

Österreichische Zeitschrift für

PFLEGERECHT

Zeitschrift für die Heim- und Pflegepraxis und Krankenanstalten

GuKG, Arbeitsrecht & Anstaltenrecht

Dienstverhinderung und Teilzeit

Pflegegeld & Sozialrecht

Mitwirkungspflichten beim Pflegegeld

HeimAufG & UbG

GPS und Personaleinsatz statt Freiheitsbeschränkung

Haftung, Kosten & Qualität

Pflegeleistungen – begünstigt im Sinne des Steuerrechts?

Dr. Michael Halmich
Jurist (Notfall-)Medizinrecht

Rechtsfragen im Schockraum

Schnittstellenmanagement der prä- und innerklinischen Notfallmedizin. Wenn Sanitäter und Notärzte im Schockraum mit dem klinischen Behandlungsteam zusammenarbeiten, ist einziges Ziel eine rasche und reibungslose Patientenübergabe unter Fortsetzung der medizinischen Notfallbehandlung. Doch hinter dieser Schnittstelle verbergen sich Rechtsprobleme, die nur durch eine vorausschauende Befassung mit dem Thema und Formulierung von Leitlinien vermeidbar sind.

Präklinische Notfallversorgung

Der auf Landesgesetzen fußende Rettungs- und Notarztdienst ist in Österreich flächendeckend eingerichtet und steht 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche zur Verfügung. Die Rettungsleitstellen nehmen Notrufe entgegen, stufen die Dringlichkeit ein und alarmieren ein entsprechendes Rettungs- bzw. Notarztmittel. Ein Eintreffen am Notfallort soll in ganz Österreich innerhalb der internationalen Hilfsfrist von 15 Minuten möglich sein.¹

Bewältigen im Rettungsdienst **Sanitäter** alleine den Einsatz, so ist im organisierten Notarztdienst zusätzlich ein Notarzt

beteiligt. Die nach dem Sanitätergesetz (SanG) ausgebildeten Rettungs- bzw. Notfallsanitäter haben unterschiedlich weitreichende Befugnisse. Letztere können aufbauend Notfallkompetenzen (zB Venenpunktion und Infusion, Arzneimittelgabe sowie Beatmung und Intubation) erwerben. Alle Sanitäter haben bei entsprechend kritischem Patientenzustand unverzüglich einen (Not-)Arzt anzufordern.² **Notärzte** sind Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte oder approbierte Ärzte, die einen entsprechenden Lehrgang³ absolviert haben. Für sämtliche in der präklinischen Notfallmedizin Tätigen gelten gesetzliche Fortbil-

dungsverpflichtungen, die bei Nichteinhaltung auch den Verlust der Berechtigung nach sich ziehen.⁴

Eintreffen am Notfallort innerhalb von 15 Minuten in ganz Österreich.

Im Hinblick auf die Patientenversorgung führten in der Vergangenheit weder die Modelle „load & go“ noch „stay & play“ zum bestmöglichen Outcome, sodass sich

¹ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte (2012) 106.
² §§ 8 ff SanG. ³ § 40 Ärztegesetz 1998. ⁴ §§ 50 f SanG; § 40 Abs 3 ÄrzteG.

die moderne präklinische Notfallmedizin in Österreich derzeit am Modell „**treat & run**“ orientiert. Dabei werden – wenn möglich nach entsprechender Aufklärung und Einwilligung des Patienten – am Einsatzort nur die unbedingt notwendigen Diagnose- und Therapiemaßnahmen, wie etwa die Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen bzw. eine adäquate Schmerztherapie nach etabliertem ABCDE-/SAMPLE-Schema, mit dem Ziel gesetzt, den Krankentransport so zügig wie möglich zu starten (Stichwort: goldene Stunde der Traumatologie bzw. des Schocks, Einhalten des Lysefensters bei Schlaganfallpatienten etc).⁵ Die Auswahl der geeigneten Zielklinik soll sich sowohl an der Kompetenz zur Weiterversorgung als auch der Entfernung orientieren. Auf die Wichtigkeit der Voranmeldung sei bereits jetzt hingewiesen!

Klinische Notfallversorgung

Die Organisation des Krankenanstaltenwesens in Österreich fußt auf dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), einem Bundes-Grundsatzgesetz, und den dazu ergangenen Ausführungsgesetzen der Länder. Die unterschiedlichen Arten von Krankenanstalten definieren sich über das Leistungsangebot und die potentiell zu versorgenden Patienten. Die kleinste Einheit bilden dabei die **Standardkrankenanstalten der Basisversorgung**, die zumindest eine Abteilung für Innere Medizin führen und eine chirurgische Grundversorgung sicherstellen müssen. Weiters ist eine **permanente Erstversorgung** von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfs und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur zu gewährleisten.⁶ Laut ÖSG 2012⁷ stellen zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten für ungeplante Patientenzugänge mit vor allem akuter Symptomatik eine besonders effiziente Form dar, wobei diese Einheiten für die Erstversorgung von Schwerverletzten und für die Geburtshilfe nicht geeignet sind. Hierfür stehen unfallchirurgische Schockräume bzw. Kreißsäle zur Verfügung.

Das **Personal** in diesen Akutversorgungseinheiten setzt sich aus den unterschiedlichsten Angehörigen medizinischer Berufe zusammen, die aufgrund des oftmals vorhandenen Zeitdrucks rasch und kompetent zusammenarbeiten müssen. Der ÖSG 2012 formuliert die Berufsqualifi-

kation für das Personal in zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten eher pauschal. Demnach sind Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte sowie diplomiertes Pflegepersonal mit entsprechend notfallmedizinischem Wissen heranzuziehen. Für den unfallchirurgischen Schockraum sind die Anforderungen exakter umschrieben: Die Schockraummannschaft besteht demnach aus einem Facharzt für Anästhesie, einem für Unfallchirurgie, einem weiteren für Unfallchirurgie oder Chirurgie, der auch in Ausbildung stehen kann, einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit Sonderausbildung für Anästhesiepflege, einer unfallchirurgisch geschulten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, einem Radiologietechnologen und einem Facharzt für Radiologie in Rufbereitschaft oder tele-radiologischer Anbindung.

Eine permanente Erstversorgung von Akutfällen ist in Krankenanstalten zu gewährleisten.

Die **Patienten** kommen entweder privat oder durch den Rettungs- und Notarztdienst und werden nach entsprechender Stabilisierung entweder hausintern weiterversorgt, oder in ein Schwerpunktzentrum weitertransferiert.

Rechtsfragen im Schnittstellenmanagement

Die Rechtsfragen, die sich im sensiblen Bereich der Schnittstelle Präklinik-Klinik ergeben, reichen von Kompetenzfragen des eingesetzten Personals über arbeitsteiliges Zusammenwirken in Form von Teamarbeit und Wechsel des Verantwortungsbereichs gegenüber dem Patienten vom präklinischen Einsatzteam an das klinische bis hin zu Haftungsthemen.

Kompetenzen und Teamarbeit

Die Kompetenzen des eingesetzten Personals werden aufgrund der Vielzahligen Berufsgesetze und der damit einhergehenden, unterschiedlich weitreichenden Kompetenzen in diesem Artikel nicht detailliert aufbereitet. Auf die einschlägigen Berufsgesetze⁸ sei verwiesen. Im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken („Teamwork“) gilt der Grundsatz, dass die Handelnden ihre wechselseitigen Kompetenzen kennen und beherrschen müssen. Jeder im

Behandlungsteam kann – unter analoger Anwendung des straßenverkehrsrechtlichen Vertrauensgrundsatzes⁹ – darauf vertrauen, dass die in der Notfallmedizin Tätigen ihren (unterschiedlichen) Aufgaben gewachsen sind und sich sorgfaltsgemäß verhalten. Lediglich wenn Anhaltspunkte erkennen lassen, dass ein in die Versorgung Eingebundener seinen Anforderungen nicht gewachsen ist, gelten – bei sonstiger Haftung – Warn- und Eingriffspflichten der Übrigen.¹⁰

Im Teamwork hat jeder seine Kompetenzen wahrzunehmen.

Wechsel des Verantwortungsbereichs

Die Verantwortung gegenüber dem Patienten endet für das präklinische Einsatzteam mit der vollendeten Übergabe an das klinische Behandlungsteam. Aus berufsrechtlichen Gründen und auch unter dem Aspekt einer nahtlosen Therapiefortsetzung ist eine Patientenübergabe nur an Angehörige medizinischer Berufe möglich, die über entsprechende Kompetenzen verfügen, Notfallpatienten – wenn auch nur vorübergehend – eigenverantwortlich zu betreuen. Dies trifft auf Ärzte, die zur selbständigen Berufsausübung berechtigt sind, und auf Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege jedenfalls zu.¹¹

Zentrales Element der Patientenübergabe ist der Informationsaustausch. Bereits vom Einsatzort aus sollten Sanitäter oder Notärzte eine Patienten-Vorankündigung mit ungefährender Eintreffzeit durchführen. Dadurch soll die Zielklinik in die Lage versetzt werden, entsprechende Vorbereitungen zu treffen. Hierzu gehören ua das Auslösen eines internen Alarmplans mit Benachrichtigung sämtlicher notwendiger Fachdisziplinen sowie das Sicherstellen der OP- und Intensivstation-Kapazität.¹²

Bei Ankunft in der Klinik empfiehlt sich eine strukturierte Patientenübergabe in der Aufnahme- und Erstversorgungsein-

⁵ Hansak et al, LPN-Notfall-San Österreich II (2010) 1165; Bundesministerium für Gesundheit, Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2012. ⁶ § 2 a Abs 4 Z 1 KAKuG. ⁷ Bundesministerium für Gesundheit, Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2012. ⁸ ÄrzteG, SanG, GuKG, MTD-G samt Ausbildungsverordnungen. ⁹ § 3 StVO. ¹⁰ Halmich, Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung, RdM 2012/88, 124. ¹¹ § 2 ÄrzteG; § 14 a GuKG; Steiner, Zum Problem der Patientenübergabe zwischen Rettung und Krankenhaus, ZVR 1999, 74. ¹² Lustenberger et al, Schnittstelle Rettungsdienst-Klinik, RETTUNGSDIENST. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin, Dezember 2012, 30.

heit bzw im Schockraum. Eine Übergabe im Rettungsfahrzeug oder am Weg zum Behandlungsraum ist wenig effektiv und führt zu keiner Zeitersparnis.¹³ Eine Studie belegt, dass ohne strukturierte Übergabe eines schwerverletzten Patienten das Ärzteteam nur noch 46% der den Unfallhergang betreffenden Informationen, 34% der Informationen bezüglich der Komorbiditäten des Patienten und nur 30% der Angaben zum präklinischen Management wiedergeben konnten.¹⁴

Aufgrund der Wichtigkeit einer strukturierten Patientenübergabe hat kürzlich ein oberösterreichisches Projektteam¹⁵ eine Checkliste¹⁶ zur Übergabeoptimierung im Schockraum erstellt. In dieser werden die wichtigsten Informationen sowohl zur präklinischen Vorankündigung des Patienten, zur Herstellung der Schockraumbereitschaft als auch zur strukturierten Übergabe durch den Notarzt zusammengefasst – ein Leitfaden, der Informationen nicht verschwinden lässt und eine optimale Behandlungskette sichert.

Eine strukturierte Patientenübergabe hilft, dass wichtige Informationen nicht untergehen.

Erst nach vollständigem Informationswechsel ist die Patientenübergabe erfolgt und es kann mit der Umlagerung begonnen werden. Um sicherzustellen, dass alle Beteiligten des Behandlungsteams den gleichen Informationsstand haben, sollten – sofern medizinisch möglich – während des Übergabegesprächs keine Manipulationen beim Patienten durchgeführt werden. Die vollendete Übergabe lässt sich nicht auf einen Zeitpunkt festmachen, sondern findet sukzessive statt. Ist das präklinische Einsatzteam in die Behandlung nicht mehr involviert, kann es sich zurückziehen und die Einsatzbereitschaft wiederherstellen. Hier endet dann die Verantwortung gegenüber dem Patienten. Zu guter Letzt sollte das Notarztprotokoll dem klinischen Behandlungsteam in Kopie übergeben werden.

Haftungsfragen

Das Verhalten Angehöriger medizinischer Berufe kann gegenüber dem Patienten haftungsbegründend sein, wobei zwischen zivilrechtlichem Schadenersatz und strafrechtlicher Verantwortung zu differenzieren ist. Schadenersatz gebührt dem, der durch ein anderes rechtswidriges und schuldhaftes Verhalten einen Schaden erlitten hat (zB Diagnose-, Behandlungs- oder Pflegezwischenfall). Eine strafrechtliche Verantwortung trifft den, der gegen ein Strafgesetz verstößt. Im medizinischen Bereich stehen die Körperverletzungs- und Tötungsdelikte sowie die eigenmächtige Heilbehandlung im Zentrum.

Zentrale Voraussetzung für eine Haftung ist stets die Rechtswidrigkeit eines Verhaltens. Aufgrund der für alle Angehörigen medizinischer Berufe geltenden Sorgfaltsverpflichtung sind Patienten stets nach aktuell anerkannten wissenschaftlichen Standards zu versorgen. Aufgabe der rechtsprechenden Organe ist es, den Sorgfaltsmaßstab zu definieren und mit dem konkret gesetzten Verhalten zu vergleichen. Weicht es ab, liegt grundsätzlich ein haftungsbegründender Sorgfaltsverstoß vor. Wichtig ist, dass Angehörige medizinischer Berufe auf ihrem Gebiet Fachleute sind und daher fehlendes Wissen nicht erfolgreich eingewendet werden kann.¹⁷

Zwar anerkennt die Rechtsordnung, dass Sorgfaltsmaßstäbe bei unvorhersehbaren Notfallsituationen anders definiert werden müssen. Jedoch liegt dies dann nicht,

wenn die Not zur Regel wird, oder anders ausgedrückt, wenn mit dem Berufsbild die Bewältigung von Notfallsituationen verbunden ist. Dies trifft für in der Notfallmedizin Tätige jedenfalls zu, sodass die Ausformulierung von Notfallplänen und Schnittstellenkonzepten – auch aus Haftungsgründen – eine besondere Bedeutung erlangt.

Zusammenfassung und Ausblick

Eine reibungslose Patientenübergabe vom präklinischen Behandlungsteam an das klinische funktioniert dann, wenn eine gemeinsame Sprache gesprochen wird und der Informationsaustausch gewährleistet ist. Hineinschnuppern in die wechselseitigen Tätigkeitsfelder, wie das SanG dies bei der Ausbildung von Notfallsanitätern durch ein verpflichtendes Krankenhauspraktikum vorsieht, lassen über den Tellerand blicken und fördern die Zusammenarbeit. Eine strukturierte Patientenübergabe erfordert die Erstellung von Notfallplänen und Schnittstellenkonzepten, die bei Einhaltung das Haftungsrisiko wesentlich minimieren.

ÖZPR 2013/114

¹³ Lustenberger et al, Schnittstelle Rettungsdienst-Klinik, RETTUNGSDIENST 32. ¹⁴ Scott et al, An analysis of paramedic verbal reports to physicians in the emergency department trauma room, Prehosp Emerg Care 7, 247 ff. ¹⁵ Studenten der Fachhochschule Steyr, Studiengang Prozessmanagement Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für medizinische Simulation Linz. ¹⁶ Download: www.notfallmedizinrecht.at ¹⁷ Sachverständigenhaftung nach § 1299 ABGB.

Zum Thema

Über den Autor

Dr. Michael Halmich ist Jurist im Schwerpunkt Medizinrecht und ehrenamtlicher Sanitäter/Ausbildner im Österreichischen Roten Kreuz. Er ist Autor medizinrechtlicher Publikationen und Vortragender an diversen Institutionen/Universitäten zum Thema Notfallmedizinrecht. Kontakt: E-Mail: michael.halmich@recht.at, Internet: www.notfallmedizinrecht.at

Literaturtipp

Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte (2012).