



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

# RECHTLICHE BETRACHTUNG ZUR LENKUNG VON (NOTFALL-)PATIENTEN 2. SMED USER-CONFERENCE BERLIN, 15. UND 16.05.2024

DR. JAN-PETER SPIEGEL  
RECHTSANWALT (SYNDIKUSRECHTSANWALT), FACHANWALT FÜR MEDIZINRECHT



➤ **PROBLEMAUFRISS**

➤ **GESETZLICHE VORGABEN ZUR ERSTEINSCHÄTZUNG**

➤ **AUSWIRKUNGEN VON G-BA-RICHTLINIEN  
AUF DEN BEHANDLUNGSSTANDARD**

➤ **ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK**



## ➤ PROBLEMAUFRISS

### ➤ GESETZLICHE VORGABEN ZUR ERSTEINSCHÄTZUNG

### ➤ AUSWIRKUNGEN VON G-BA-RICHTLINIEN AUF DEN BEHANDLUNGSSTANDARD

### ➤ ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK



# Situation in der Notaufnahme vor Weiterleitungsentscheidung



➤ **PROBLEMAUFRISS**

➤ **GESETZLICHE VORGABEN ZUR ERSTEINSCHÄTZUNG**

➤ **AUSWIRKUNGEN VON G-BA-RICHTLINIEN  
AUF DEN BEHANDLUNGSSTANDARD**

➤ **ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK**



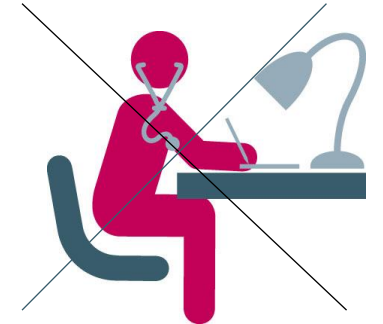
## Wortlaut des § 120 Abs. 3b SGB V

„Der **Gemeinsame Bundesausschuss beschließt** bis zum 30. Juni 2023 eine **Richtlinie**, die Vorgaben zur Durchführung einer **qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung** des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet. Die nach § 136c Absatz 4 beschlossenen Festlegungen sind zu berücksichtigen. Dabei ist **auch das Nähere vorzugeben**

- 1. zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt,**
- 2. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,**
- 3. zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,**
- 4. zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 vorliegt,**
- 5. zur Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 und**
- 6. zu Übergangsfristen für die Umsetzung der Richtlinie, soweit diese für eine rechtzeitige Integration der Richtlinie in die organisatorischen Abläufe der Krankenhäuser erforderlich sind. [...]**“

## Wortlaut des § 120 Abs. 3b SGB V

- › § 120 Abs. 3b Satz 3 Nr. 1 SGB V (Vorgaben zur „*Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt*“)  
➔ Ersteinschätzung muss nicht von ärztlichem Personal vorgenommen werden
- › § 120 Abs. 3b SGB V enthält keine Vorgabe, dass Ergebnis der Ersteinschätzung immer ärztlich überprüft werden muss
- › Anderenfalls wäre § 120 Abs. 3b Satz 3 Nr. 2 SGB V (G-BA erlässt „*nähere **Vorgaben zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs***“) überflüssig



# Gesetzsystematik

§ 76 Abs. 1 Satz SGB V:

„Andere Ärzte [als Vertragsärzte] dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.“



- › Außerhalb von Notfällen grundsätzlich kein Anspruch auf ärztliche ambulante Behandlung durch Krankenhäuser
- › Krankenhäuser dürfen keine Leistungen für Nicht-Notfälle erbringen
- › Weiterleitung von Nicht-Notfällen in vertragsärztliche Versorgung *rechtlich* zwingend
- › Keine Regelung, dass Facharzt-Einbindung vor Weiterleitung eines Nicht-Notfalls obligatorisch ist





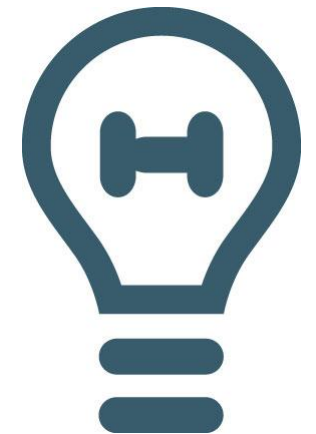
## BSG-Rechtsprechung

BMG im Beanstandungsbescheid Ersteinschätzungs-RL:

- › Nach BSG (Urt. v. 01.02.1995, 6 RKa9/94 – juris) muss bei jeder Person, die sich subjektiv für einen Notfall hält, ein Arzt zur Abklärung herangezogen werden
- › Aber:
  - › Frage war im BSG-Fall nicht entscheidungserheblich
  - › Ging darum, ob Vergütungsanspruch besteht, wenn nach ärztlicher Abklärung Notfall (-)
- › Aussage im Urteil nicht näher begründet
- › Entscheidung fast 30 Jahre alt ➔ § 120 Abs. 3b SGB V nicht berücksichtigt



Bundessozialgericht



## Nicht umgesetzter Änderungsantrag 2022

- › Nach Kabinettsentwurf zum GKV-FinStabG (BT-Drs. 20/3448, 39) sollte § 120 Abs. 3b Satz 3 Nr. 2 SGB V folgendermaßen gefasst werden:

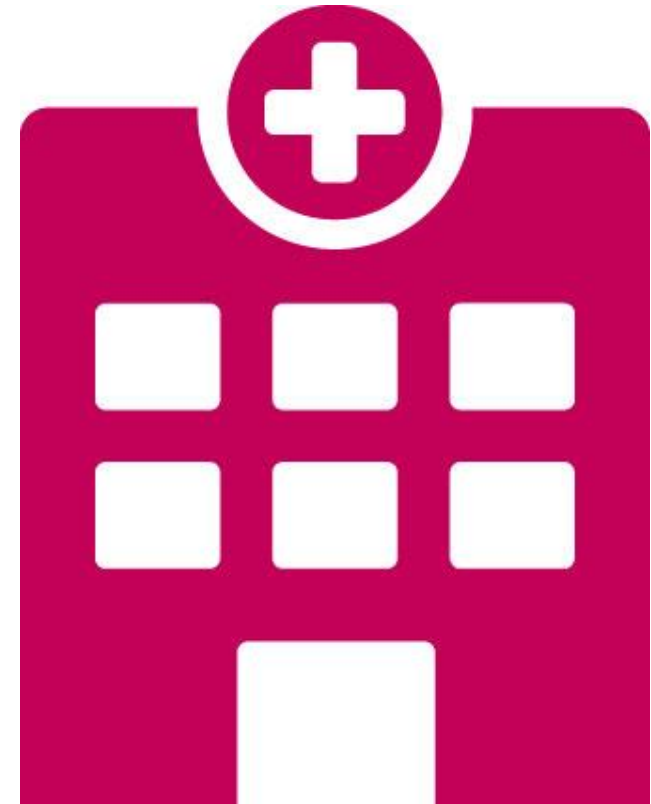
*„2. zur **Einbeziehung ärztlichen Personals** in den Fällen, in denen das **nichtärztliche medizinische Personal** zu einer **abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist**“*

- › Begründung (BT-Drs. 20/3448, S. 39):

*„Es handelt sich um eine Klarstellung der gesetzgeberischen Intention. Das **medizinische Personal** wird bereits nach der Nummer 1 dazu berechtigt, eine Entscheidung im Sinne der Richtlinie nach Satz 1 mit dem Ziel einer **Steuerung in die medizinisch gebotene Versorgungsebene zu treffen**. Dieses bedarf keiner ärztlichen Überprüfung. Die Einbeziehung des ärztlichen Personals ist erst dann erforderlich, wenn das **nichtärztliche medizinische Personal** zu einer **abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist**. Hierzu hat der G-BA in der Richtlinie Vorgaben zu machen.“* [Hervorh. nur hier]

## Exkurs: Landeskrankenhausgesetze

- › Manche Landeskrankenhausgesetze schreiben (teilweise qualifizierte und standardisierte) Ersteinschätzung von Notfällen vor:
  - › § 2 Abs. 1 Satz 3 LKHGG NRW
  - › § 27 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 LKG Berlin
  
- › Teilweise Regelungen mit der Verpflichtung zur medizinischen Erstversorgung von *Notfällen* (z.B. § 33 Abs. 1 Satz 2 KHG RLP, § 27 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 LKG Berlin, § 3 Abs. 3 LKH LSA, § 27 Abs. 2 Satz 2 LKH SH)
  
- › aber:
  - keine Vorgaben zur Einbeziehung von *Ärzten* in die Ersteinschätzung
  - Erstversorgung von Notfällen setzt dringende Behandlungsbedürftigkeit voraus ➔ Ersteinschätzung medizinischer *Versorgung* vorgelagert



➤ **PROBLEMAUFRISS**

➤ **GESETZLICHE VORGABEN ZUR ERSTEINSCHÄTZUNG**

➤ **AUSWIRKUNGEN VON G-BA-RICHTLINIEN  
AUF DEN BEHANDLUNGSSTANDARD**

➤ **ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK**



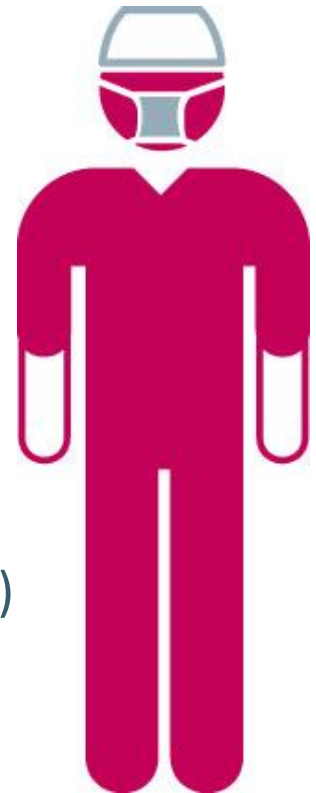
# Arzthaftung - geschuldeter Behandlungsstandard

- › Zivilrecht – § 630a Abs. 2 SGB V:

„Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, **allgemein anerkannten fachlichen Standards** zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“

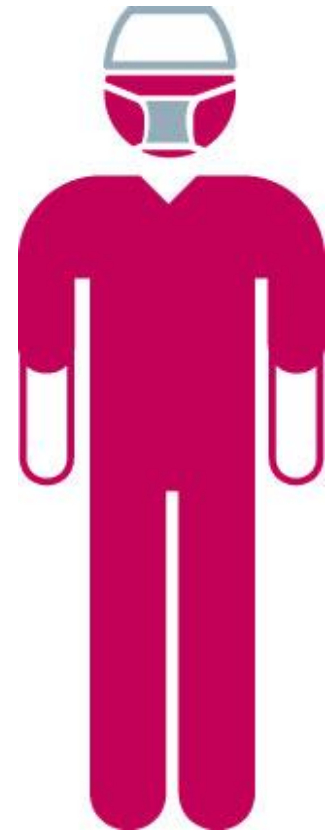


- › Fachlicher Standard = Konkretisierung der „verkehrsüblichen Sorgfalt“ (§ 276 Abs. 2 BGB)
- › Vertraglicher Sorgfaltsmaßstab auch für deliktische Haftung maßgeblich
- › Fachlicher Standard kann gesetzlich vorgegeben werden
- › Mit Hilfesuchendem in Notaufnahme kommt Behandlungsvertrag zustande, kein vorvertraglicher Zustand → vertragliche Haftung greift bei Ersteinschätzung
- › Ärztliche Aufklärungspflichten?
  - Risikoaufklärung (-) Ersteinschätzung kein (mit gesundheitlichen Risiken) verbundener Eingriff, sondern Vorfeldmaßnahme



## Arzthaftung - geschuldeter Behandlungsstandard

- Keine unterlassene therapeutische Aufklärung (Arzt hat versäumt, Patienten auf Therapiemöglichkeiten hinzuweisen) → erfordert therapeutische Tätigkeit des Arztes
  - Hier (-)
    - Ersteinschätzung dient Abklärung der sofortigen Behandlungsbedürftigkeit und der Leistungsberechtigung des Krankenhauses)
    - Ohne Notfall darf KH nicht ambulant tätig werden
    - Vor Beginn der eigentlichen Behandlung keine therapeutische Aufklärung
- › Daneben (unabhängig von Vertragsverhältnis) Deliktshaftung gemäß §§ 823 Abs. 1, Abs. 2 BGB



# Arzthaftung - geschuldeter Behandlungsstandard

- › Gesetzliches Krankenversicherungsrecht – § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V:

*„Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“*

- › Einfluss sozialrechtlicher Vorgaben auf fachlichen Standard?
  - › Wirtschaftlichkeitsgebot ➔ nicht endgültig geklärt / nach hM (+):  
Sorgfaltsanforderungen von Sozialrecht und ökonomischen Erwägungen beeinflusst
- › Bildung des Behandlungsstandards grds. durch Leitlinien der Fachgesellschaften:
  - › Können aber nicht unbesehen übernommen werden
  - › Richtschnur für den Einzelfall
- › Sozialrechtliche Vorgaben für Leistungsstandard durch G-BA konkretisiert

**Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)**

SGB 5

Ausfertigungsdatum: 20.12.1988

Vollzitat:

"Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408) geändert worden ist"

**Stand:** Zuletzt geändert durch Art. 5b G v. 22.12.2023 I Nr. 408

**Fußnote**

(+++ Textnachweis ab: 1.1.1989 +++)

(+++ Amtlicher Hinweis des Normgebers auf EG-Recht:

Umsetzung der

EURL 24/2011 (CELEX Nr: 32011L0024)

EURL 52/2012 (CELEX Nr: 32012L0052) vgl. G v. 16.7.2015 I 1211 +++)



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## Bedeutung von G-BA-Richtlinien

- › G-BA-Richtlinien nach § 91 Abs. 6 SGB V verbindlich:
  - › untergesetzliche Normen
  - › von Gerichten zu beachten
- › BGH (Beschl. v. 28.03.2008 – Az. VI ZR 57/07 – Rn. 4, juris):
  - › G-BA-Richtlinien definieren Behandlungsstandard
  - › Enthalten als Rechtsnormen für das Haftungsrecht zwingende Vorgaben

*„Leitlinien von ärztlichen Fachgremien oder Verbänden können (im Gegensatz zu den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen) nicht unbesehen mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden.“* [Hervorhebungen nur hier]



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**



**BUNDESGERICHTSHOF**

**BESCHLUSS**

VI ZR 57/07

vom

28. März 2008

in dem Rechtsstreit



## Bedeutung von G-BA-Richtlinien

- › G-BA definiert Behandlungsstandard und kann Sorgfalsmaßstab verschieben → falls in Ersteinschätzungs-RL vor Weiterleitung keine zwingende Arzteinbindung vorgesehen: normkonformes Verhalten nicht sorgfaltswidrig
- › Bei Einhaltung der sonstigen Sorgfaltsanforderungen (z.B. ordnungsgemäße Auswahl und Überwachung des Personals) kein Haftungsrisiko → arztlose Steuerung von Nicht-Notfällen in die ambulante Versorgung rechtlich grundsätzlich gestaltbar
- › Achtung! Krankenhaus *darf* auch ohne rechtliche Verpflichtung ärztliches Personal einbinden

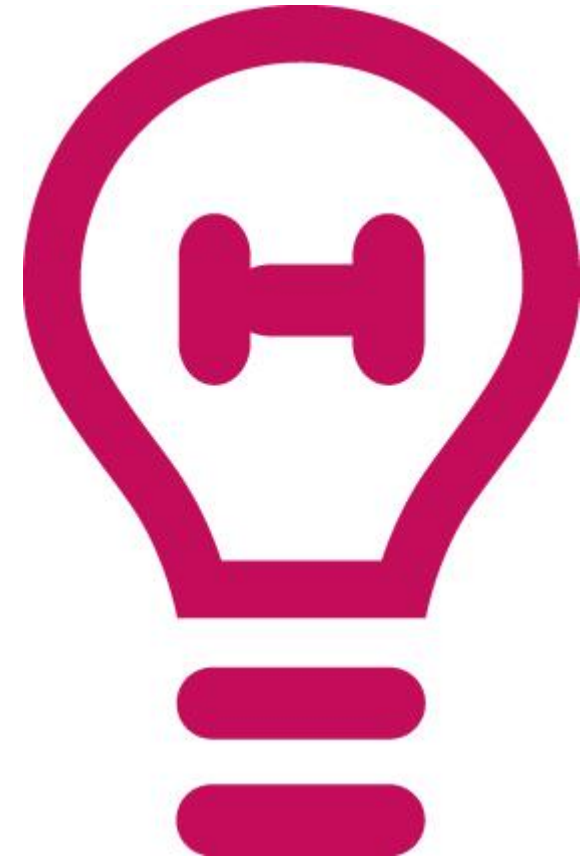


**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**



## Situation ohne G-BA-RL

- › § 120 Abs. 3b SGB V spricht auch *ohne* RL gegen generelle Verpflichtung zum Einsatz eines Arztes in der Ersteinschätzung
- › Aber: EBM-Abklärungspauschale (GOP 01205 und 01207) nur mit Arzt-Patientenkontakt abrechenbar → Indiz für Notwendigkeit der Einbindung eines Arztes oder lediglich Abrechnungsvoraussetzung?
- › Relevante Kriterien für Beachtung des geschuldeten Sorgfaltsmaßstabs:
  - › Qualifikation der eingesetzten Ersteinschätzungskraft
  - › Qualität und Validität des vom Krankenhaus entwickelten Ersteinschätzungsprozesses und der ggf. eingesetzten Software (z.B. vorgeschalteter Einsatz von MTS/ESI)



## Situation ohne G-BA-RL

- › Orientierung an Kriterien des § 120 Abs. 3b SGB V sinnvoll
- › Wohin wird der Patient gesteuert? KV-Notdienstpraxis? Kooperationspraxis? Verabschiedung ohne Termin beim Vertragsarzt?
  
- › **Aber:**
  - Keine Berufung auf Bestimmungen einer G-BA-RL möglich
  - Stärkere ärztliche Einbindung geboten als bei G-BA-RL ohne generelle ärztliche Prüfungspflicht
  - Im Zweifel ärztliche Prüfung des Ergebnisses des Ersteinschätzungsverfahrens vor Weiterleitung in die ambulante Versorgung



➤ **PROBLEMAUFRISS**

➤ **GESETZLICHE VORGABEN ZUR ERSTEINSCHÄTZUNG**

➤ **AUSWIRKUNGEN VON G-BA-RICHTLINIEN  
AUF DEN BEHANDLUNGSSTANDARD**

➤ **ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK**



# Zusammenfassung

- › Keine zivil- oder sozialrechtliche Norm zur zwingenden ärztlichen Sichtung jedes ambulanten Patienten im Krankenhaus
- › § 120 Abs. 3b SGB V und Gesetzessystematik sprechen gegen generelle ärztliche Einbindungspflicht
- › Situation **mit G-BA-RL** (unterstellt: ohne Verpflichtung zur regelhaften Einbindung von Ärzten):
  - › G-BA-RL definiert zivilrechtlichen Behandlungsstandard
  - › Kein Haftungsrisiko bei RL-konformen Verhalten
    - ➔ Rechtssicherheit für Krankenhäuser
  - › Vorteil: Ressource Arzt kann anderweitig eingesetzt werden
  - › Aber: Sonstige Sorgfaltsanforderungen müssen beachtet werden



# Zusammenfassung

- › Situation **ohne G-BA-RL**:
  - › Verantwortung über ärztliche Einbindung in die Ersteinschätzung obliegt Krankenhaus
  - › Maßgeblich für Haftungsrisiko:
    - Angewandter Prozess (z.B. vorgelagerte Triage nach MTS/ESI zur Bestimmung eindeutiger Notfälle)
    - Qualifikation des eingesetzten nichtärztlichen Personals
    - Eingesetzte Software etc.
    - Art und Weise der Weiterleitung
  - › Nichteinbeziehung eines Arztes in die Weiterleitungsentscheidung aber risikoreicher als bei G-BA-RL mit entsprechender Befugnisnorm



# Ausblick

- › Gesetzgeberische Aktivitäten? → BMG-Eckpunktepapier zur Notfallreform vom 16.01.2024, Ziff. 3.5:

*„Wenn innerhalb der Sprechstundenzeiten in den vertragsärztlichen Praxen eine Notdienstpraxis nicht geöffnet hat, soll die notdienstliche Akutversorgung auch durch eng an das INZ bzw. KINZ angebundene Kooperationspraxen abgedeckt werden. [...] **Allein auf der Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens soll eine Weiterleitung in die Kooperationspraxen nur in engen Ausnahmen ermöglicht werden.**“*

- › Zukunft und Inhalt der beanstandeten G-BA-Ersteinschätzungs-RL? → nach Ziff. 3.8 des Eckpunktepapiers keine Streichung, sondern Anpassung des § 120 Abs. 3b SGB V an die neuen gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen

BMG 16. Januar 2024

## Eckpunkte Reform der Notfallversorgung

Eine wesentliche Aufgabe unseres Gesundheitssystems ist die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Akut- und Notfallversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens. Die drei Versorgungsbereiche - vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste - müssen aber stärker aufeinander abgestimmt und vernetzt werden, um eine bedarfsgerechte Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sicherzustellen. Zur optimalen Ressourcennutzung muss auch klargestellt werden, dass sich eine Behandlung in den Strukturen des Notdienstes auf die kurzfristig notwendigen medizinischen Maßnahmen zu beschränken hat (medizinisch notwendige Erstversorgung) und dass der Weg in die ambulante Regelversorgung auch in Akutfällen - wenn möglich - immer vorzugswürdig ist. Aus diesem Grund werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Verbesserte Patientensteuerung durch Ausbau und Stärkung der Terminservicestellen und deren Vernetzung mit den Rettungsleitstellen
- Stärkung der bundesweit einheitlichen notdienstlichen Akutversorgung der KVen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages
- Einrichtung integrierter Notfallzentren (INZ) und integrierter Kindernotfallzentren (KINZ) als sektorenübergreifende Behandlungsstruktur

Ausgehend von diesen Prämissen umfasst die Reform der Notfallversorgung in einer ersten von zwei Gesetzesinitiativen folgende Maßnahmen:



## Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)

Vom 6. Juli 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 6. Juli 2023 folgende Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie) beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)“

Beschluss wurde durch das BMG beanstandet

***Wir sind  
für Sie nah.***

[rettet-die-praxen.de](https://rettet-die-praxen.de)



VIELEN DANK!

