

Dorothea Maria Tachezy

## Mutmaßliche Einwilligung und Notkompetenz in der präklinischen Notfallmedizin

Rechtfertigungsfragen und Haftungsfolgen  
im Notarzt- und Rettungsdienst



# Erster Teil: Strafrechtliche Rechtfertigungsprobleme und Haftungsfolgen im Notarztdienst

## A. Einleitung

Necessitas non habet legem – Not kennt kein Gebot. Mag dieser Satz im kanonischen Recht noch Allgemeingültigkeit beansprucht haben und auch in neuerer Zeit<sup>1</sup> für das Miteinander in einer Gesellschaft noch Bedeutung besitzen, gilt er jedoch keinesfalls für den medizinischen Notfall<sup>2</sup>. So haben der Arzt und alle ihm zur Seite gestellten Helfer auch in Notfallsituationen die grundrechtlichen Vorgaben einerseits der Patientenautonomie und andererseits des Lebensschutzes sowie ferner des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 1 i.V.m. Artt. 2 I, 2 II 1 GG und die zum Schutz dieser Grundrechte auch im unmittelbaren Verhältnis der Bürger untereinander aufgestellten strafrechtlichen Vorgaben für Eingriffe in die körperliche Integrität des Patienten zu beachten. Bei einem Verstoß gegen diese Gebote drohen dem Arzt ebenso wie seinen Helfern strafrechtliche Sanktionen sowie die zivilrechtliche<sup>3</sup> Haftung für die dem Patienten entstandenen Schäden. Hierbei sind Konflikte angelegt, da Arzt und Rettungsdienstpersonal innerhalb dieser Grenzen eine Pflicht zur Hilfeleistung trifft.

Schwierigkeiten treten in der Notfallmedizin gerade deshalb auf, weil oftmals der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann und die Zeit knapp ist, d.h. Sekunden über das Leben eines Patienten entscheiden können<sup>4</sup>. Hier stellt sich

---

<sup>1</sup> Vgl. *Kant*, *Metaphysik der Sitten*, S. 343.

<sup>2</sup> *Deutsch/Spickhoff*, *MedR*, Rn. 654.

<sup>3</sup> Dies ist strittig; nach anderer Ansicht ist in Bezug auf den Notarzt stattdessen Staatsstrafrecht einschlägig, vgl. *Fehn/Lerchleuthner*, *MedR* 2000, 114 (116 ff.), dazu im Ersten Teil S. 170 ff.

<sup>4</sup> Besonders eindrucksvoll lässt sich dies bei einem Patienten mit einem Herz-Kreislaufstillstand nachweisen: Wird hier ein Kammerflimmern, d.h. eine Herzrhythmusstörung infolge einer heteropen (d.h. von verschiedenen Orten herrührenden) Erregungsbildungsstörung, die durch hochfrequente, arrhythmische Flimmerwellen (300-5.000 pro Minute) ohne effektive Kammerkontraktion (sog. funktioneller Herz-Kreislaufstillstand) – *Psyhyrembel*, *Medizinisches Wörterbuch*, Stichwort „Kammerflimmern“, S. 792; *Gorgaß/Ahnefeld/Rossi*, *Rettungsassistent und Rettungssanitäter*, S. 297 – und keine Asystolie, d.h. ein Herz-Kreislaufstillstand, weil die elektrische Reizbildung/Weiterleitung gänzlich ausfällt – *Gorgaß/Ahnefeld/Rossi*, *Rettungsassistent und Rettungssanitäter*, S. 287 – diagnostiziert, so ist die Therapie der Wahl die sofortige Reanimation des Patienten unter Gabe von Adrenalin und schnellstmöglicher Defibrillation, *Wierig/Elich/Gliwitsky*, in: *Trübenbach/Enkel/Lipp*, *Lehrbuch für präklinische Notfallmedizin (LPN)* 1, S. 205. Seine Überlebenschancen sind grundsätzlich besser als die des Patienten mit einer Asystolie. Sie sinken allerdings mit jeder Minute, die ohne die einzig rettende Defibrillation vergeht, um 7-10%, vgl. *Schneider/*

die Frage, ob und in welchem Umfang der Arzt von einer (mutmaßlichen) Einwilligung des Patienten in die Behandlung ausgehen darf und gegebenenfalls nach welchen Kriterien die Entscheidung hierüber zu treffen ist.

Aber auch die Kehrseite der beschriebenen Situation ist zu betrachten: Ein Rettungsteam mag seit mehr als einer Stunde um das Leben eines reanimationspflichtigen<sup>5</sup> Patienten kämpfen. Dessen Gehirn wird dann zwar – eine effektive cardio-pulmonale Reanimation vorausgesetzt – momentan mit dem lebenswichtigen Sauerstoff versorgt. Niemand weiß aber, wie lange vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes und des Notarztes das Herz schon aufgehört hat zu schlagen. Auch Medikamente und Defibrillation zeigen bisher keine Wirkung. Kann hier die Behandlung abgebrochen werden? Auf welchem Wege ist eine Entscheidung zu finden? Wie ist dieser Behandlungsabbruch – mag er sich als Tun oder als Unterlassen darstellen – zu rechtfertigen? Und schließlich: Wer ist zu dieser Entscheidung berufen?

Gerade unter dem Gesichtspunkt des Zeitdrucks ergeben sich in beiden beschriebenen Konstellationen weitere Konflikte: So trifft in vielen Fällen der Notarzt nicht zeitgleich mit dem Rettungswagen bei dem erkrankten oder verunglückten Menschen ein, sondern kommt später oder muss vom Rettungsteam erst nachalarmiert werden. Hier stellt sich die Frage, ob der Rettungsdienst in dieser Situation bereits ärztliche Maßnahmen treffen darf oder sogar muss, bevor der Notarzt eintrifft<sup>6</sup>. Diese sog. „Notkompetenz“ wird zwar im Grundsatz kaum mehr bestritten, jedoch ist fraglich, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen das Handeln des Rettungsdienstes rechtmäßig ist.

Die Bundesärztekammer hat für die Fälle, in denen in einer für den Patienten lebensbedrohlichen Situation nur der Rettungsdienst, aber kein Notarzt verfügbar ist, dem Patienten jedoch schnellstens geholfen werden muss, eine Stellungnahme über die Notkompetenz herausgegeben<sup>7</sup>. Sie legt fest, unter welchen Umständen Rettungsassistenten (ärztliche) invasive Maßnahmen ergreifen dürfen. Diese Stellungnahme wird in Bezug auf ihre Rechtsnatur, ihre Rechtmäßigkeit und ihre daraus resultierende Verbindlichkeit in der notfallmedizinischen, aber

---

*Wolcke/Liebrich/Kanz/Dick*, Der Anästhesist 47 (1998), 320; *American Heart association*, Textbook of advanced cardiac life support, Dallas 1992.

<sup>5</sup> Ein Patient ist reanimationspflichtig, wenn er einen Herz-Kreislaufstillstand erlitten hat, der jedoch noch nicht so lange zurückliegt, dass man vom endgültigen Tod des Patienten ausgehen kann. Ein Herz-Kreislaufstillstand definiert sich als Ausfall der Pumptätigkeit des Herzens zusammen mit einem Ausfall der Atmung und des Bewusstseins. Vom sicheren Tod des Patienten wird ausgegangen, wenn er in Leichenstarre verfallen ist und/oder Leichenflecken aufweist, vgl. *Püschell/Miltner*, in: *Lipp/ Domres*, LPN 4, S. 90. In allen anderen Fällen ist die sofortige Reanimation indiziert.

<sup>6</sup> Z.B. den Patienten schnellstmöglich defibrillieren und mit Medikamenten versorgen, vgl. Fn. 3.

<sup>7</sup> Veröffentlicht in MedR 1993, 42.

auch in der juristischen Literatur kontrovers diskutiert<sup>8</sup>, da sie in der Praxis eine erheblich unterschiedliche Interpretation erfahren hat<sup>9</sup>. So sind in Zusammenarbeit mit den örtlichen Notärzten die Richtlinien von den Trägern unterschiedlicher Rettungsdienste in unterschiedlichen Grenzen umgesetzt worden, die – unabhängig vom Vertrauen, das in das örtliche nichtärztliche Rettungspersonal gesetzt wird und der persönlichen Auffassung – in der Praxis letztlich auch zu regionalen Unterschieden im Niveau der Patientenversorgung führen. Insbesondere hinsichtlich der Reichweite der Kompetenzen sowie der Hilfspflichten und deren jeweiligen Grenzen herrscht unter den nichtärztlichen Mitarbeitern der Rettungsdienste erhebliche Unsicherheit. Viele Rettungsassistenten und -sanitäter vermuten sich in der täglichen Arbeit stets mit einem Bein im Gefängnis, da es – quasi als Tiefpunkt des Meinungsstreits<sup>10</sup> – auch Stimmen in der Literatur gibt, die der Auffassung sind, dass der Rettungssanitäter, der am Notfallort nichts tut, sich wegen unterlassener Hilfeleistung bzw. wegen Körperverletzung oder gar Totschlags durch Unterlassen, §§ 223, 212, 13 StGB, strafbar macht<sup>11</sup>. Ergreift er dagegen Maßnahmen, die dem Arzt vorbehalten sind, begeht er je nach den Umständen eine fahrlässige Körperverletzung oder Tötung durch aktives Handeln, verstößt gegen den Arztvorbehalt des Heilpraktikergesetzes (HpG)<sup>12</sup> und riskiert es, zivilrechtlich in Anspruch genommen zu werden<sup>13</sup>.

Dass dies die Handlungs- und Entscheidungsfreudigkeit der Rettungsdienstmitarbeiter lähmt und daher für die Aufgabe des Rettungsdienstes, schnelle und kompetente Hilfe zu leisten, mehr als kontraproduktiv ist und somit kaum dem Patientenwohl dient, ist evident.

Die vorliegende Arbeit will einen Überblick über die soeben aufgeworfenen Rechtsfragen im Notarzt- und Rettungsdienst geben und den Versuch unternehmen, diese einer rechtlich zulässigen und in der Praxis handhabbaren Lösung zuzuführen.

---

8 Vgl. *BÄK*, MedR 1993, 42; *Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands*, Notarzt 1994, 54 f.; *Lippert/Weissauer*, Rn. 353 einerseits, Stellungnahme des Bundesverbandes für den Rettungsdienst zit. nach *Spengler*, Rettungsmagazin 2000, 38; *Brose*, in: *Roxin*, MedizinstrafR, 2. Aufl., S. 84 andererseits.

9 Vgl. dazu die Stellungnahme der Hilfsorganisationen zit. nach *Knapp*, in: *Lipp/ Domres*, LPN 4, S. 81.

<sup>10</sup> *Boll*, Kompetenzüberschreitungen, S. 1.

<sup>11</sup> Vgl. die Nachweise bei *Lippert*, Notfallmedizin 1981, 207.

<sup>12</sup> Gesetz über die Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung v. 17.2.1939, RGBl. I, S. 249 (im Folgenden HpG).

<sup>13</sup> *Lippert*, Notfallmedizin 1981, 207.