweise auf bestimmte medizinische Fachgebiete spezialisiert, während er im Bereitschaftsdienst mit Beschwerden aller Art konfrontiert wird, die er richtig einordnen muss, um den Patienten fachgerecht zu behandeln. Nun läge es zwar nahe, den Bereitschaftsdienst einfach denjenigen Ärzten

¹ Vgl. zur Begrifflichkeit und zum Plädoyer für die bundesweit einheitliche Einführung des Begriffs „Bereitschaftsdienst“ nachfolgendes Kap. 1.2, S. 2 ff.

² § 75 Abs. 1 S. 2 SGB V i.V.m. dem Sicherstellungsauftrag der KVen.

³ Jedes Bundesland hat eine KV, in Nordrhein-Westfalen gibt es 2 KVen (Nordrhein und Westfalen-Lippe).

⁴ Vgl. hierzu näher Kap. 1.3, S. 4 ff.

⁵ Vgl. Online-Beitrag „Ärztlicher Bereitschaftsdienst: Einheitliche Rufnummer von 2012 an“ vom 04.05.2011 unter www.aerzteblatt/nachrichten/45682.de.

⁶ Die *Autorin* bittet um Verständnis dafür, dass sie zur besseren Lesbarkeit die traditionell maskulinen Bezeichnungen „Arzt“ bzw. „Ärzte“ verwendet.

zu überlassen, die in diesem Bereich nicht nur kompetent sind, sondern den Bereitschaftsdienst sogar gerne versehen. Diese Möglichkeit scheidet indessen derzeit aus, da nach aktueller Rechtslage grundsätzlich **alle** niedergelassenen **Ärzte zum Bereitschaftsdienst verpflichtet** sind – unabhängig von ihrer Facharzttrichtung, ihrer Erfahrung oder ihrer Kompetenz.⁷

Das vorliegende Buch bietet einen Überblick aller rechtlichen Facetten des Bereitschaftsdienstes und soll zugleich helfen, juristische Probleme frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden. Berücksichtigt und eingearbeitet wurde hierbei auch das **Patientenrechtegesetz**⁸ (im folgenden PatientenrechteG).

Zahnärzte sind ebenfalls **zum Bereitschaftsdienst verpflichtet**. Das Buch richtet sich daher auch an Zahnärzte, wobei sich freilich einige Themen und Rechtsfragen im zahnärztlichen Bereich nicht stellen, wie etwa Behandlungsabbruch, Zwangseinweisung oder Leichenschau. Die grundsätzlichen Rechte und Pflichten des Zahnarztes aus dem Behandlungsvertrag sind jedoch für den Zahnarzt ebenso gültig, wie die berufsrechtliche und vertragszahnärztliche Pflicht zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst. Das Buch richtet sich daher hinsichtlich der mit dem zahnärztlichen Bereitschaftsdienst verbundenen Rechtsfragen gleichermaßen auch an Zahnärzte, wengleich im Folgenden zur besseren Lesbarkeit nur die Bezeichnung „Ärzte“ verwendet wird.

1.2 Uneinheitliche Sprachregelung

1.2.1 Verwirrende Bezeichnungen

Der Begriff „**Bereitschaftsdienst**“ wird in Deutschland bislang **nicht einheitlich** verwendet. Vielmehr sind unterschiedliche Bezeichnungen gebräuchlich.⁹ So benutzen der Landesgesetzgeber, die Landesärztekammer sowie die Kassenärztliche Vereinigung **Baden-Württemberg** die Bezeichnung „**Ärztlicher Notfalldienst**“.¹⁰ Dagegen verwendet der **Bundesgesetzgeber** im Vertragsarztrecht den Begriff „**Notdienst**“.¹¹ Demgegenüber wird derzeit lediglich in sechs Kassenärztlichen Vereinigungen der Begriff „**Ärztlicher Bereitschaftsdienst**“ gebraucht (Abb. 1.1).¹²

⁷ Vgl. zur Teilnahmepflicht und zu den Befreiungsmöglichkeiten Kap. 3, S. 41 ff.

⁸ Das von der Bundesregierung vorgelegte „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (kurz: Patientenrechtegesetz, vgl. BT-Drucks. 17/10488) wurde auf Basis der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit vom 28.11.2012 (vgl. BT-Drucks. 17/11710) vom Deutschen Bundestag am 29.11.2012 verabschiedet. Es tritt am Tag nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt (BGBl 2013 Teil I Nr. 9 am 25.02.2013, S. 277–282) am 26.02.2013 in Kraft.

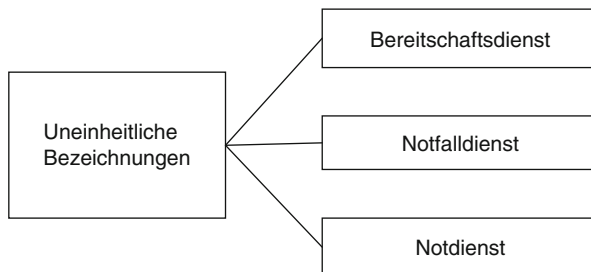
⁹ Kritisch ebenso *Lippert*, § 26, Rn. 15.

¹⁰ § 31 Abs. 1 S. 2 HBKG BaWü, § 26 BO Ärzte BaWü, NFD-O KVBW, Stand Januar 2013. Früher war allerdings auch in Baden-Württemberg die Bezeichnung „Bereitschaftsdienst“ üblich.

¹¹ § 75 Abs. 1 S. 2 SGB V.

¹² Vgl. hierzu Kap. 1.5.2, S. 17.

Abb. 1.1 Uneinheitliche Bezeichnungen



Alle drei Begriffe bezeichnen jedoch dieselbe Aufgabe und Zielsetzung: Die Versorgung der Patienten im Falle ihrer **akuten Behandlungsbedürftigkeit**¹³ außerhalb der Sprechstundenzeiten. Diese Aufgabe ist indessen streng zu trennen vom **lebensbedrohlichen Notfall**,¹⁴ in welchem der **Rettungsdienst**, eventuell ein Notarzt und ein Notfalltransport zur Lebensrettung oder zur Vermeidung schwerer Gesundheitsschäden schnellstmöglich erforderlich sind.¹⁵ Leider sind jedoch gerade die Bezeichnungen „**Notdienst**“ oder „**Notfalldienst**“ immer wieder ursächlich dafür, dass **Patienten** den ärztlichen Bereitschaftsdienst mit dem **Rettungsdienst** und dem dort integrierten rettungsdienstlichen Notarzt **verwechseln**.¹⁶ Dies kann dazu führen, dass **lebensrettende Minuten** unnötig dadurch **verschwendet** werden, dass zuerst versehentlich der ärztliche Bereitschaftsdienst angerufen wird, statt sofort den für lebensbedrohliche Notfälle zuständigen Rettungsdienst über die Rettungsleitstelle um Hilfe zu rufen.¹⁷

Auch die Rechtsprechung des **Bundesgerichtshofs** zeigt, wie **verwirrend** die Begrifflichkeiten sind:

Im Ausgangspunkt ist dem Berufungsgericht darin zuzustimmen, dass zwischen dem Notarztendienst, um den es im Streitfall allein geht, und dem allgemeinen (kassen-)ärztlichen Notfalldienst zu unterscheiden ist. Der Notfallarzt stellt im Rahmen des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern organisierten ambulanten Notfall- und Bereitschaftsdienstes die ambulante ärztliche Versorgung bei dringenden Behandlungsfällen in solchen Zeiträumen sicher, in denen die in freier Praxis niedergelassenen Ärzte üblicherweise keine Sprechstunden abhalten. Dagegen ist der Notarztendienst Bestandteil des Rettungsdienstes. Seine Aufgabe ist es, im organisierten Zusammenwirken mit diesem den Notfallpatienten durch notfallmedizinisch ausgebildete Ärzte ärztliche Hilfe zukommen zu lassen.¹⁸

¹³ Vgl. zur Definition des akuten Behandlungsfalls Kap. 1.3.1, S. 4.

¹⁴ Vgl. zur Definition des Notfalls Kap. 1.3.3, S. 6.

¹⁵ Vgl. hierzu Kap. 1.4, S. 10.

¹⁶ Vgl. auch *Killinger*, S. 5, Rn. 4 und S. 16, Rn. 24, der im weiteren Verlauf seiner profunden Arbeit allerdings leider selbst bei diesen verwirrenden Begriffen verbleibt.

¹⁷ So die Erfahrung des früher in der Kanzlei der *Autorin* tätigen Anwaltskollegen *Dennis Lentz* (vgl. Literaturverzeichnis) aus dessen langjähriger Tätigkeit als Rettungsmitarbeiter.

¹⁸ BGH, Urt. v. 12.11.1992 – III ZR 178/91.

1.2.2 Notwendigkeit der Definition und Abgrenzung

Wie soll es Patienten, Angehörigen oder sonst anwesenden Personen ernsthaft gelingen, zutreffend zwischen „Notarzdienst“ und „Notfalldienst“ zu unterscheiden, wenn sie aufgrund einer lebensbedrohlichen Notfallsituation im Stress oder gar unter Schock stehen? Man hätte sich gewünscht, dass schon der Bundesgerichtshof vor 20 Jahren im Interesse der Patienten eine klare sprachliche Regelung gefunden und die Bezeichnung als „Bereitschaftsdienst“ gefordert hätte, anstatt sich selbst mit diesen unsinnigen und unscharfen Bezeichnungen zu mühen.

Daher ist es zwingend erforderlich, die jeweils völlig unterschiedlichen Aufgaben und Zielsetzungen des Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes darzustellen und eine klare Abgrenzung zwischen diesen beiden Diensten zu ziehen.

1.3 Aufgabe des Bereitschaftsdienstes

1.3.1 Zuständigkeit für den akuten Behandlungsfall

Aufgaben und Organisation der Bereitschaftsdienste sind in sogenannten Bereitschaftsdienstordnungen bzw. Notdienst- oder Notfalldienstordnungen geregelt.¹⁹ Es gibt 17 landesweit verschiedene Regelungen, die allesamt in jeweils aktueller Version entweder auf der **Homepage der jeweiligen KV** oder auf der Homepage der *Autorin*²⁰ auffindbar sind. Die Angaben in diesem Buch beziehen sich auf die Regelungen der **KV Baden-Württemberg**,²¹ da die Autorin in Baden-Württemberg ansässig ist und die Bezugnahme auf jeweils 17 verschiedene Regelungen zur Unübersichtlichkeit führen würde.²²

Aufgabe des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist es, eine ambulante ärztliche Versorgung auch in den **sprechstundenfreien Zeiten** – insbesondere nachts, an Wochenenden und an Feiertagen – zu gewährleisten, um in **dringenden Fällen**, die keinen Aufschub bis zu den regulären Praxissprechzeiten dulden, **eine medizinische Versorgung sicherzustellen**.²³ „Dringender Fall“ in diesem Sinne bedeutet „dringende Behandlungsdringlichkeit“.²⁴ Zur **Abgrenzung** der Situation einer dringenden Behandlungsbedürftigkeit von einer lebensbedrohlichen Notfallsituation empfiehlt sich allerdings die zutreffende Bezeichnung als **akuter Behandlungsfall**. Als akuter

¹⁹ Vgl. hierzu näher Kap. 2.1.2, S. 22.

²⁰ Vgl. www.beatebahner.de.

²¹ NFD-O KVBW, Stand Januar 2013. Die Notfalldienstordnung und die Organisation des Notdienstes in Baden-Württemberg befanden sich allerdings zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses in einem umfangreichen Reformprozess, vor allem im Hinblick auf die Vergrößerung der Bezirke und die Angliederung des Bereitschaftsdienstes an Krankenhäuser, vgl. hierzu Kap. 2.4, S. 34 f.

²² Die Leserinnen und Leser aus anderen Bundesländern werden hierfür um Verständnis gebeten.

²³ Vgl. Präambel der NFD-O KVBW, Stand Januar 2013 und § 26 Abs. 2 MBO.

²⁴ Vgl. BGH, Urt. v. 12.11.1992 – III ZR 178/91.

Behandlungsfall wird ein Zustand des Patienten bezeichnet, der nicht lebensbedrohlich, sondern in medizinischer Hinsicht „lediglich“ **behandlungsbedürftig** ist, dessen Behandlung allerdings **keinen Aufschub** bis zum Zeitpunkt der nächsten Praxisöffnungszeit **duldet**, um Schmerzen zu lindern oder eine Verschlechterung des Patientenzustandes zu verhindern.²⁵

Der Bereitschaftsdienst ist nur zuständig bei akuter Behandlungsbedürftigkeit, um Schmerzen zu lindern oder eine Verschlechterung zu vermeiden.

Im „akuten Behandlungsfall“ liegt also – im Gegensatz zum medizinischen Notfall – **keine** unmittelbare **vitale Bedrohung** vor. Es handelt sich lediglich um ein akut entstandenes pathologisches Geschehen.²⁶

Beispiele für **typische Akutfälle** sind Atemwegsinfekte, Magen-Darm-Erkrankungen, Schmerzen am Bewegungsapparat, Bauchschmerzen, Harnwegsinfekte, grippale Infekte oder sonstiger schlechter Allgemeinzustand. In Betracht kommen auch einfache Frakturen oder Luxationen, wobei hier in jedem Fall eine Röntgenaufnahme zu fertigen ist und der Patient daher in die Klinik eingewiesen werden muss, falls im Bereitschaftsdienst keine Möglichkeit zum Röntgen vorhanden ist.

Der Akutfall kann sich zwar im weiteren Verlauf zu einem medizinischen Notfall²⁷ entwickeln, dies ist aber eher die Ausnahme. Dennoch existiert eine gewisse **Schnittmenge** bei der Zuordnung als akuter Behandlungsfall oder als Notfall, da das Vorliegen eines medizinischen Notfalls bzw. das Ausmaß der Erkrankung im Vorfeld oftmals nicht eindeutig erkennbar ist. Die richtige Einordnung kann daher im Einzelfall **schwierig** sein und wird im Vorfeld bei der telefonischen Entgegennahme von Anrufen gelegentlich auch falsch vorgenommen, was freilich dramatische Konsequenzen haben kann.

Der akute Behandlungsfall ist nicht lebensbedrohlich.

Der akute Behandlungsfall kann typischerweise von den in freier Praxis **niedergelassenen Ärzten** bedarfsgerecht versorgt werden.²⁸ Dies erfolgt an Werktagen während der Sprechstundenzeiten in den Praxen der niedergelassenen Ärzte. Außerhalb der Sprechstundenzeiten gehört die Behandlung akuter Fälle zu den **Aufgaben** des **Bereitschaftsdienstes**. Die Dringlichkeit hängt somit von den Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte ab und ist deswegen beispielsweise unter der Woche anders

²⁵ Vgl. Killinger, S. 55, Rn. 100 m. w. N.

²⁶ Vgl. Killinger, S. 54, Rn. 99 m. w. N.

²⁷ Vgl. zur Definition des Notfalls nachfolgendes Kap. 1.3.3, S. 6 f.

²⁸ Vgl. Killinger, S. 55, Rn. 100 m. w. N.