

Kommentar zur Frage

„Darf ein Rettungsassistent gegen den Willen des Arztes entscheiden?“

Zur Diskussion dieser Frage kursiert ein Dokument, in dem auf ein Urteil des OLG Düsseldorf (I-8 U 37/05 vom 26.04.2007) abgestellt wird. In diesem Dokument werden vorgeblich die Entscheidungsgründe für das genannte Urteil wiedergegeben.

Dazu sind zwei wichtige Anmerkungen zu machen:

- I. Der dem o.g. Urteil zugrundeliegende Sachverhalt wird in seiner Wiedergabe vermischt mit Überlegungen, deren Urheber unbekannt sind.
Sämtliche Ausführungen zur Remonstrationspflicht entstammen nicht dem OLG-Urteil.
- II. Die Übertragbarkeit des Sachverhaltes und insbesondere des Urteils von der Konstellation Arzt/Hebamme auf die Konstellation Arzt/Rettungsassistent wird weder diskutiert, noch hinreichend kommentiert.

Das Urteil des OLG Düsseldorf ist im (anonymisierten) Original im Internetauftritt des Gerichtes verfügbar und kann eingesehen werden. Dies ist auch dringend zu empfehlen, will man sich mit den (möglichen) Konsequenzen auf die Tätigkeit als Rettungsassistent auseinandersetzen.

http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/duesseldorf/j2007/I_8_U_37_05urteil20070426.html

Zu I.

Die Beweisaufnahmen des (erstinstanzlichen) Kammergerichts sowie des Oberlandesgerichts als Berufungsinstanz haben ergeben:

1. Der Geburtsverlauf, insbesondere die CTG-Aufzeichnungen, zeigten bis 03:30 Uhr keine Auffälligkeiten. Eine Wassergeburt ist bis zu diesem Zeitpunkt nicht als problematisch einzustufen gewesen.
2. Ab 03:30 Uhr trat jedoch eine drastische Änderung der Befunde ein, so dass von einer Notsituation hätte ausgegangen werden müssen. Eine sofortige Intervention sei erforderlich gewesen, zumindest hätte man die erhobenen pathologischen Befunde durch weitere Untersuchungen verifizieren müssen.
(Im CTG wurde eine Bradycardie festgestellt, wobei jedoch unklar blieb, ob es sich tatsächlich um die Herzfrequenz des Kindes oder um jene der Mutter gehandelt hat. Das Mindeste wäre die Anlage einer Kopfschwartenelektrode beim Kind gewesen; besser noch die Abnahme von Kindsblut zwecks BGA.)
3. Arzt und Hebamme haben ausgeführt, dass eine Umlagerung der Mutter aus der Geburtswanne in ein Kreißbett aufgrund der ununterbrochenen Wehentätigkeit unmöglich gewesen sei; aus den Protokollen gehen jedoch lediglich „gute Wehentätigkeit“, später „regelmäßige Presswehen ohne Geburtsfortschritt“ hervor.

4. Die Mutter wurde weder vom Arzt noch von der Hebamme in geeigneter Weise darüber aufgeklärt, dass der Versuch einer Wannengeburt nicht länger vertretbar ist. Hierzu hätte eine deutliche Aufklärung über die erhobenen, höchst dramatischen Befunde sowie über die möglichen schwerwiegenden Folgen gehört. Während der Arzt sich in abstrakt-allgemeiner Art ausdrückte, die keine besondere Dringlichkeit oder gar Eile erkennen ließ, hat die Hebamme sich „hinter der Hierarchie versteckt“ und sich nicht für zuständig gehalten, die Ausführungen des Arztes zu ergänzen.

Aus diesen Feststellungen ergibt sich, dass Arzt und Hebamme gemeinsam den tragischen Ausgang nicht abgewendet haben; sie sind somit gemeinsam verantwortlich dafür, dass das Kind mit schwersten Hirnschäden aufgrund von während der Geburt erlittenem Sauerstoffmangel ein 100%iger Pflegefall ist.

Nebenbei ist auch erkennbar, dass die Einlassungen vor Gericht nicht durch die Dokumentation der Ereignisse in der Geburtsnacht gedeckt sind – soviel zum Thema „Wichtigkeit einer vollständigen und korrekten Dokumentation“.

Konkret besteht das Versagen von Arzt und Hebamme in der völlig mangelhaften Reaktion auf einen erkannten pathologischen Befund.

Übertragen auf eine rettungsdienstliche Alltagssituation kann man das in etwa vergleichen mit einem Patienten nach stumpfem Bauchtrauma, der trotz stärkster Schmerzen im linken Oberbauch, brettharter Bauchdecke und einer Schocksymptomatik (RR 70/30, HF 180) keine Infusion erhält, weil er sich gegen das Legen von Venenzugängen weigert, mit dem dann jedoch 20 Minuten lang diskutiert wird, bevor man ihn, inzwischen bewusstlos, in eine Klinik bringt. Trotz deutlicher Hinweise auf eine Milzruptur wird hier ein innerliches Verbluten in Kauf genommen und damit eine schwerwiegende Schädigung des Patienten riskiert.

Korrekterweise wurden Arzt und Hebamme (und im übrigen auch der Krankenträger) zur Zahlung von Schmerzensgeld und Schadenersatz verurteilt.

Zu II.

Die Vergleichbarkeit von Hebamme und Rettungsassistent wird in dem Dokument überhaupt nicht thematisiert. Dies kann zu falschen Schlüssen führen, denn neben dem Aufgabengebiet sind vor allem die Kompetenzen, d.h. die Rechte/Pflichten und Verantwortlichkeiten, dieser Berufsgruppen sehr unterschiedlich:

1. Die Hebamme (bzw. der Geburtshelfer als „Hebamme, männlich“) ist ausgebildet, „normale Geburten zu leiten“ (§ 5 Hebammengesetz HebG) und ist hinsichtlich der Geburtshilfe einem Arzt grundsätzlich gleichgestellt (§ 4(1) S.1 HebG). Mehr noch: der Arzt ist verpflichtet, bei einer Entbindung für das Hinzuziehen einer Hebamme zu sorgen (§ 4(1) S.2 HebG).
2. Dem gegenüber ist der Rettungsassistent (RettAss) gemäß § 3 RettAssG in erster Linie „Helfer des Arztes“ und lediglich berechtigt, bis zur Übernahme der Behandlung durch einen Arzt lebensrettende Maßnahmen durchzuführen.

Daraus ergibt sich, dass Hebamme und RettAss in ihrem jeweiligen Aufgabengebiet völlig unterschiedliche hierarchische Stellungen haben: während die Hebamme im Rahmen einer Geburt dem Arzt grundsätzlich gleichgestellt ist, ist der RettAss dem Arzt grundsätzlich untergeordnet.

Ein hierarchisches Über-/Unterstellungsverhältnis zwischen Arzt und Hebamme ist allenfalls indirekt normiert; es ergibt sich im Krankenhaus ggf. aus Regelungen des Arbeitgebers.

Das OLG Düsseldorf stellt in dem besagten Urteil in aller Deutlichkeit fest,

- dass die Hierarchie Arzt/Hebamme in dem Moment endet, „wenn die Hebamme aufgrund ihrer eigenen geburtshilflichen Ausbildung erkennen muss, dass das Vorgehen des Arztes vollkommen regelwidrig und unverständlich ist“ (Urteil OLG, Rn 96),
- dass die Hebamme „als ebenfalls verantwortliche Geburtshelferin“ tätig ist (Rn 107),
- dass die Hebamme in dieser Verantwortung tätig werden muss, wenn sie erkennt, dass das Untätigbleiben des Arztes über einen längeren Zeitraum gegen alle elementaren Regeln der Geburtshilfe verstößt. (Rn 107, 108).

Diese Feststellungen sind jedoch keinesfalls 1:1 auf den RettAss zu übertragen.

Vielmehr ist in nahezu allen Rettungsdienstgesetzen der Länder die Stellung des RettAss als Helfer des Arztes konkretisiert, dessen Entscheidungsbefugnis mit Hinzutreten eines Arztes endet. Damit dürfte eine Haftung des RettAss im Falle eines für ihn erkennbaren Behandlungsfehlers durch den Arzt per se nicht gegeben sein.

Zugegebenermaßen kann eine solche Mithaftung möglicherweise konstruiert werden, woraus sich einige grundlegende, jedoch bekannte, Handlungsempfehlungen ableiten lassen (dazu weiter unten).

Eine strafrechtliche Haftung des RettAss aus Garantenstellung, die in diesem Zusammenhang gern angeführt wird, kommt allerdings nicht in Betracht, denn diese erfordert, dass der RettAss für die Abwendung eines Schadens einzustehen hat. Genau das ist aber nach heutiger Rechtslage nicht gegeben, wenn ein Arzt die Behandlung des Patienten übernommen hat – jetzt hat nämlich der Arzt die Garantenstellung übernommen und eine Pflicht des RettAss, die Maßnahmen des Arztes zu überwachen oder ggf. zu korrigieren, ist nirgends normiert.

Richtigerweise stellt der Kommentator im angesprochenen Dokument fest, dass der RettAss „wahrscheinlich auf der sicheren Seite“ wäre, solange bei eigenständiger Handlung des RettAss ohne Zustimmung des anwesenden Arztes (oder gar entgegen dessen Anordnung) „alles gut geht“. Ebenso korrekt dürfte die Einschätzung sein, dass der RettAss chancenlos ist, wenn dabei etwas schiefgeht.

An dieser Stelle kann gar nicht laut genug betont werden, dass die Maßnahmenkompetenz nur solange beim Arzt liegt, wie dieser die Maßnahme auch selbst anordnet – für alles, was der RettAss eigenständig (also ohne oder gar gegen die Anordnung des Arztes) tut, trägt er selbst die Verantwortung. Es mag zwar der persönlichen Coolness eines RettAss dienen, einen Hämatothorax zu drainieren, aber er sollte sich auch bewusst sein, dass der Richter aufgrund von Gesetzen und ggf. Gutachten urteilt – ein „Freispruch wegen ausgeprägter Coolness“ ist in der juristischen Literatur bislang nicht beschrieben...

Für den RettAss ergeben sich folgende grundlegenden Handlungsanweisungen, die keinesfalls neu sind, von Zeit zu Zeit jedoch Erwähnung finden müssen, damit sie nicht in Vergessenheit geraten:

- Dein Job ist es, Helfer des Arztes zu sein. Auch wenn Du den Arzt für eine ausgemachte Flachzange hältst – er trägt die Verantwortung.
Wenn Du das nicht akzeptieren willst, geh zur Uni und werde selbst Arzt !
- Überlege vor jeder invasiven Maßnahme, ob sie wirklich notwendig ist – wenn etwas schief geht, wird Dich der Richter genau danach fragen.
- Denk an die Basics: Schocklage vor Infusion, stabile Seitenlage vor Intubation – wenn Du nachts nicht einschlafen kannst, zählst Du schließlich auch erstmal Schäfchen, bevor Du Dir eine Narkose machst... ☺
- Bevor Du eigenständig Medikamente gibst, denk dran: was drin ist, ist drin, und Medikamente ohne Nebenwirkungen haben meist auch keine Hauptwirkung !
- Der Einsatz eines Rettungswagens bedeutet nicht automatisch, dass der Patient auch einen Zugang benötigt. Auch nicht, wenn er den in der Notaufnahme sowieso bekommt. Erst recht nicht, wenn Du ihn nur legen willst, um in Übung zu bleiben.
- Die Reihenfolge ist: Befund – Verdachtsdiagnose – Therapie !
So wie Du Deine Verdachtsdiagnose mit den erhobenen Befunden begründest, so muss auch die Therapie Deiner Verdachtsdiagnose folgen, sonst nichts.
- Im Zweifel geh immer davon aus, dass jeder Patient gern zu etwas Geld kommen möchte und eine gute Rechtsschutzversicherung hat. Hast Du auch eine ?
- Die drei wichtigsten Maßnahmen im Rettungsdienst sind nicht Blaulicht, Martinshorn und Coolsein, sondern Dokumentation, Dokumentation und Dokumentation: dokumentiere alles, was Du siehst, hörst, fühlst, riechst oder misst, wenn es Dich zu einer Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme führt. Dokumentiere alles, was Du tust – und warum.
Ein Notfallprotokoll ist schneller beschlagnahmt als Du es ändern kannst !
- Steh zu Deinen Entscheidungen und Maßnahmen. Wenn Du das, was Du tust, sachgerecht gegenüber Dir selbst begründen kannst, kannst Du es auch gegenüber dem Richter.
- Ein wirklich guter RettAss zeichnet sich dadurch aus, dass er seine Patienten ohne invasive Maßnahmen stabilisiert, wann immer das möglich ist. Wer mit der Anzahl gelegter Zugänge, Intubationen, Thoraxdrainagen, eigenständiger Medikamentengabe etc. herumprotzt, hat Wesentliches nicht verstanden.