

B Die haftungsrechtliche Relevanz des medizinischen Notfalls

I. Auswirkungen des medizinischen Notfalls auf den ärztlichen Sorgfaltsmaßstab im Allgemeinen

Die arzt haftungsrechtliche Rechtsprechung²⁶⁸ und Literatur²⁶⁹ sind sich einig, dass im medizinischen Notfall die strengen Pflichten des Normalfalls aus situativen Gründen deutlich herabgesetzt sind. Dogmatisch kann diese Aussage mit § 276 II BGB und der herrschenden Auffassung zum Sorgfaltsmaßstab der Fahrlässigkeit im Zivilrecht begründet werden. Der zivilrechtliche Sorgfaltsmaßstab wird in § 276 BGB für das gesamte Schuldrecht definiert. § 276 BGB gilt sowohl für vertragliche als auch für gesetzliche Schuldverhältnisse, d. h. insbesondere auch für die Geschäftsführung ohne Auftrag und für das Deliktsrecht (§ 823 und § 839 BGB)²⁷⁰. Daher kann schon jetzt festgehalten werden, dass unabhängig davon, welche der im nachfolgenden Kapitel beschriebenen Rechtsbeziehungen im medizinischen Notfall zwischen Arzt und Patient bestehen (Rn. 164-333), vorbehaltlich spezialgesetzlicher Regelungen, immer dieselben Sorgfaltspflichtenanforderungen nach § 276 BGB gelten²⁷¹. Dies gilt sowohl für den Privat- als auch für den Kassenpatienten. Schon allgemein gilt, dass der ärztliche Standard davon unabhängig ist, ob der Patient privat oder gesetzlich oder überhaupt versichert ist²⁷². Erst recht trifft diese Aussage aber im medizinischen Notfall zu, da hier wegen des

²⁶⁸ BGH, NJW 1985, 1392 (1393); *OLG Koblenz*, MedR 2008, S. 511 (513): eine plötzlich auftretende Notsituation könne nicht mit optimalen Bedingungen verglichen werden; *OLG Hamm*, VersR 2001, S. 189 (190); *OLG Stuttgart*, NJW-RR 1997, S. 1114 (1116); *OLG Hamm*, NJW-RR 1992, S. 1504 (1505); *OLG München*, NJW-RR 1991, 1432: dass der Arzt aus seiner Praxis heraus zu einem akuten Notfall gerufen und zu einem sofortigen Handeln gezwungen wurde, könne nicht unberücksichtigt bleiben.

²⁶⁹ *Spickhoff* in: Soergel, BGB, Anh. I zu § 823, Rn. 59; *Nißgens* in: RGRK, BGB, § 823, Rn. 209; *Laufs* in: Laufs/Uhlenbruck, HdB Arztrecht, § 99, Rn. 17; *Geiß/Greiner*, Arzthaftungsrecht, Teil B, Rn. 27; *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht, Rn. 654; *Frahm/Nixdorf*, Arzthaftungsrecht, R. 106; *Giesen*, Arzthaftungsrecht, Rn. 98; *Lippert/Weissauer*, Rettungswesen, Rn. 385; *Rümelin*, Haftung im klinischen Betrieb, S. 12; *Debon*, ArztR 2003, S. 288 (291).

²⁷⁰ *Westermann* in: Erman, BGB, § 276, Rn. 10; *Heinrichs* in: Palandt, BGB, § 276, Rn. 15 bzw. *Sprau* in: Palandt, BGB, § 839, Rn. 50.

²⁷¹ *Hager*: in Staudinger, BGB, § 823, Rn. I 7.

²⁷² *KG Berlin*, NJW 2004, S. 691.

Zeitdrucks vor dem gebotenen medizinischen Eingriff oft gar nicht geklärt werden kann, welche Versicherung besteht oder ob der Patient überhaupt versichert ist²⁷³.

- 103** Nach § 276 II BGB handelt derjenige fahrlässig, der „die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt“. Mit dem Abstellen auf die „im Verkehr erforderliche Sorgfalt“ legt § 276 II BGB für das Zivilrecht einen auf die allgemeinen Verkehrsbedürfnisse ausgerichteten objektiv-abstrakten und typisierenden Sorgfaltsmaßstab fest²⁷⁴. Entscheidend ist danach, wie sich ein ordentlicher und gewissenhafter Teilnehmer des jeweiligen Verkehrskreises in der konkreten Situation verhalten hätte²⁷⁵. Dieser objektiv-typisierende Sorgfaltsmaßstab gilt auch im Arztrecht²⁷⁶. Subjektive Mangelfähigkeiten des Arztes sind daher, wenn sie den Gruppenstandard unterschreiten, irrelevant²⁷⁷. Das gilt im medizinischen Notfall auch, wenn der Arzt aufgrund der Notlage subjektiv überfordert ist²⁷⁸. Weil es aber darauf ankommt, wie sich der ordentliche und gewissenhafte Verkehrsteilnehmer (hier der ordentliche und gewissenhafte Arzt derselben Fachrichtung) in der konkreten Situation verhalten hätte, können äußere, objektiv vorliegende Mangelumstände, wie sie der medizinische Notfall typischerweise mit sich bringt, berücksichtigt werden. Sie können den objektiv-abstrakten und typisierenden Sorgfaltsmaßstab beeinflussen, da sie auch für den ordentlichen und gewissenhaften objektiven Verkehrsteilnehmer gelten, weil dieser sich für den vorzunehmenden Vergleich in derselben hypothetischen Situation wie der handelnde Schuldner (Arzt) befinden muss. Daher kann es im Rahmen des § 276 II BGB je nach den Erkenntnismöglichkeiten und äußeren Faktoren in der konkreten Situation zu gewissen Abstufungen in den anzulegenden Maßstäben kommen²⁷⁹. Die äußere Lage, in der sich der Handelnde befand, kann aber nur dann mildernd berücksichtigt werden, wenn sie nicht voraussehbar war und der Handelnde diese nicht schuldhaft herbeigeführt hat²⁸⁰. Erleichterungen im Sorgfaltsmaßstab aufgrund einer äußeren Mangelsituation kann es des Weiteren auch nur dort geben, wo eine Organisation und Vorbereitung nicht vorsorgen kann²⁸¹. Denn können zumutbare Vorsorgungen getroffen werden, dann liegt schon darin, dass keine Vorkehrungen zur Schadensabwehr getroffen wurden bzw. die Notlage schuldhaft herbeigeführt

²⁷³ *KG Berlin*, NJW 2004, S. 691. In diesem Sinne auch BGH, MedR 2005, S. 714 (716).

²⁷⁴ BGH, NJW 2000, S. 2812 (2813); BGHZ 39, S. 281 (283); *Heinrichs* in: Palandt, BGB, § 276, Rn. 15; *Westermann* in: Erman, BGB, § 276, Rn. 10; *Löwisch* in: Staudinger, BGB, § 276, Rn. 28 ff.; *Grundmann* in: Münchener Kommentar, BGB, § 276, Rn. 54 ff.

²⁷⁵ *Westermann* in: Erman, BGB, § 276, Rn. 10; *Löwisch* in: Staudinger, BGB, § 276, Rn. 34 ff.

²⁷⁶ BGH, NJW 1995, S. 776 (777); BGH, NJW 1996, S. 779 (780); *Wagner* in: Münchener Kommentar, BGB, § 823, Rn. 676; *Spickhoff* in: Soergel, BGB, Anh. I zu § 823, Rn. 63 f.; *Spindler* in: Bamberger/Roth, BGB, § 823, Rn. 591 f.; *Nüßgens* in: RGRK, BGB, § 823 Anh. II, Rn. 182; *Geiß/Greiner*, Arzthaftpflichtrecht, Teil B, Rn. 2.

²⁷⁷ *Geiß/Greiner*, Arzthaftpflichtrecht, Teil B, Rn. 2.

²⁷⁸ BGH, NJW 2001, S. 1786 (1787).

²⁷⁹ *Westermann* in: Erman, BGB, § 276, Rn. 10.

²⁸⁰ BGH, NJW 1976, S. 1504.

²⁸¹ *OLG Stuttgart*, NJW-RR 1997, S. 1114 (1116).

wurde, das Verschulden („einleitende Fahrlässigkeit“)²⁸². In diesen Fällen handelt es sich genau genommen, auch trotz der Feststellung eines medizinischen Notfalls durch den Sachverständigen, haftungsrechtlich um keine Notfälle, da der rechtliche Anknüpfungspunkt für das Verschulden vor der eigentlichen Notfallsituation liegt. An diesem Punkt spielen für den Arzt die Organisations- und Diagnosepflicht eine besondere Bedeutung, da die Einhaltung dieser Pflichten Notfälle schon im Vorfeld vermeiden kann (zu ihnen: Rn. 448 und 413).

Im Ergebnis können daher im medizinischen Notfall die strengen Pflichten des Normalfalls aufgrund der besonderen Situation des Notfalls deutlich herab gesetzt sein, weil es auch im Rahmen des objektiv-typisierenden Sorgfaltsmaßstab auf die äußeren Umstände der Behandlung ankommt. Allgemein gesprochen gilt im medizinischen Notfall somit nicht der Standard des Arztes im normalen Einsatz, sondern der des ärztlichen Helfers in höchster Not²⁸³. Die äußeren, objektiv vorliegenden Mangelumstände, die den medizinischen Notfall kennzeichnen und sich erleichternd auf den Sorgfaltsmaßstab auswirken, können begrifflich als haftungsrechtlich relevante Situationsmerkmale des medizinischen Notfalls zusammengefasst werden (zu ihnen sogleich Rn. 107 ff.).

Daraus, dass letztlich nur die äußeren Umstände des medizinischen Notfalls zu Erleichterungen führen, kann der weitere Schluss gezogen werden, dass es für ein Herabsetzen des Sorgfaltsmaßstabs allein nicht genügt, festzustellen, dass ein medizinischer Notfall vorgelegen habe²⁸⁴. Weil es für die Sorgfaltspflichterleichterungen auf die konkreten äußeren Mangelumstände ankommt, ist neben der Feststellung eines Notfalls vielmehr auf einer zweiten Stufe zu ermitteln, ob mit dem Notfall auch zugleich haftungsrechtlich relevante Sachverhaltsbesonderheiten vorgelegen haben, wie Zeit- und Handlungsdruck oder fehlende medizinische Hilfsmittel (näheres sogleich: Rn. 107 ff.). Diese Umstände hat das Gericht neben der Feststellung des Notfalls gesondert und gegebenenfalls unter Verwendung weiterer Erkenntnismittel festzustellen. Nur die besonderen äußeren Mangelumstände der Notfallsituation können sich auf den Sorgfaltsmaßstab mildernd auswirken. Der medizinische Notfall selbst ist nur die Rechtfertigung für das Vorliegen dieser Mangelumstände, die ja vom Schuldner nicht zu vertreten sein dürfen (Stichwort: „einleitende Fahrlässigkeit“, Rn. 103). Wird daher auf der ersten Stufe ein medizinischer Notfall festgestellt, dann kann dies allein noch keinen mildernden Sorgfaltsmaßstab begründen. Erst wenn auf einer zweiten Stufe haftungsrechtlich relevante Situationsmerkmale festgestellt werden, kann es im medizinischen Notfall zu Milderungen im Sorgfaltsmaßstab und zu einer Privilegierung des Arztes kommen. Denn die Versorgung eines Notfalls bei einem Risikopatienten in einem gut ausgestatteten Krankenhaus ist sicherlich anders zu beurteilen als die Versorgung eines schwer verunfallten Patienten auf der Straße durch einen Notarzt oder gar nur zufällig anwesenden Arzt.

²⁸² So *Spickhoff* in: Soergel, BGB, Anh. I zu § 823, Rn. 115, für die versäumte Besprechung denkbarer Operationserweiterungen im Rahmen der Aufklärungspflicht.

²⁸³ *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht, Rn. 656.

²⁸⁴ Zur Feststellung des medizinischen Notfalls durch den Sachverständigen: Rn. 94 f.

106 Letztlich ist für die allgemeinen Sorgfaltspflichten hervorzuheben, dass nur der Standard des jeweiligen Fachgebietes gilt, in dem der im Notfall helfende Arzt normalerweise tätig ist. Es können nicht pauschal die Anforderungen verlangt werden, die an einen Notfallmediziner gestellt werden können²⁸⁵. Dies folgt aus dem zuvor beschriebenen objektiv-typisierenden Sorgfaltsmaßstab (Rn. 103) und daraus, dass der Notfallpatient sich den Arzt in aller Regel nicht aussuchen kann, sondern auf die Hilfe des nächst verfügbaren Arztes angewiesen ist. Der zufällig helfende Arzt nimmt nicht ohne Weiteres das Vertrauen in Anspruch, sich gerade auf dem Gebiet der Notfallmedizin besonders auszukennen²⁸⁶. Etwas anderes gilt selbstverständlich im Notarztdienst und in der Notaufnahme im Krankenhaus. Hier gehört es zur sachgemäßen Organisation, dass die verantwortlichen Träger in der Notfallmedizin erfahrenes Personal einsetzen, und die Allgemeinheit vertraut darauf, dass in diesen Bereichen fachkundige Ärzte tätig sind (siehe näher Rn. 360 und Rn. 388).

²⁸⁵ *OLG München*, NJW 2006, S. 1883 (1886); *OLG Hamm*, NJW-RR 2000, S. 401 (402).

²⁸⁶ In diesem Sinne entschieden für die Frage des Abschlusses eines Arztvertrages allein wegen des Hinweises des Helfers, er sei Arzt: *OLG München*, NJW 2006, S. 1883 (1884).

II. Die haftungsrechtlich relevanten Sachverhaltsmerkmale des medizinischen Notfalls

Da, wie gesehen (Rn. 105), im medizinischen Notfall letztlich nur das Vorliegen von besonderen, die Behandlung äußerlich erschwerenden Umständen zu einer Haftungserleichterung führen kann, ist im Folgenden ein Überblick über die typischen Situationsmerkmale des medizinischen Notfalls, die nach den zuvor genannten Grundsätzen haftungsrechtlich relevant sein können, und über die wesentlichen Sachverhaltsgruppen, in denen solche Merkmale typischerweise vorliegen bzw. nicht vorliegen, zu geben. 107

1. Allgemeines zur Situation des medizinischen Notfalls

Der medizinische Notfall wird durch eine ganze Reihe von Sachverhaltsbesonderheiten geprägt, die ihn vom normalen Behandlungsfall und vom bloßen Dringlichkeitsfall (Akutfall) erheblich unterscheiden. Schon allein aus der reinen Wortbedeutung „Not“ ergibt sich, dass es sich bei medizinischen Notfällen um eine Zwangslage für den agierenden Arzt handelt. Diese Zwangslage kann einerseits psychisch sein, nämlich unter Zeitdruck lebensrettende Maßnahmen vornehmen zu müssen, sie kann aber auch materieller Art sein, indem dem Arzt nicht die medizinischen Hilfsmittel und Medikamente zur Verfügung stehen, die im Rahmen einer normalen Behandlung vorhanden wären. Nicht selten trifft in medizinischen Notfällen auch beides aufeinander. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Zwangslage erlaubt sie es dem Arzt jedenfalls nicht, wie unter normalen Bedingungen arbeiten zu können, und stellt daher an ihn höhere Anforderungen als im Normalfall. Diese Erkenntnis ergibt sich auch daraus, wenn man die aus der Physik bekannte Formel „Leistung ist Arbeit durch Zeit“ analog anwendet. In den medizinischen Notfällen wird die gleiche Arbeit (Behandlung nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft) innerhalb eines Bruchteils der Zeit erbracht, die in einem Normalfall zur Verfügung stünde. Der Zeitfaktor spielt – wie noch zu sehen sein wird – bei den medizinischen Notfällen eine wesentliche Rolle. Bei einem immer kleiner werdenden Zeitfaktor im Notfall nimmt daher die Leistung im Vergleich zum Normalfall entsprechend zu. 108

Eine Auswertung der juristischen Fachliteratur ergibt, dass bisher folgende Sachverhaltsmerkmale genannt wurden, die den medizinischen Notfall im Allgemeinen kennzeichnen. So werden die Elemente der Überraschung, der Plötzlichkeit, des Unvorbereitetheits und der Unvorhersehbarkeit als notfalltypisch angesehen²⁸⁷. Das enorme Ausmaß der dem Patienten drohenden Gefahr wird ebenso als Merkmal medizinischer Notfälle genannt²⁸⁸. Des Weiteren werden die Notwendigkeit von Eilentscheidungen und das Treffen von dringlichen Maßnahmen unter erschwerten Verhältnissen, insbesondere bei ungenügenden personellen und 109

²⁸⁷ Deutsch/Spickhoff, *Medizinrecht*, Rn. 654; Bremer, *System des Notarztes*, Nr. 5.3 (S. 23).

²⁸⁸ Debong, *ArztR* 2003, S. 288 (290).

sachlichen Mitteln, als notfalltypisch genannt²⁸⁹. Im Gesetzentwurf zum Hessischen Rettungsdienstgesetz wird der medizinische Notfall ferner als der höchste Grad an Unmittelbarkeit einer Gefahr bezeichnet²⁹⁰. Daher folgt als weiteres wichtiges Charakteristikum des medizinischen Notfalls, dass er in höchstem Maße zeitkritisch ist, d. h. regelmäßig ein Handeln binnen weniger Sekunden oder Minuten erfordert, um eine schwere Gefahr abzuwenden. Der Zeitdruck wird sowohl von den Gerichten als auch von der rechtlichen Literatur durchgängig als Besonderheit der medizinischen Notfallsituation hervorgehoben²⁹¹ und ist daher als das relevanteste Sachverhaltsmerkmal anzusehen.

- 110** In der Medizin wird teilweise in einer Notfallsituation schlicht die Summation ungünstiger Umstände gesehen, unter denen eine Notfallbehandlung durchzuführen ist²⁹². Der Notfall wird im Allgemeinen auch als ein unvorhergesehenes Ereignis verstanden, welches schnelles und qualifiziertes Handeln erfordert, um Schaden abzuwenden²⁹³. Von der medizinischen Fachliteratur wird aber auch betont, dass die Notfallmedizin von einer großen Komplexität geprägt ist, die sich von anderen medizinischen Bereichen unterscheidet²⁹⁴. Hervorgehoben wird dabei, dass der medizinische Notfall ein breites Spektrum sowohl in medizinischer Hinsicht als auch in Bezug auf die Patienten aufweist²⁹⁵. So betrifft der Notfall in personeller Sicht jede Art von Patienten. Notfallpatienten können Frühgeborene, Kleinkinder, Schüler, junge Erwachsene, Erwachsene in den mittleren Jahren und auch Senioren sein²⁹⁶. Letztere machen statistisch den Großteil der Fälle aus²⁹⁷. Selbstverständlich beschränkt sich der medizinische Notfall nicht auf ein bestimmtes Geschlecht, sondern erfasst grundsätzlich Frauen wie Männer gleichermaßen, wobei aber dennoch einzelne Notfälle typischerweise nur ein Geschlecht betreffen können (Bsp.: Gynäkologie-/Geburtsnotfälle). Darüberhinaus erstreckt sich der medizinische Notfall auf ein breites Spektrum medizinischer Fachbereiche. Notfälle können sich insbesondere in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Neurologie und Psychiatrie, Ophthalmologie und in

²⁸⁹ OLG Hamm, NJW-RR 1992, S. 1504 (1505); Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Teil B, Rn. 27.

²⁹⁰ Hessischer Landtag Drucksache: 12/7214, S. 29 (Zu § 2).

²⁹¹ BGH, NJW 1985, S. 1392 (1393); OLG Hamm, NJW-RR 1992, S. 1504 (1505); OLG München, NJW-RR 1991, S. 1432; OLG Stuttgart, NJW-RR 1988, S. 608; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 654; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Teil B, Rn. 27; Debong, ArztR 2003, S. 288 (290).

²⁹² Bremer, System des Notarztes, Nr. 5.3 (S. 23).

²⁹³ Bey, N+R 2007, S. 323.

²⁹⁴ Lackner/Ruppert in: Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk, NAW-Buch, Ziff. 5.2.2 (S. 44).

²⁹⁵ Gorgaß/Ahnefeld/Rossi/Lippert/Krell/Weber, Rettungsassistent und Rettungssanitäter, Ziff. 1.5 (S. 7); Ellinger/Osswald/Genzwürker, Kursbuch Notfallmedizin, Ziff. 1.1.6 (S. 6).

²⁹⁶ Gorgaß/Ahnefeld/Rossi/Lippert/Krell/Weber, Rettungsassistent und Rettungssanitäter, Ziff. 1.5 (S. 7).

²⁹⁷ Ellinger/Osswald/Genzwürker, Kursbuch Notfallmedizin, Ziff. 1.1.6 (S. 6).

der HNO-Heilkunde ereignen²⁹⁸. Dabei kann es sich um ein erst neu entstandenes Krankheitsbild oder um einen Unfall handeln, öfters ereignet sich der medizinische Notfall aber in Form der akuten Exazerbation einer chronischen Erkrankung (zur plötzlichen Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit siehe: Rn. 78)²⁹⁹. Auch in der medizinischen Literatur wird betont, dass Kennzeichen eines medizinischen Notfalls stets der immanente Zeitdruck ist³⁰⁰. Ferner ist er durch den limitierten Informationsstand zum Patienten und zur Situation, durch die Tatsache, dass Entscheidungs- und Prozessabläufe einer ständig dynamischen (Patienten-) Situation unterliegen, und durch die geringe Toleranz gegenüber Fehler und Fehlentscheidungen geprägt³⁰¹.

Der medizinische Notfall wird meist mit dem Rettungsdienst, genauer gesagt mit dem Notarzteinsatz, und der anschließenden Notaufnahme im Krankenhaus in Verbindung gebracht. Dies beruht darauf, dass der medizinische Notfall zum typischen Aufgabengebiet des Notarztes gehört (siehe Rn. 33). Der medizinische Notfall ist aber aus Sicht der Ärzte keinesfalls auf die Notarzt-Sachverhalte beschränkt. Wie die Sachverhalte einiger Urteile³⁰² zeigen, kann auch außerhalb des Notarztdienstes jeder Arzt in den unterschiedlichsten Situationen mit medizinischen Notfällen konfrontiert werden. Dies kann beispielsweise während einer laufenden Behandlung oder im Rahmen des normalen Arztdienstes oder Notdienstes (Rn. 24 ff.) oder auch rein zufällig geschehen, indem der Arzt in seiner Freizeit als Privatperson mit einem medizinischen Notfall konfrontiert wird. Jede dieser Notfallsituationen verfügt über bestimmte typische Sachverhaltsmerkmale, die sie von den anderen Situationen unterscheidet. 111

Von Teilen der rechtlichen Literatur wurde insoweit bisher nur zwischen einer primären und einer sekundären Notfallsituation unterschieden³⁰³. Eine primäre Notfallsituation, ist gegeben, wenn der Notfall sich noch vor Beginn der Behandlung ereignet, eine sekundäre Notfallsituation liegt vor, wenn eine unvorhergesehene Überraschungs- 112

²⁹⁸ Vgl. das Spektrum von medizinischen Notfällen bei: *Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk*, NAW-Buch, Kap VI. (S. 441 ff.); *Ziegenfuß*, Notfallmedizin, Ziff. 8 ff. (S. 245 ff.); *Schneider/Wolke/Böhmer*, Taschenatlas Notfall- & Rettungsmedizin, Ziff. 5 ff. (S. 165 ff.); Inhalt des (Muster-) Kursbuchs Notfallmedizin zur Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“ (Abrufbar im Internet. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MKNNotfallmedizin.pdf>. Stand: 30.05.2009).

²⁹⁹ *Ellinger/Osswald/Genzwürker*, Kursbuch Notfallmedizin, Ziff. 1.1.6 (S. 6).

³⁰⁰ *Lackner/Ruppert* in: *Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk*, NAW-Buch, Ziff. 5.2.2 (S. 44); *Meyer* in: *Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk*, NAW-Buch, Ziff. 3.2.2 (S. 21); *Schneider/Wolke/Böhmer*, Taschenatlas Notfall- & Rettungsmedizin, Ziff. 2.1 (S. 80); *Salomon*, AINS 2000, S. 319 f.

³⁰¹ *Lackner/Ruppert* in: *Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk*, NAW-Buch, Ziff. 5.2.2 (S. 44).

³⁰² BGH, NJW 1998, S. 814 f.; OLG Stuttgart, NJW-RR 1997, S. 1114 ff.; OLG München, NJW 2006, S. 1883 f.; OLG München, VersR 1992, S. 876.

³⁰³ *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht, Rn. 654; *Frahm/Nixdorf*, Arzthaftungsrecht, Rn. 106; im Ansatz auch: *Rümelin*, Haftung im klinischen Betrieb, S. 9 (Fn. 4), der den Notfall innerhalb eines bestehenden Behandlungsverhältnisses besonders hervorhebt, weil hier im Gegensatz zu den anderen (primären) Notfällen an ein Übernahmeverschulden zu denken sei.

situation während einer laufenden Behandlung eintritt³⁰⁴. Der wesentliche rechtliche Unterschied zwischen beiden Konstellationen besteht darin, dass bei einem sekundären Notfall stets eine vertragliche Grundlage besteht, da schon vor dem Notfall zumindest konkludent ein Behandlungsvertrag abgeschlossen sein dürfte. Beim primären Notfall hingegen ist der Vertragsabschluss seltener der Fall, da der Patient in diesen Fällen meist geschäftsunfähig ist (siehe Rn. 167 ff.). Gerade im Bereich des primären Notfalls können aber weitere Sachverhaltskonstellationen unterschieden werden, die jeweils für sich typische Besonderheiten bezüglich der Fähigkeiten des helfenden Arztes, der Ausrüstung, der Vorbereitung oder Ähnlichem aufweisen.

2. Die Notarztsituation

- 113** Zu Beginn ist als der relevanteste Sachverhalt, in dem der Arzt mit medizinischen Notfällen konfrontiert wird, die Notarztsituation zu nennen. Charakteristisch für die Notarztsachverhalte ist, dass der Betroffene von sich aus keinen Arzt mehr aufsuchen kann, sondern dass der Arzt aufgrund eines expliziten Hilferufs des Betroffenen oder anderer Beteiligter zum Notfallort kommt³⁰⁵. Diese Notfälle treffen ferner nur speziell ausgebildete Ärzte (Notärzte), da die Teilnahme am Notarztdienst eine besondere Qualifikation in der Notfallmedizin voraussetzt (Rn. 16). Der Notarzt steht aufgrund seiner Teilnahme am Notarztdienst auf Abruf bereit und rechnet daher zumindest latent damit, jederzeit einen medizinischen Notfall behandeln zu müssen. Medizinische Notfälle treffen den Notarzt somit in gewisser Weise nie unvorbereitet, auch wenn der konkrete Notfall freilich nicht vorhersehbar ist. Der Notarzt kann bei seiner Behandlung auf die Instrumente der präklinischen Notfallmedizin zurückgreifen, da ihm vor Ort die notfallmedizinischen Geräte und Medikamente des Rettungs- und Notarztwagens zur Verfügung stehen, insbesondere der Notfall-Arztkoffer (Rn. 18).
- 114** Vornehmlich in der medizinischen und rechtlichen Literatur zum Rettungsweisen finden sich Auflistungen der Merkmale, die aus Sicht des Notarztes typischerweise den medizinischen Notfall prägen. Für die Feststellung der situativen Besonderheiten des medizinischen Notfalls bietet sich die Sicht des Notarztes als geeigneter Ausgangspunkt an, weil die Behandlung von medizinischen Notfällen Hauptaufgabe des Notarztes ist und er daher wie kein anderer Arzt mit Notfallsachverhalten vertraut ist. Aus Sicht des Notarztes kennzeichnen folgende Umstände im Wesentlichen den medizinischen Notfall³⁰⁶:

³⁰⁴ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 654.

³⁰⁵ Ziegenfuß, Notfallmedizin, Ziff. 1.1 (S. 4); Burghofer/Lackner, N+R 2006, S. 685 (686).

³⁰⁶ Die nachfolgend aufgezählten Merkmale sind zum Großteil genannt bei: Meyer in: Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk, NAW-Buch, Ziff. 3 ff. (S. 21 ff.); Mohr, N+R 2007, S. 167 ff.; Burghofer/Lackner, N+R 2006, S. 686 ff.; Fehn/Lechleuthner, MedR 2000, S. 114 (116).

Zunächst liegt dem Notarzteininsatz regelmäßig ein expliziter Ruf nach Hilfe bei der Rettungsleitstelle³⁰⁷ zugrunde, infolge dessen der Notarzt sofort ausrückt. Der Notarzt ist Adressat eines ausdrücklichen Hilfeverlangens. In den meisten Fällen setzen Angehörige oder sonstige Dritte den Notruf ab. Der Notfallpatient selbst ist häufig bewusstlos oder sonst nicht ansprechbar. Die Anwesenheit gesetzlicher Vertreter (Bsp.: Eltern Minderjähriger, Betreuer) ist zwar denkbar – insbesondere bei Notfällen, die Kinder betreffen – bildet aber eher die Ausnahme. Sofern der Patient aber bei Bewusstsein ist, bedeutet dies allerdings noch nicht zugleich, dass er auch geschäftsfähig oder einwilligungsfähig ist (zur Geschäftsfähigkeit Rn. 169 ff. und zur Einwilligungsfähigkeit Rn. 260 ff.). Dass der Patient im medizinischen Notfall aber stets geschäftsunfähig oder einwilligungsunfähig ist, kann nicht angenommen werden³⁰⁸. Bei Abgabe des Notrufs werden erste Informationen bezüglich der Krankheit oder des Traumas gegenüber der Rettungsleitstelle mitgeteilt, die diese Informationen anhand eines Indikationskatalogs³⁰⁹ verarbeitet und mittels Schlagworte, die die Notfallsituation charakterisieren (Bsp.: Brustschmerz, Atemnot, Bewusstlosigkeit, Akutes Abdomen, Intoxikation oder verletzte Person), an den Notarzt weitergibt. Die Schilderungen von medizinisch relevanten Tatsachen gegenüber der Rettungsleitstelle sind dabei denkbar knapp und erfolgen zudem durch medizinische Laien. Bevor der Arzt nicht vor Ort ist, ist der Informationsgrad über den konkreten Notfall daher entsprechend gering. Wurden aber gegenüber der Rettungsleitstelle ausführliche und zutreffende Angaben gemacht, dann kann der Notarzt aus den Informationen der Leitstelle nicht selten wichtige Rückschlüsse über Ort, Art und Ursachen des Notfalls ziehen³¹⁰. Ein Sturz von einem hohen Baugerüst auf einen harten Boden lässt beispielsweise andere Verletzungsmuster erwarten als ein Motorradunfall.

Da es sich um lebensbedrohliche Situationen handelt, die wichtige und weitreichende Entscheidungen innerhalb kürzester Zeit erfordern, ist der Zeit- und Handlungsdruck auf Seiten des Notarztes entsprechend hoch³¹¹. In der Notfallmedizin stellt daher sogar schon das reine Abwarten eine Entscheidung dar, nämlich die Entscheidung gegen die mögliche Handlung und dafür, jetzt nichts zu tun³¹². Da sich die Umstände im medizinischen Notfall schnell verändern, kann eine aufgeschobene Hilfe schon Minuten danach zu spät sein³¹³. Der Notarzt kann demnach

115

116

³⁰⁷ Zur Rettungsleitstelle siehe Fn. 126.

³⁰⁸ Vgl. den Fall (*OLG Düsseldorf*, VersR 1986, S. 659 ff.) in dem sich der Patient trotz urologischen Notfalls („Hodentorsion“) bei vollem Bewusstsein ins Krankenhaus zur Behandlung begibt.

³⁰⁹ *Schneider/Wolcke/Böhmer*, Taschenatlas Notfall & Rettungsmedizin, Kap. 1.1 (S. 5); *Ellinger/Osswald/Genzwürker*, Kursbuch Notfallmedizin, Ziff. 1.3.2 (S. 23); Notarztindikationskatalog der Bundesärztekammer (Abrufbar im Internet. URL: <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/Notarzteininsatz.pdf>. Stand: 30.05.2009) und der Ärztekammer Bayerns als Beispiel einer konkreten Umsetzung (abgedruckt in: Bayerisches Ärzteblatt 2002, S. 370).

³¹⁰ *Beck/Gebhard/Kinzl*, N+R 2002, S. 57 (58).

³¹¹ *Meyer* in: *Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk*, NAW-Buch, Ziff. 3.2.2 (S. 21).

³¹² *Salomon*, AINS 2000, S. 319 f.

³¹³ *Salomon*, AINS 2000, S. 320.

dem Zwang zur Entscheidung nicht entgehen³¹⁴. Der Handlungsdruck wird zudem dadurch verstärkt, dass die allgemeine Erwartungshaltung an die Notfallmedizin aufgrund ihrer Weiterentwicklung und den dadurch eingetretenen Erfolgen gestiegen ist.

- 117** Nicht selten sind die örtlichen Verhältnisse widrig und Schaulustige erschweren die Arbeit. Die Umgebung ist dem Notarzt meist nicht vertraut³¹⁵. Ebenso ist dem Notarzt der Patient regelmäßig unbekannt, weshalb er meist nur über ein Minimum an anamnestischen Daten verfügt und ihm der Patientenwille regelmäßig verborgen bleibt. Der Patient ist meist nicht fähig, sich mitzuteilen oder sein Wille muss wegen der besonderen Schmerzen oder einer sonstigen Bewusstseinstörung kritisch hinterfragt werden. Es besteht insgesamt ein erhebliches Informationsdefizit bezüglich des Patienten, das nur ausnahmsweise durch eine elektronische Gesundheitskarte (siehe dazu Rn. 276 und 346 ff.) oder durch nahe Angehörige aufgefüllt werden kann. Selbst wenn Informationen vorhanden sind, dann wird der Notarzt regelmäßig davon ausgehen müssen, dass diese unsicher sind³¹⁶. Sofern Angehörige anwesend sind, ist zu beachten, dass sich diese selbst in einer starken Stresssituation befinden. Das übrige Rettungsdienstpersonal wird sich dem Stress ebenfalls nicht immer vollkommen entziehen können. Der Notarzt, der selbst unter Handlungsdruck steht, muss also regelmäßig mit Menschen interagieren, die sich selbst in einer Stresssituation befinden. Dies steigert sich bei sogenannten psychosozialen Notfällen, mit denen der Notarzt immer häufiger konfrontiert wird³¹⁷. So stellt beispielsweise die adäquate Bewertung des Suizidrisikos schon für sich eine schwere Aufgabe dar und darüber hinaus fehlt eine spezielle Schulung der Notärzte für den Umgang mit psychosozialen Notfällen völlig³¹⁸.

- 118** Die Diagnosemöglichkeiten sind in zweierlei Hinsicht beschränkt. Zum einen existiert meistens nur ein kleines Zeitfenster zum Handeln, das eine ausführliche Diagnose nicht zulässt bzw. ganz ausschließt. Zum anderen stehen vor Ort nur begrenzte Mittel zur Verfügung, die eine eingehende Diagnose nicht zulassen. Der Notarzt muss daher die Beurteilung des Notfallpatienten hauptsächlich anhand seiner eigenen menschlichen Sinne vornehmen³¹⁹. Aufgrund des knappen Zeitfensters kann der Notarzt auch keine Informationen aufgrund einer Verlaufsbeobachtung gewinnen. Eine ähnliche Einschränkung gilt für Therapiemaßnahmen. Die Entscheidung für oder gegen eine Therapie muss binnen kürzester Zeit getroffen werden und das ohne Vorliegen einer eingehenderen Diagnose. Auch sind die sachlichen Mittel auf die Möglichkeiten der präklinischen Notfallmedizin (vgl. Rn. 18) begrenzt. Gleichermäßen begrenzt sind die personellen Mittel. Der Notarzt ist vor Ort in ärztlicher Hinsicht auf sich alleine gestellt und kann sich nicht

³¹⁴ Salomon, AINS 2000, S. 319 f.

³¹⁵ Meyer in: Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk, NAW-Buch, Ziff. 3.2.2 (S. 21).

³¹⁶ Meyer in: Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk, NAW-Buch, Ziff. 3.2.2 (S. 21).

³¹⁷ Siehe zum psychosozialen Notfall: Luiz/Schmitt/Madler, N+R 2002, S. 505 ff.; Dick, N+R 2002, 572 f. Und zu seiner haftungsrechtlichen Relevanz: Rn. 96 ff.

³¹⁸ Im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“ ist keine psychologische Schulung vorgesehen, vgl. Abschnitt C (S. 163) (Muster-) WBO-Ä. Siehe auch: Luiz/Schmitt/Madler, N+R 2002, S. 505 (508).

³¹⁹ Sefrin in: Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk, NAW-Buch, Ziff. 17.1 (S. 162).

mit Kollegen beraten³²⁰. Nicht selten wird der Notarzt wegen des Zeitdrucks auch zwei Elemente des typischen Behandlungsablaufs auf einmal vornehmen müssen. Beispielsweise kann er neben der Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zugleich Ursachenforschung (etwa durch Inspizieren des Einsatzortes oder gezieltes Fragen von Angehörigen) betreiben.

Typischerweise ist eine vorhergehende Aufklärung über den Eingriff und seine Folgen wegen des Zeitdrucks oder der Bewusstlosigkeit des Patienten nicht machbar. Die Selbstbestimmung des Patienten tritt rein tatsächlich in den Hintergrund, da dieser seinen Willen meist nicht äußern kann und eine Nachforschung über seinen mutmaßlichen Willen zeitlich kaum möglich ist. Unter Umständen hat daher der Notarzt selbst schwierige ethische Entscheidungen zu treffen, beispielsweise wann er mit einer Reanimation aufhört, auf die der Patient nicht anspricht, um weitere Leiden oder einen persistierenden Zustand zu vermeiden³²¹. Letztlich ist hervorzuheben, dass die Palette der Entscheidungen mit Tragweite groß ist (z. B. *ad hoc* Entscheidungen für invasive oder komplikationsbehaftete Maßnahmen oder rasche Festlegung der Modalitäten der weiteren Behandlung)³²². Im Ergebnis ist es daher nachvollziehbar, wenn die Situation von *Salomon* – sicherlich überspitzt – wie folgt zusammengefasst wird: „*Kennzeichen der Notfallsituation sind: Man weiß nichts und muss dennoch ganz schnell das Richtige tun.*“³²³

119

3. Die Situation bei Einlieferung eines Notfallpatienten

Die Einlieferung von Notfallpatienten in ein Krankenhaus folgt meist auf den Notarzteinsatz³²⁴. Der Notarzteinsatz hat als Therapieziel primär die Stabilisierung bzw. Wiederherstellung der Vitalfunktionen zum Inhalt. Ist dieses Ziel vor Ort nicht vollständig erreichbar und die Situation noch nicht aussichtslos, dann erfolgt die weitere Stabilisierung bzw. Wiederbelebung in einem Krankenhaus. Auch die nachfolgende Therapie des Krankheitsbildes bzw. der Verletzung erfolgt nicht selten in einem Krankenhaus. Typisch für die Situation im aufnehmenden Krankenhaus ist, dass man sich auf den einzuliefernden Notfallpatienten vorbereiten kann und muss, weil das Krankenhaus vor der Einlieferung von der Rettungsleitstelle informiert wird (vgl. Rn. 353). In den größeren Krankenhäusern gibt es hierfür meist spezielle zentrale Aufnahmestationen (siehe im Detail: Rn. 378). Mit der vorhergehenden Anfrage über die Verfügbarkeit von Kapazitäten durch die Rettungsleitstelle liegen teilweise auch schon erste medizinische Informationen zum Krankheitsbild bzw. zur Verletzung und zur Person des Patienten vor. Spätestens mit der Einlieferung übergibt der Notarzt ein notfallmedizinisches Übergabeprotokoll an die weiterbehandelnden Ärzte, das Informationen zum Not-

120

³²⁰ Meyer in: Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk, NAW-Buch, Ziff. 3.2.2 (S. 21).

³²¹ Ellinger/Osswald/Genzwürker, Kursbuch Notfallmedizin, Ziff. 1.1.6 (S. 9); Salomon, N+R, 2005, S. 542; Salomon, AINS 2000, S. 319.

³²² Meyer in: Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk, NAW-Buch, Ziff. 3.2.2 (S. 22).

³²³ Salomon, AINS 2000, S. 319 (320).

³²⁴ Siehe die Sachverhalte bei: OLG Braunschweig, MDR 1998, S. 907 ff.; BGH, VersR 1988, S. 495 ff.

fallgeschehen, Anamnese, Erstbefund, Erstdiagnose, Medikamentenvergabe und sonstige Maßnahmen enthält³²⁵. Auch teilt der Notarzt, der den Notfallpatienten regelmäßig persönlich übergeben soll, dem aufnehmenden Kollegen zügig mündlich die wichtigsten Informationen mit, wie Angaben zur Vorgeschichte des Patienten, zum Notfallgeschehen, zur initialen Notfallsituation, zur präklinischen Therapie und zum präklinischen Verlauf (sog. Übergabegespräch)³²⁶. Für den konkret aufnehmenden Arzt ist daher charakteristisch, dass er in den ersten Minuten der Aufnahme des Notfallpatienten mit einer Flut an Informationen zurechtkommen muss. Im Krankenhaus steht bestenfalls ständig ein Team von Ärzten bereit, das die Schwerpunktgebiete der Notfallmedizin (Anästhesie, Innere Medizin und Chirurgie) abdeckt. Ärzte weiterer Fachbereiche des Krankenhauses stehen auf Abruf bereit³²⁷. Den Ärzten stehen insgesamt alle medizinischen Geräte des jeweiligen Krankenhauses zur Verfügung. Die konkrete Ausrüstung und Rufbereitschaft hängt allerdings von der Kategorie und dem Stand des Krankenhauses ab.

- 121** Die Situation der Einlieferung eines Notfallpatienten ist bezüglich der haftungsrechtlich relevanten Sachverhaltsmerkmale in einigen Punkten mit der Notarztsituation, wie sie zuvor in Rn. 114 ff. geschildert wurde, vergleichbar. Bis auf die Umstände, dass der Notarzt mit Schaulustigen und widrigen örtlichen Gegebenheiten umgehen muss und ihm nicht die medizinischen Apparate einer Klinik und keine Kollegen zur Konsultation zur Verfügung stehen, treffen die für die Notarztsituation genannten Sachverhaltsbesonderheiten zu. Hervorzuheben sind aber die letzten beiden Punkte. Im Gegensatz zum Notarzt, stehen den Ärzten in der Notaufnahme alle medizinischen Mittel und Apparate ihrer Klinik sowie die Konsultationsmöglichkeit mit Kollegen zur Verfügung. Die Ärzte in der Notaufnahme haben somit gegenüber dem Notarzt ein Mehr an medizinischen Möglichkeiten.

4. Die Notdienstsituation

- 122** Auch der Notfallarzt kann im Rahmen seines vertragsärztlichen Notdienstes mit einem medizinischem Notfall konfrontiert werden. Dies kann dadurch geschehen, dass der Patient außerhalb der normalen Sprechstundenzeiten trotz des medizinischen Notfalls noch von selbst den diensthabenden Arzt aufsucht bzw. von Angehörigen zu ihm gebracht wird oder dass der Patient oder Angehörige den Notfall-

³²⁵ Felleiter in: Dirks, Notfallmedizin, Ziff. 48.2.1 (S. 513); Ellinger/Osswald/Genzwürker, Kursbuch Notfallmedizin, Ziff. 3.2.2 (S. 59). Zum DIVI-Notarzteinsetzprotokoll siehe im Internet: URL: <http://www.divi-org.de/fileadmin/pdfs/notfallmedizin/protok.pdf> (Stand: 30.05.2009). Nach manchen Rettungsdienstgesetzen besteht insoweit eine ausdrückliche Dokumentationspflicht, vgl. Art. 27 BayRDG. Sofern keine vorgesehen ist, ergibt sie sich aber aus dem Berufsrecht der Ärzte (vgl. § 10 (Muster-) BO-Ä). Siehe dazu auch: Rn. 439.

³²⁶ Felleiter in: Dirks, Notfallmedizin, Ziff. 48.2.1 (S. 513).

³²⁷ Gorgaß/Ahnefeld/Rossi/Lippert/Krell/Weber, Rettungsassistent und Rettungssanitäter, S. 20 (Ziff. 2.5.5).

arzt telefonisch um einen Hausbesuch bitten³²⁸. Charakteristisch ist in diesen Fällen, dass der Notfallarzt, der den vertragsärztlichen Notdienst versieht, nicht über besonderes notfallmedizinisches Equipment verfügt, sondern dass ihm nur die üblichen Mittel seiner eigenen Praxis zur Verfügung stehen, die regelmäßig nicht auf die Behandlung vitalbedrohlicher Notfälle ausgerichtet sind, weil diese nicht zum Aufgabenbereich des Notdienstes gehören (siehe Rn. 33). Ebenso verfügt der Notfallarzt nicht zwingend über besondere notfallmedizinische Kenntnisse, da diese keine Voraussetzung an der Teilnahme zum Notdienst sind³²⁹. Zwar trifft den Arzt, der am Notdienst teilnimmt eine Fortbildungspflicht, diese bezieht sich aber nicht auf die Notfallmedizin (siehe Rn. 28). Der Notdienst erfasst nur die typische Tätigkeit der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte. Ein medizinischer Notfall trifft den Notfallarzt daher überraschender und unvorbereiteter als den Notarzt.

Die Notdienstsituation ist bezüglich der haftungsrelevanten Situationsmerkmale **123** in den meisten Punkten mit der Notarztsituation (Rn. 114 ff.) vergleichbar. Ein Unterschied besteht nur darin, dass der Patient sich hier meist zum Arzt in den Notdienst begibt bzw. dorthin gebracht wird oder der Arzt einen Hausbesuch macht. Der Notfallarzt hat daher kaum mit widrigen Umständen am Unfallort oder Schaulustigen zu kämpfen. Als weitere behandlungerschwerende Besonderheit ist in der Notdienstsituation allerdings zu erwähnen, dass der Notfallarzt regelmäßig auf kein spezielles notfallmedizinisches Equipment, wie es dem Notarzt zur Verfügung steht, zurückgreifen kann. Der Notfallarzt hat nur die Mittel des niedergelassenen Arztes, die nicht speziell auf die Versorgung von medizinischen Notfällen ausgerichtet sind (Rn. 24). Dies erschwert die Behandlung medizinischer Notfälle.

5. Die Situation des niedergelassenen Arztes

Dass ein Arzt aus seinem Praxisbetrieb heraus mit einem medizinischen Notfall **124** konfrontiert wird, erscheint in Anbetracht der Existenz eines 24stündigen Notarztdienstes unwahrscheinlich, kommt aber dennoch vor. Denkbar sind insbesondere Fälle, bei denen sich der medizinische Notfall direkt vor der Tür des Arztes ereignet und der Arzt zur Ersten Hilfe gerufen wird³³⁰. Möglich ist es auch, dass sich ein Patient, bei dem ein medizinischer Notfall, der in diesen Fällen zunächst meist unerkannt bleibt, vorliegt, noch von selbst in die Praxis zur Behandlung begibt³³¹.

³²⁸ Siehe die Sachverhalte bei: BGH, NJW 1998, S. 814 f.; BGH, MedR 1985, S. 229 f.; *OLG Stuttgart*, NJW-RR 1997, S. 1114 ff. Zwar gehört der medizinische Notfall nicht zum Aufgabenbereich des vertragsärztlichen Notdienstes, aber es kommt dennoch vor, dass sich Patienten – meist aus Unkenntnis über die Abgrenzung beider Institute – trotz des akuten Notfalls an den Notdienst wenden (siehe Rn. 33).

³²⁹ Beispielfallhaft für einen Arzt der jahrelang nur den Gynäkologischen Notdienst versehen hat: *OLG München*, NJW 2006, S. 1883 (1886).

³³⁰ Siehe den Sachverhalt bei: *OLG Hamm*, NJW-RR 2000, S. 401 f.; *OLG München*, VersR 1992, S. 876.

³³¹ Siehe den Sachverhalt bei: BGHZ 132, 47 ff.; BGH, MedR 1983, S. 29 f.

Letztlich sind auch Fälle denkbar, in denen sich der Patient, der schon zuvor bei dem Arzt in Behandlung war, im sich anschließenden Notfall ebenfalls noch an diesen wendet. Letztere Situationen fallen aber bei genauer Betrachtung unter den medizinischen Notfall innerhalb eines bestehenden Behandlungsverhältnisses (siehe Rn. 128).

Die Situation des in freier Praxis niedergelassenen Arztes ist mit der Notdienst-situation vergleichbar. Beide unterscheiden sich nur darin, dass der Arzt hier innerhalb seiner üblichen Sprechstundenzeiten mit dem Notfall konfrontiert wird. In diesen Sachverhalten trifft den Arzt die Notfallsituation daher ebenso unvermittelt und unvorbereitet wie im vertragsärztlichen Notdienst. Da zum Aufgabenbereich des Notdienstes aber zumindest noch Akutfälle zählen (Rn. 99 ff.), dürfte das Überraschungsmoment in der Situation des normalen Praxisbetriebes sogar noch höher liegen.

- 125** Weil die Situation des in seiner Praxis betroffenen Arztes der Notdienst-situation sehr gleicht, gilt bezüglich der haftungsrelevanten Situationsmerkmale das zur Notdienst-situation Gesagte entsprechend. Die Situation des in seiner Praxis von einem Notfall betroffenen Arztes ist deshalb mit der Situation des Notarztes (Rn. 114 ff.) mit denselben Vorbehalten wie bei der Notdienst-situation vergleichbar.

6. Die Situation des zufällig privat anwesenden Arztes

- 126** Schließlich können Notfälle auch in Situationen auftreten, bei denen ein Arzt nur zufällig und rein privat vor Ort ist³³². Typisch ist hier, dass dem Arzt aufgrund dessen, dass er außer Dienst ist, keinerlei medizinische Instrumente und Medikamente zur Verfügung stehen. Der Notfall trifft hier den Arzt ähnlich unvorbereitet wie jeden anderen Bürger³³³. Der notfallmedizinische Kenntnisstand des Arztes kann innerhalb dieser Sachverhaltsgruppe weit variieren, es kann zufällig ein Notarzt mit entsprechenden Kenntnissen anwesend sein oder aber, wie im unter Fn. 332 zitierten Urteil, beispielsweise nur ein Gynäkologe.
- 127** Die Situation des zufällig bei einem Notfall privat anwesenden Arztes ist bezüglich der haftungsrelevanten Situationsmerkmale in den meisten Punkten mit der Notarztsituation (Rn. 114 ff.) vergleichbar. Ein Unterschied besteht vorliegend aber darin, dass der Arzt in der unmittelbaren Nähe des Unfallortes ist oder den Unfall selbst mitbekommen hat und dass dem zufällig anwesenden Arzt regelmäßig gar kein medizinisches Equipment zur Verfügung steht. Letzteres erschwert gegenüber den anderen Notfallsituationen die Behandlung ungemein und ist ein wesentliches haftungsrelevantes Merkmal dieser Situation.

³³² Siehe den Sachverhalt bei *OLG München*, NJW 2006, S. 1883 ff.

³³³ Dies hebt auch das *OLG München*, NJW 2006, S. 1883 (1884), hervor.

7. Der medizinische Notfall innerhalb eines Behandlungsverhältnisses („sekundärer Notfall“)

Denkbar ist auch, dass es innerhalb eines laufenden Behandlungsverhältnisses **128** oder einer Operation zu einem medizinischen Notfall kommt. Diese Konstellation wird, wie schon erwähnt (Rn. 112), von der Literatur als sekundärer Notfall bezeichnet. Besonders hervorzuheben ist hierbei, dass in diesen Fällen aufgrund des schon bestehenden Behandlungsverhältnisses regelmäßig eine vertragliche Beziehung zwischen Arzt und Patienten besteht. Der sekundäre Notfall kann sich insbesondere im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts³³⁴, sonst während einer laufenden Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt³³⁵ oder innerhalb einer Operation in Form von unvorhergesehenen Komplikationen ereignen³³⁶. Dem behandelnden Arzt stehen hier alle sachlichen und personellen Mittel des Krankenhauses bzw. seiner Praxis zur Verfügung. Unter den sekundären Notfall fallen auch die Situationen, in denen der Patient, der kurz zuvor wegen seines Leidens bei demselben Arzt in Behandlung war, den Arzt telefonisch um Hilfe bittet, weil sich das Krankheitsbild akut verschlechtert hat³³⁷.

Die für die Notarztsituation genannten haftungsrelevanten Sachverhaltsmerkmale (Rn. 114 ff.) treffen auf die Situationen des sekundären Notfalls nur eingeschränkt zu. In der Notarztsituation ist der Patient dem Arzt regelmäßig unbekannt, weil der Arzt zum ersten Mal Kontakt mit dem Patienten hat. Dies ist in den Fällen des sekundären Notfalls, bei dem sich der medizinische Notfall innerhalb eines Behandlungsverhältnisses ereignet, anders. In diesen Situationen hat der Arzt im Gegensatz zum Notarzt zu Beginn der Behandlung regelmäßig ein Patientengespräch einschließlich einer eigenen Anamnese durchgeführt und er hat zumindest schon im Großen und Ganzen über die mit der konkreten Behandlung einhergehenden Eingriffe aufgeklärt. Daher ist es für die Situation des sekundären Notfalls nicht zutreffend, wenn man von einem regelmäßig unbekannten Patienten und Patientenwillen ausgeht. Ferner liegen in diesen Fällen aufgrund der Anamnesespflicht meistens entsprechende anamnestiche Patientendaten vor, auf die in der Notfallsituation zurückgegriffen werden kann. Da der Patient sich in einer laufenden Behandlung befindet, können im Moment des Notfalls auch schon Informationen aufgrund einer Verlaufsbeobachtung vorliegen. Der Informationsgrad entspricht in den sekundären Notfallsituationen daher eher dem eines normalen Behandlungsverhältnisses und ist mit der Notarztsituation nicht zu vergleichen. Für den Fall des sekundären Notfalls ist es ferner denkbar, dass über die Risiken der Eingriffe, die aufgrund des Notfalls indiziert sind, schon im Rahmen der Aufklärung zu den ursprünglichen Behandlungseingriffen aufgeklärt worden ist, und daher eine ausdrückliche Einwilligung des Patienten vorliegt, da die Einwilligung in die Grundbehandlung den Notfalleingriff mit umfassen kann. Zwingend ist dies **129**

³³⁴ Siehe den Sachverhalt bei *OLG Köln*, VersR 1997, S. 1404 f.

³³⁵ Siehe den Sachverhalt bei BGH, MedR 2003, S. 412 ff.; *OLG Köln*, NJW-RR 2003, S. 458; *OLG Hamm*, VersR 2001, S. 189 f.; *OLG Düsseldorf*, VersR 1980, S. 535 f.

³³⁶ Siehe den Sachverhalt bei BGH, NJW 2001, S. 2795 f.; BGH, NJW 1989, S. 1541 f.; BGH, VersR 1981, S. 462.

³³⁷ Siehe den Sachverhalt bei BGH, VersR 1986, S. 601 ff.

aber keinesfalls, so dass sich bezüglich der Aufklärungsmöglichkeiten alle Notfallsachverhalte doch weitestgehend ähneln. Für die sekundären Notfälle, die sich im Krankenhaus ereignen – diese dürften deutlich überwiegen – kann im Gegensatz zur Notarztsituation festgehalten werden, dass innerhalb des Krankenhauses eine zeitnahe Beratung mit Kollegen bzw. die Heranziehung derselben als möglich erscheint³³⁸. Ebenso unterscheiden sich die Diagnose- und die Therapiemöglichkeiten, da der Arzt hier auf das gesamte Krankensequipment zurückgreifen kann. Im Ergebnis können daher die folgenden aus Sicht des Notarztes typischen Sachverhaltsmerkmale des medizinischen Notfalls nicht pauschal auf die Situation des sekundären Notfalls übertragen werden: die Unkenntnis über den Patienten und seinen Willen, das Fehlen anamnestischer Daten, der insgesamt geringe Informationsgrad, die eingeschränkten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, das Fehlen von Beratungsmöglichkeiten mit Kollegen oder deren Unterstützung und das praktische Zurückdrängen der Selbstbestimmung des Patienten.

8. Zusammenfassung

- 130** Bezüglich der typischen haftungsrechtlich relevanten Sachverhaltsmerkmale des medizinischen Notfalls unterscheiden sich die verschiedenen Notfallsituationen. Die Situationen des niedergelassenen Arztes (sei es als Notfallarzt oder innerhalb seiner normalen Praxiszeiten), des zufällig anwesenden Arztes und der Einlieferung des Notfallpatienten ins Krankenhaus unterscheiden sich aber nur gering von der Notarztsituation und ähneln ihr weitestgehend. Hervorzuheben ist insoweit nur, dass dem Arzt in der Notaufnahme im Vergleich zum Notarzt ein Mehr an medizinischen Möglichkeiten zur Verfügung steht und der zufällig anwesende Arzt regelmäßig auf gar keine medizinischen Hilfsmittel zurückgreifen kann. Wesentlichere Unterschiede in den Sachverhaltsmerkmalen liegen zwischen der Notarztsituation (sowie allen primären Notfallsituationen) und der sekundären Notfallsituation vor. Bei der sekundären Notfallsituation liegen im Vergleich zu den primären Notfallsituationen nur noch ein Teil der besonderen haftungsrechtlich relevanten Sachverhaltsmerkmale des medizinischen Notfalls vor. Gerade diese können aber der Grund für Haftungserleichterungen im Notfall sein (siehe: Rn. 102 ff.). Die in der Literatur bisher vorgenommene Differenzierung zwischen primärem und sekundärem Notfall erscheint daher in rechtlicher Hinsicht sinnvoll. Aus dem Vergleich aller Notfallsituationen miteinander können im Ergebnis folgende Umstände als für den medizinischen Notfall allgemein typische Merkmale festgehalten werden: der starke Zeitmangel (als wichtigstes Merkmal, Rn. 109 f.), der akute Handlungsdruck für den Arzt, der meist geschäftsunfähige Patient, die Stresssituation für den behandelnden Arzt und alle sonstigen Beteiligten, die Unvorhersehbarkeit und Plötzlichkeit des konkreten Notfalls sowie das dadurch bedingte unverschuldete Defizit an Vorbereitung.

³³⁸ Meyer in: Madler/Jauch/Werdan/Siegrist/Pajonk, NAW-Buch, Ziff. 3.2.1 (S. 21).

Die Besonderheiten der Arzthaftung im medizinischen
Notfall

Killinger, E.

2009, XIII, 304 S., Softcover

ISBN: 978-3-642-02684-3