

Rechtsgrundlagen / Versicherungen

I. Grundsätzliches – Straf- und Zivilrecht

In einem so hochgradig verrechtlichten Gemeinwesen wie der Bundesrepublik Deutschland wird jeder Bürger auf Schritt und Tritt mit Rechtsnormen konfrontiert. Dies gilt auch und insbesondere für den Helfer im Sanitäts- und Rettungsdienst. Zum einen besteht immer die Gefahr, sich durch Verstoß gegen gesetzliche Regelungen strafbar zu machen, zum anderen droht die zivilrechtliche Schadenersatzpflicht.

Strafbar macht sich, wer einen der vor allem im Strafgesetzbuch normierten **Straftatbestände** erfüllt. Im **Strafrecht** geht es um das Verhältnis zwischen Bürger und Staat: der Staat stellt Ge- und Verbote auf und sanktioniert eine Zuwiderhandlung des Bürgers mit **Geld-** oder **Freiheitsstrafe**. Entsprechend hoch sind die Anforderungen, die an die Erfüllung eines solchen Tatbestandes geknüpft werden. Beispielsweise sind viele Taten nur dann strafbar, wenn sie **vorsätzlich**, also gewissermaßen absichtlich, begangen werden, im Gegensatz zur rein **fahrlässigen** (versehentlichen) Begehung. Neben dem Strafrecht steht noch das **Ordnungswidrigkeitenrecht**, das bspw. im Straßenverkehr von erheblicher Bedeutung ist. Ordnungswidrigkeiten sind Verstöße gegen gesetzliche Regelungen, die von ihrer geringen Bedeutung her keiner Strafverfolgung bedürfen. Stattdessen wird – von der Verwaltung – ein Bußgeld festgesetzt.

Im **Zivilrecht** hingegen geht es um das Verhältnis der Bürger untereinander, bspw. das Vertrags-, Familien- und Erbrecht. Hier ist auch das Schadenersatzrecht angesiedelt. Zum Schadenersatz ist jeder verpflichtet, der ein Rechtsgut (Gesundheit, Eigentum, Ehre, ...) eines anderen verletzt. Der Schadenersatz besteht zumeist in der Verpflichtung zur **Wiederherstellung des vorherigen Zustands**, oder, soweit dies nicht möglich ist, zur Zahlung einer entsprechenden **Geldsumme** als Entschädigung. Die Voraussetzungen, die hier im Verhältnis Bürger gegenüber Bürger für das Entstehen eines Schadenersatzanspruchs gelten, sind sehr viel niedriger als im Strafrecht: so genügt regelmäßig auch **leichteste Fahrlässigkeit**.

Strafrechtliche Folgen und zivilrechtliche Ansprüche kommen **unabhängig** voneinander zum Tragen. Wer sich strafbar gemacht hat, schuldet allerdings immer auch Schadenersatz. Umgekehrt kann man aber Schadenersatz schulden, ohne sich strafbar gemacht zu haben.

*Beispiel 1: Der Sanitäter S stößt in der Wohnung des P versehentlich eine Vase zu Boden. Diese zerbricht. — Strafrechtlich – wegen Sachbeschädigung – kann S nicht belangt werden, da nur **vorsätzliche** Sachbeschädigung strafbar ist. Dennoch bleibt S verpflichtet, dem P die Vase zu ersetzen: entweder, indem er ihm eine identische Vase zur Verfügung stellt oder, wenn er das nicht kann, den Wert der Vase in Geld ersetzt (**Schadenersatz** für Verletzung des Eigentums).*

*Beispiel 2: Durch das Zerschlagen der Vase nervös geworden, entgleitet dem S auf der Treppe der Griff des Tragetuchs, auf dem P liegt. Dieser bekommt auf höchst unsanfte Weise Bodenkontakt mit einer Stufe. — Im Gegensatz zur Sachbeschädigung ist bei der Körperverletzung auch fahrlässiges Handeln strafbar; S hat sich hier also wegen **fahrlässiger Körperverletzung** strafbar gemacht, was zu einer an den Staat zahlbaren Geld- oder einer im Gefängnis zu verbüßenden Freiheitsstrafe führen kann. Außerdem schuldet er dem P Schadenersatz, nämlich die Bezahlung der Kosten für die eventuell aufgrund des Sturzes erforderliche ärztliche Heilbehandlung (**Schadenersatz** für Verletzung der Gesundheit) sowie **Schmerzensgeld**.*

II. Zivilrechtliche Haftung und Versicherungen

Den Risiken der zivilrechtlichen Haftung wird in der Praxis häufig mit **Versicherungen** begegnet. Haftpflichtversicherungen übernehmen anstelle des Schadenersatzpflichtigen die Zahlung (wobei Fälle von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit im allgemeinen ausgeschlossen werden).

Auch die JUH verfügt über eine solche **Vereinshaftpflichtversicherung**. Diese Versicherung stellt – abgesehen von einigen hier irrelevanten Ausnahmen – **jeden** (egal, ob haupt- oder ehrenamtlich, egal, ob JUH-Mitglied oder nicht), der für die und im offiziellen Auftrag der JUH tätig wird (egal welcher Art: Sanitäts- und Rettungsdienst, Jugendarbeit und Ausbildung, etc.), von **allen Schadenersatzansprüchen** frei, das heißt, sie zahlt anstelle des Betroffenen. Neben diversen anderen Versicherungen besteht übrigens für alle Mitglieder der JUH auch eine **Unfallversicherung**, die bei bleibenden Schäden, Invalidität oder Tod bis zu einer Höchstsumme Zahlungen an den Betroffenen (bzw. die Erben) leistet.

III. Strafrechtlich relevante Fallkonstellationen

Gegen die strafrechtlichen Folgen seines Handelns kann man sich allerdings nicht versichern. In obigen Beispielen würde beide Male die Versicherung die Schadenersatzansprüche des P an S für diesen regulieren; im Beispiel 2 müßte S aber, wenn er verurteilt würde, seine Geldstrafe bezahlen oder die Freiheitsstrafe absitzen.

Dabei ergeben sich für uns im Rettungs- und Sanitätsdienst einige spezifische Fallkonstellationen, in denen wir bei unserem Handeln die strafrechtlichen Gegebenheiten besonders berücksichtigen müssen.

1. **Hilfspflicht – Unterlassung der Hilfeleistung**

Wie sicherlich bereits aus dem Erste-Hilfe-Kurs bekannt, gibt es in Deutschland nicht nur eine moralische Verpflichtung, anderen Menschen in Not zu helfen, sondern auch eine rechtliche: die **unterlassene Hilfeleistung** in Unglücksfällen ist nach § 323c StGB mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldbuße bedroht. Ein Unglücksfall nach dieser Vorschrift liegt dann vor, wenn bspw. Gesundheit oder Leben des Betroffenen erheblich gefährdet werden. In diesem Fall ist jedermann verpflichtet, nach besten Kräften zu helfen.

An das Personal auf einem Sanitätsdienst oder im Rettungsdienst, das eine vertragliche Verpflichtung der JUH erfüllt, für die sanitäts- bzw. rettungsdienstliche Betreuung einer Veranstaltung oder ganz allgemein der Bevölkerung zu sorgen, werden **jedoch begreiflicherweise höhere Anforderungen** gestellt: diese sind eher zur Hilfe verpflichtet als andere, zufällig anwesende Personen. Diese gesteigerte Hilfspflicht resultiert rechtlich daraus, daß die Helfer durch die Übernahme ihres Dienstes zugleich eine sog. **Garantenstellung** (vgl. § 13 StGB) übernommen haben; das bedeutet, sie haben eine besondere Verpflichtung zur Hilfeleistung, wie sie bspw. auch Bademeister in Schwimmbädern trifft.

Wer als Helfer im Sanitäts- oder Rettungsdienst vorsätzlich oder fahrlässig eine notwendige und zumutbare Hilfeleistung unterläßt, wird daher nicht (nur) wegen unterlassener Hilfeleistung bestraft, sondern (auch) wegen Körperverletzung bzw. Tötung durch **Unterlassen** (§§ 211 ff., 223ff. StGB). Auf diese Delikte steht dieselbe Strafe wie auf Körperverletzung bzw. Tötung durch direktes Tun, im schlimmsten Fall also eine Freiheitsstrafe von bis zu 15 Jahren.

*Beispiel 3: Der Sanitäter S hat auf einer Kerwe Dienst. Passanten machen ihn auf den in einer Ecke liegenden Mann M aufmerksam. S schaut flüchtig herüber, denkt sich: "Schon wieder so'n Suffkopp, soll der ruhig seinen Rausch ausschlafen!" und unternimmt nichts weiter. In Wahrheit war M jedoch aufgrund einer Unaufmerksamkeit gestürzt und hatte sich dabei eine Kopfverletzung zugezogen, die in Verbindung mit dem konsumierten Alkohol zur Bewußtlosigkeit führte. Während der Bewußtlosigkeit kommt es zur Verlegung der Atemwege, an der M verstirbt. — In diesem Fall hat S sich zumindest einer **fahrlässigen Tötung durch Unterlassen** strafbar gemacht (§ 222 i. V. m. § 13 StGB) und sieht daher eventuell einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren entgegen.*

2. **Ablehnung (Verweigerung) der Hilfeleistung durch den Patienten**

Es kann jedoch sein, daß umgekehrt ein Patient es ablehnt, sich helfen zu lassen. Grundsätzlich ist diese Entscheidung verbindlich und muß vom Sanitäts- und Rettungsdienstpersonal oder anwesenden Ärzten beachtet werden. Jeder Mensch darf frei entscheiden, ob, von wem und wie er sich helfen lassen möchte; eine "Zwangsbeglückung" gibt es nicht. In letzter Konsequenz gilt dieser Grundsatz sogar dann, wenn die Ablehnung der Hilfeleistung zum Tode führen kann oder wird, so schwer das manchmal für Helfer zu akzeptieren ist.

Hier findet dann auch die oben unter Abschnitt 1 näher erläuterte Hilfeleistungspflicht ihre Grenze; ja im Gegenteil, wer den Patienten zwingt, sich helfen zu lassen, macht sich einer **Körperverletzung** bzw. **Nötigung** bzw. **Freiheitsberaubung** strafbar. Diese Delikte sind in den §§ 223 ff., 239, 240 StGB mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bedroht.

Von diesem einfachen Grundsatz gibt es allerdings etliche Ausnahmen. Zunächst muß der Patient, um überhaupt sinnvoll über sein Schicksal entscheiden zu können, erst einmal über seine Verletzung oder Erkrankung und deren mögliche Folgen umfassend **aufgeklärt** werden. Diese Aufklärung sollte ihm insbesondere die Folgen (also Schäden und Gefahren) bei einer Ablehnung der Hilfeleistung eindringlich deutlich machen. Das setzt voraus, daß der Aufklärende selbst hinreichend darüber informiert ist; die Aufklärung sollte daher durch entsprechend kompetentes Fachpersonal erfolgen, in schwerwiegenden Fällen nach Möglichkeit durch einen (hinzuzuholenden) Arzt. Nur wenn der Patient wußte, welche Konsequenzen sein Handeln für ihn haben kann, entbindet seine Ablehnung die Helfer von ihrer Hilfeleistungspflicht! **Diese umfassende Aufklärung** sollte ebenso wie die Entscheidung des Patienten, dennoch auf die Hilfeleistung oder den Transport ins Krankenhaus zu verzichten, schriftlich festgehalten und von ihm und/oder mehreren Zeugen mit Uhrzeit und Datum unterzeichnet werden. Es empfiehlt sich, entsprechende Formulare zusammen mit einem Notfallprotokoll auf Sanitätsdiensten und Einsatzfahrten mitzuführen. Nichtsdestotrotz bleibt es natürlich oberstes Ziel, den Patienten von den Vorteilen einer sachgemäßen Behandlung zu überzeugen bzw. ihn dazu zu überreden.

Beispiel 4: Während eines Konzertes der "Allgäuer Hochlandmusikanten" findet sich ein älterer Herr beim Sanitätsdienst ein, der sich als P. vorstellt und über Übelkeit und ein Beklemmungsgefühl in der Brust klagt und gerne "irgendwelche Tropfen" dagegen hätte. Eine kurze Untersuchung und Anamneseerhebung läßt die Sanitäter zu dem Schluß kommen, daß ihr Patient alle Symptome eines Herzinfarktes aufweist. Der verantwortliche Einsatzleiter E bittet daraufhin seinen Kollegen S, Rettungswagen und Notarzt zu verständigen, während er selbst in behutsamen Worten dem P seine Vermutung eröffnet. Dieser hält das jedoch alles für "dummes Gerede", weist darauf hin, einen Infarkt könne er sich auch gar nicht leisten, den Notarzt wolle er nicht und ins Krankenhaus ginge er schon gar nicht. E redet dem P gut zu, resigniert aber schließlich und läßt ihn und den S als Zeugen ein Formular unterzeichnen, auf dem bestätigt wird, daß P "nach umfassender Aufklärung über seine umseitig näher bezeichnete Erkrankung und deren mögliche Folgen auf eigene Verantwortung und gegen Anraten des Arztes / des medizinischen Fachpersonals eine weitere Behandlung / den Transport in ein Krankenhaus ablehnt". Die nichtzutreffenden Alternativen hatte der E vorher ausgestrichen. — Dies reicht allerdings nicht aus. Die bloße Unterschrift unter einen Zettel kann E und S nicht von ihrer Hilfeleistungspflicht entbinden! Vielmehr wäre es erforderlich gewesen, dem P unmißverständlich deutlich zu machen, daß er sich in akuter Lebensgefahr befindet und an seinem unbehandelten Herzinfarkt jederzeit versterben kann. Darüber hinaus wäre sicherlich auch die Alarmierung des Notarztes indiziert gewesen, um dann diesem – als medizinischem Fachmann mit entsprechenden Kenntnissen und dementsprechend größerer Überzeugungskraft – die Aufklärung des P und die Entscheidung über weitere Maßnahmen zu überlassen.

Außerdem kann nur ein **geschäfts-** bzw. **willensfähiger** Patient verbindlich auf eine Behandlung verzichten. Bei Personen, die nicht im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sind (Verwirrten, Berauschten, psychisch Kranken), ist eine solche Weigerung unbeachtlich. Sie können einer **Zwangsbehandlung** zugeführt werden (**Zwangseinweisung**). Jedoch wird diese Entscheidung weder durch das Sanitätspersonal noch durch einen Arzt getroffen; es ist auch nicht deren Aufgabe, Gewalt oder unmittelbarem Zwang auszuüben, bspw. einen unkooperativen Patienten erst einmal in den Rettungswagen zu sperren oder gar an die Trage gefesselt ins (psychiatrische) Krankenhaus einzuliefern. Eine solche freiheitsentziehende Maßnahme bedarf vielmehr eines **richterlichen Beschlusses**. Bei Gefahr im Verzuge ist allerdings auch die **Polizei** befugt, diese Entscheidung – vorläufig – zu treffen; sie wird sich dabei auf die gutachterliche Stellungnahme eines Arztes stützen. Dementsprechend sind bei bestehender **Eigen- oder Fremdgefährdung** (Not-)arzt und Polizei hinzuzuziehen; bis zu deren Eintreffen sollte das Sanitätspersonal versuchen, unter Beachtung des Eigenschutzes eine Gefährdung des Patienten zu verhindern.

Beispiel 5: Der stark alkoholisierte P fällt auf einem Weinfest dem Sanitäter S durch schwankenden Gang und ständige Stürze auf. S spricht P an und bietet ihm seine Hilfe an; dieser antwortet jedoch nur noch lallend und stößt S weg, um seinen Heimweg über die naheliegende Hauptverkehrsstraße hinüber fortzusetzen. — P ist offenbar nicht in der Lage, bei klarem Verstand eine freiverantwortete Entscheidung zu treffen; außerdem gefährdet er sich selbst und andere durch sein Verhalten. Es sprechen also ausreichende Gründe für eine vorübergehende Ingewahrsamnahme durch die Polizei.

Gleiches gilt im übrigen auch für den Spezialfall eines **Suizids**. Theoretisch wären die Helfer verpflichtet, eine frei verantwortliche Selbsttötung zu akzeptieren. Da man jedoch in der akuten Notfallsituation kaum je wird feststellen können, ob der Suizident nun bei klarem Verstand ist (was ich persönlich grundsätzlich bezweifeln möchte) oder ob er bspw. unter Depressionen oder Psychosen leidet, dürfte es angeraten sein, im Zweifelsfall immer den Selbstmord nach Möglichkeit zu verhindern, dem Patienten auch gegen seinen geäußerten Willen Hilfe zu leisten und im übrigen wie oben dargelegt Arzt und Polizei hinzuzuziehen. Die Rechtsprechung tendiert ebenfalls in einem solchen Fall dazu, eher wegen einer unterlassenen als wegen einer "aufgezwungenen" Hilfeleistung zu bestrafen. Ähnlich stellt sich die Sachlage dar, sobald ein Patient **bewußtlos** wird. Seine Situation hat sich seit der geäußerten Ablehnung entscheidend verschlechtert, und da man ihn nun nicht mehr befragen kann, ob er die Hilfeleistung weiterhin ablehnt, läßt sich durchaus von einer **mutmaßlichen Einwilligung** in die Behandlung (vgl. dazu näher unten Abschnitt 3) ausgehen. Bezüglich des Umgangs mit **Minderjährigen** gilt das im folgenden zur Einwilligung in den ärztlichen Heileingriff gesagte entsprechend auch für die Ablehnung einer Hilfeleistung.

3. Ärztlicher Heileingriff / sog. "Notkompetenz"

Die meisten ärztlichen Maßnahmen bedeuten einen Eingriff in **die körperliche Unversehrtheit** des Patienten und erfüllen damit den Tatbestand einer **Körperverletzung** (das gilt bspw. für Injektionen und Infusionen ebenso wie für eine Intubation oder die Verabreichung der meisten Medikamente, erst recht für jeden chirurgischen Eingriff). Nach der ständigen Rechtsprechung besteht für den ärztlichen Heileingriff auch keine Sonderregelung; daher muß der Arzt seine "Körperverletzung" rechtfertigen, will er sich nicht der Strafverfolgung und zivilrechtlichen Schadenersatzansprüchen aussetzen. Dazu muß er sich auf einen anerkannten **Rechtfertigungsgrund** berufen; das sind bspw. die gesetzlich normierten Fälle der Notwehr und des rechtfertigenden Notstandes (§§ 32, 34 StGB).

Regelmäßig wird dieser Rechtfertigungsgrund die **tatsächliche** oder **mutmaßliche Einwilligung** des Patienten sein. Die Einwilligung des "Opfers" in eine an ihm begangene Körperverletzung läßt deren Rechtswidrigkeit entfallen. Sie ist aber nur rechtsgültig, wenn der Einwilligende **(a) einwilligungsfähig** ist, **(b)** umfassend über Art und Notwendigkeit des Eingriffs sowie mögliche Komplikationen **aufgeklärt** wurde und **(c)** dieser Eingriff dann "**lege artis**", d.h. nach den aktuellen Regeln der ärztlichen Kunst, durchgeführt wird.

(a) Die Einwilligungsfähigkeit erfordert zunächst, daß der Patient ein Stadium der geistigen und sittlichen Reife erreicht hat, in dem er die Konsequenz der ihm abverlangten Entscheidung erkennen und dementsprechend handeln kann. Davon ist beim volljährigen Patienten auszugehen; bei **Minderjährigen** muß die Einwilligungsfähigkeit aber gesondert festgestellt werden. Kinder unter 14 Jahren sind im allgemeinen einwilligungsunfähig; bei Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren richtet sich die Beurteilung nach den Umständen des Einzelfalls. Generell gilt: je schwerer und komplikationsträchtiger einer- und je weniger dringlich andererseits der Eingriff ist (und je jünger der Patient), desto eher ist davon auszugehen, daß die Einwilligung durch die Eltern als gesetzliche Vertreter erfolgen muß. In jedem Fall ist natürlich dazu zu raten, diese Einwilligung sicherheitshalber einzuholen.

Sollten die Eltern eines einwilligungsunfähigen Patienten nicht rechtzeitig erreichbar sein, kann man in dringenden Notfällen von ihrer mutmaßlichen Einwilligung (s. u.) ausgehen und die zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr erforderlichen Maßnahmen bereits im voraus treffen; die Eltern sind dann baldmöglichst zu verständigen. Falls die Eltern eine aus medizinischer Sicht unabdingbare Behandlung ihres Kindes nicht gestatten wollen (bspw. die Zeugen Jehovas bei Blutübertragungen!), ist diese Entscheidung ebenfalls zunächst verbindlich. In diesem Fall ist unverzüglich das **Vormundschaftsgericht** anzurufen, das die Einwilligung der Eltern – auch im Eilverfahren – ersetzen kann.

Ist der Patient zwar volljährig, aber in einem Zustand, der **die freie Willensbetätigung ausschließt** (Bewußtlosigkeit, Vollrausch, etc.), so darf gemutmaßt werden, welche Entscheidung er bei klarem Bewußtsein treffen würde.

Wenn die zu diesem Zeitpunkt bekannten Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß der Patient der entsprechenden Maßnahme zustimmen würde, wenn er bei klarem Verstande wäre und man ihn befragen könnte (wovon bei allen zur Lebens- und/oder Gesunderhaltung erforderlichen Maßnahmen im allgemeinen auszugehen sein dürfte), reicht diese **mutmaßliche Einwilligung** aus; auch dann, wenn sie irrtümlich angenommen wird, d.h. der Patient später erklärt, seine Einwilligung in Wahrheit nicht geben zu wollen. Voraussetzung dafür ist aber immer, daß der Behandelnde sich um eine ernsthafte Erforschung des Patientenwillens bemüht und nicht einfach seine eigenen Ansichten oder vermeintliche allgemeingültige Vorstellungen an dessen Stelle gesetzt hat. Ist bspw. bekannt, daß ein Patient bestimmte Maßnahmen aus religiösen oder weltanschaulichen Gründen generell ablehnt, ist für die Annahme einer mutmaßlichen Einwilligung kein Raum mehr.

(b) Die Aufklärung des Patienten muß so umfassend sein, daß sie ihm eine sachgerechte Entscheidung über die Einwilligung in eine Maßnahme oder die Ablehnung derselben ermöglicht. Insbesondere die möglichen **Komplikationen** sind ihm mitzuteilen; an diese Aufklärung werden zunehmend höhere Anforderungen gestellt. Das gilt allerdings in erster Linie für den klinischen Bereich und planbare ("elektive") Eingriffe; im Notfall kann sich die Aufklärung auf das **gebotene Mindestmaß** beschränken. Eine bloße Ankündigung ("Ich lege ihnen jetzt einen venösen Zugang.") erfüllt diese Anforderungen allerdings in keinem Fall.

(c) Letztlich ist eine Maßnahme nur dann durch die Einwilligung des Patienten gedeckt, wenn sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst ("**lege artis**") erfolgt. „Kunstfehler“ werden, wie der Name schon nahelegt, durch die Einwilligung nicht mitabgedeckt.

Relevant für den Helfer werden diese in erster Linie den Arzt betreffenden Regelungen dann, wenn entweder bestimmte invasive Maßnahmen an ihn **delegiert** werden oder er selbständig ohne Arzt invasiv tätig wird (die sog. „**Notkompetenz**“). Zunächst zur **Delegation**: dies bedeutet, daß der (persönlich anwesende!) Arzt eine Tätigkeit nicht selbst durchführt, sondern von einem anderen Helfer durchführen läßt. Die Verantwortung für diese Maßnahme verteilt sich dabei auf zwei Schultern. Einmal hat der Arzt die **Anordnungsverantwortung**: er muß sich davon überzeugen, daß die Maßnahme erforderlich ist, verantwortet es also, wenn sie unnötig oder gar falsch war (Volumenersatz beim kardialen Schock). Der Helfer hingegen hat die **Durchführungsverantwortung**: an ihm liegt es, die angeordnete Maßnahme ordentlich zu vollziehen, d.h. eine falsche Durchführung (Arterie statt Vene punktiert) geht zu seinen Lasten.

Dieses Prinzip wird in zweierlei Hinsicht durchbrochen: zum einen darf der Arzt nur dann Maßnahmen delegieren, wenn dies einerseits erforderlich und er andererseits davon überzeugt ist, daß der Helfer diese Maßnahme auch beherrscht und sachgerecht durchführen kann. Unter den besonderen Bedingungen des Rettungsdienstes ist es dem Arzt allerdings üblicherweise nicht möglich, vor der Delegation erst die Fähigkeiten seiner Mitarbeiter einer bis ins einzelne gehenden Überprüfung zu unterziehen. Er darf sich im allgemeinen darauf verlassen, daß der Helfer darauf hinweist, wenn er sich nicht in der Lage sieht, eine an ihn delegierte (Standard-)Maßnahme durchzuführen. Daraus resultiert für den Helfer eine entsprechende Verpflichtung, eine ärztlich delegierte Maßnahme nur dann durchzuführen, wenn er sie auch beherrscht, und ansonsten die Durchführung abzulehnen. Zum anderen trägt der Helfer auch eine **Mitverantwortung**, wenn eine ärztlich angeordnete Maßnahme offensichtlich falsch oder für den Patienten gefährlich ist. Ihn trifft dann die Verpflichtung, den Arzt auf seine Bedenken hinzuweisen, und diese nach Möglichkeit zu Dokumentationszwecken ins Notfallprotokoll aufnehmen zu lassen. Zu einer Arbeitsverweigerung gegenüber dem Arzt ist er nur dann befugt, wenn die angeordnete Maßnahme das Leben des Patienten gefährden würde; in einem solchen Fall würde er sich mitschuldig machen.

Beispiel 6: Der Junghelfer J ist zum Sanitätsdienst auf einer Karnevalsveranstaltung eingeteilt und trägt dort sein Rescue-Bag spazieren. Plötzlich sieht er den Bewußtlosen B auf dem Boden liegen. Sofort eilt er hinzu, stellt die Bewußtlosigkeit fest, bringt den B bei stabilen Vitalfunktionen in die stabile Seitenlage, legt einen Guedeltubus ein und schickt seinen Kollegen K fort, um einen Rettungswagen und den Notarzt anzufordern. Nach dessen Eintreffen fordert ihn der Notarzt N auf, dem B eine Infusion anzulegen. — Hier muß J den N darauf hinweisen, daß er diese Maßnahme nicht erlernt hat und nicht ausreichend beherrscht, und deren Durchführung verweigern.

*Beispiel 7: Rettungssanitäter R versorgt gemeinsam mit seinem Kollegen einen Patienten P mit Verdacht auf Herzinfarkt. Der Notarzt N beauftragt ihn, dem P eine Infusion anzulegen; die Bedenken des P, der nicht von so einer bösen großen Nadel geiekt werden möchte, wischt er mit ein paar ärgerlichen Worten beiseite, hält dessen Unterarm fest und sagt zu R: „Nun los, machen Sie schon, rein mit dem Zugang.“ — Da P hier offensichtlich seine erforderliche Einwilligung zur Venenpunktion verweigert, dürfen weder N noch R ihm gegen seinen Willen eine Infusion anlegen; sie begehen ansonsten eine **Körperverletzung**.*

Wenn sich an der Notfallstelle zunächst überhaupt kein Arzt befindet, kann dieser auch keine Maßnahmen an einen Helfer delegieren. Wenn der Helfer dann von sich aus (in „**Notkompetenz**“) tätig wird, gelten für ihn ähnliche Regeln wie für den Arzt: Soweit der Patient noch ansprechbar ist, kann und muß er ihn zunächst über die Notwendigkeit und die Folgen der beabsichtigten Maßnahme aufklären; dazu gehört auch der Hinweis, daß er selbst kein Arzt ist. Wenn der Patient nach dieser Aufklärung der Maßnahme zustimmt (und die Aufklärung ausreichend war!), wird die Maßnahme des Helfers durch diese Einwilligung gedeckt. Erforderlich ist natürlich weiterhin, daß er sie auch beherrscht, d.h. lege artis durchführen kann. Dies muß er erforderlichenfalls beweisen. Hier können ärztlich bestätigte Nachweise über die Teilnahme an „Notkompetenzschulungen“ etc. hilfreich sein, genau wie die Berufung auf die **Stellungnahme der Bundesärztekammer** zur Notkompetenz von Rettungsassistenten (!). Schwieriger ist die Lage, wenn der Patient nicht mehr ansprechbar ist. Hier stellt sich die Frage nach der **mutmaßlichen Einwilligung**. Diese wird der Patient im Zweifelsfall einem Arzt gegenüber erteilen. Ob man annehmen kann, daß er auch zu einer invasiven Behandlung durch nichtärztliches Personal bereit wäre, hängt u.a. von der Zeitdauer bis zum Eintreffen eines Arztes sowie von der Dringlichkeit der Maßnahme und deren Beherrschung durch den Helfer ab. Deshalb sollten der Zustand des Patienten und die durchgeführten Maßnahmen genauestens protokolliert und die Abwägung sorgfältig durchgeführt werden. Spätestens dann, wenn die Maßnahme mißlingt, sieht sich der Helfer ansonsten möglicherweise straf- und zivilrechtlicher Verfolgung ausgesetzt.

Generell gibt es in dieser Hinsicht keinen Unterschied zwischen dem Sanitätshelfer und dem Rettungsassistenten mit „Notkompetenzschulung“. Allerdings dürfte es für ersteren wohl unmöglich sein, nachzuweisen, daß er bspw. Venenpunktionen oder eine Intubation so beherrscht, daß von einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten auszugehen ist, wohingegen der RA auf seine Ausbildung und die entsprechenden ärztlich abgezeichneten Einträge im Testat- oder Nachweisheft verweisen kann. Theoretisch steht die „Notkompetenz“ also jedem offen, praktisch beschränkt sie sich auf das Personal mit der entsprechenden Ausbildung. Auch ein RA bekommt aber durch die Teilnahme an Fortbildungen keinen „Freifahrtschein“ für die Durchführung invasiver Maßnahmen!

4. Ärztliche Schweigepflicht

Ärzte sind von Berufs wegen wie bestimmte andere Berufsstände zur **Verschwiegenheit** verpflichtet; gleiches gilt auch für Rettungsassistenten (da die Führung dieser Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert). Eine Verletzung dieser Verpflichtung ist in § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bedroht.

Den Ärzten bzw. Rettungsassistenten sind nach § 203 Abs. 3 Satz 2 **ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen** gleichgestellt. Trotz dieser irreführenden Formulierung genügt dafür auch eine ausschließlich ehrenamtliche Tätigkeit, solange nur zum Berufsbild dieser Tätigkeit auch die Assistenz bei ärztlichen Maßnahmen gehört, was bei einer Mitarbeit im Sanitäts- oder Rettungsdienst regelmäßig der Fall ist.

Die Pflicht zur Verschwiegenheit umfaßt nicht nur (Verdachts-)Diagnose, Therapie etc., sondern **alle persönlichen Daten** des Patienten wie auch die Tatsache, daß dieser überhaupt Patient gewesen ist. Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich gegenüber **allen Unbeteiligten**, also auch gegenüber Angehörigen oder der Polizei. Auch **minderjährige Kinder** haben Anspruch auf Beachtung der Schweigepflicht, sogar ihren Eltern gegenüber, solange dadurch nicht der elterliche Erziehungsauftrag vereitelt wird.

Der Patient kann aber in eine Weitergabe seiner Daten einwilligen. Eine solche **Einwilligung** ist mangels gegenteiliger Äußerungen immer dann zu vermuten (mutmaßliche Einwilligung, s. o.), wenn sie im Interesse des Patienten liegt. So dürfen im allgemeinen die relevanten Daten dem weiterbehandelnden medizinischen Personal, also dem Rettungsdienst bzw. dem Aufnahmepersonal des Krankenhauses, angegeben werden; auch die Angehörigen dürfen im allgemeinen bspw. über das Transportziel informiert werden. Eine Weitergabe gegen den Willen oder ohne Einwilligung des Patienten ist nur dann zulässig, wenn ansonsten **höherwertige Rechtsgüter** gefährdet werden, bspw. die Polizei angefordert werden muß, um eine Eigengefährdung eines nicht geschäftsfähigen Patienten oder eine Gefährdung des Sanitäts- bzw. Rettungsdienstpersonals zu verhindern, oder wenn (weitere) Gefährdungen dritter Personen ansonsten wahrscheinlich sind (bspw. bei ansteckenden (Geschlechts-)Krankheiten oder in Fällen von Kindesmißhandlung/-mißbrauch). Vor Gericht oder gegenüber den Ermittlungsbehörden haben Arzt und RA ein eigenes **Zeugnisverweigerungsrecht**, das ihnen die Wahrung der Schweigepflicht ermöglicht; Sanitäts- und Rettungsdienstpersonal unterliegen einem abgeleiteten Zeugnisverweigerungsrecht, sie sind also an die Entscheidung des behandelnden Arztes über dessen Ausübung gebunden.

Hinzuweisen bleibt noch darauf, daß diese Schweigepflicht ergänzt wird durch die Vorschriften des **Bundesdatenschutzgesetzes** sowie durch die im Rahmen der **Funkverpflichtung** erwähnten gesetzlichen Vorschriften. Eine erhöhte Sensibilität bei Erzählungen im Bekanntenkreis wie auch im täglichen Dienst, bspw. beim Umgang mit Unterlagen (die nicht offen herumliegen und zur Beseitigung einem Aktenvernichter zugeführt werden sollten) oder Funkgeräten (die nur so laut betrieben werden sollten, daß Unbefugte nicht mithören können), wäre höchst wünschenswert.

IV. Weitere rechtliche Regelungen

Bedeutsam für den Mitarbeiter im Sanitäts- und Rettungsdienst sind auch verschiedene arbeits- und verwaltungsrechtliche Fragestellungen, wie bspw. Regelungen über Arbeits-, Ruhe- und Lenkzeiten, Vorschriften des Eich-, Medizinprodukte- und Arzneimittelrechts, Hygiene- und Seuchenbekämpfungsvorschriften sowie Fragen des Straßenverkehrsrechts. Eine umfassende Auseinandersetzung mit dieser Materie würde jedoch den Rahmen eines Grundlagentexts bei weitem sprengen, weshalb hiermit auf jeweils gesonderte Fortbildungen zu den entsprechenden Themenkomplexen verwiesen sei.

Literatur:

- Gesetzessammlung
- Laufs, Adolf: Arztrecht, 5. Aufl., München 1993
- Tries, Ralf: Strafrechtliche Probleme im Rettungsdienst, Edewecht/Wien 1998

Definitionen, Erläuterungen, Schemata

[Bei den folgenden Formulierungen wurde weniger juristische Exaktheit als vielmehr möglichst einfache Verständlichkeit angestrebt. Sie sind daher so weit wie möglich vereinfacht, ohne aber deswegen sachlich falsch zu werden.]

Unter **Vorsatz** versteht der Jurist das „Wissen und Wollen der Tatbestandsverwirklichung“. Vorsätzlich handelt somit, wer entweder (fast) sicher ist, daß sein Handeln den tatbestandlichen Erfolg hervorrufen werde, oder dies gerade anstrebt.

Beispiel 1: X rast mit 100 Sachen durch die Stadt. Da sieht er plötzlich einen Fußgänger auf dem Zebrastreifen stehen, der ihm vor Schreck erstarrt entgegensieht. (a) X will nicht bremsen oder ausweichen, weil ihn das unnötig Zeit kostet. Er bedauert zwar, daß der Fußgänger nahezu sicher zu Tode kommen wird, überfährt ihn aber dennoch. — Vorsatz in der Form fast (sicheren) Wissens ist gegeben. (b) X mag keine Fußgänger und entschließt sich, dieses Exemplar zu überfahren. — Vorsatz in Form der Absicht ist gegeben.

Fahrlässigkeit bedeutet im Gegensatz dazu das „Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“, wobei hier nicht der Straßen- oder ein sonstiger Verkehr gemeint ist, sondern überhaupt jede Interaktion mit anderen. Fahrlässig handelt somit, wer eine ihn treffende Sorgfaltspflicht mißachtet. Diese Sorgfaltspflichten sind entweder speziell gesetzlich normiert oder ergeben sich aus Verkehrsanschauungen (dem „gesunden Menschenverstand“).

Beispiel 2: Den rangierenden Fahrer im Straßenverkehr trifft die Verpflichtung, sich zu überzeugen, daß hinter seinem Fahrzeug niemand steht; den Sanitäter die Verpflichtung, das Verfallsdatum medizinischen Materials vor der Verwendung zu überprüfen; den Arzt die Verpflichtung, den Patienten vor der Verabreichung eines Medikamentes über eventuelle Unverträglichkeiten (Allergien) zu befragen, etc.

Der Inhaber einer **Garantenstellung** hat besondere Obhutspflichten gegenüber einer bestimmten Person oder Sache oder bezüglich der von einer Sache oder Person ausgehenden Gefahren. Eine solche Garantenstellung kann sich aus enger persönlicher Beziehung (Familie, Schicksalsgemeinschaft), Vereinbarung (Babysitter, Schwimmmeister, Sanitäter) oder durch vorangegangenes gefährliches Tun ergeben. Rechtsfolge ist, daß der Betreffende sich nicht nur strafbar macht, wenn er die Rechtsgüter der von der Schutzpflicht erfaßten Personen selbst verletzt, sondern auch, wenn er eine solche Verletzung nicht verhindert, obwohl er dazu in der Lage wäre (Unterlassungstat). Nichtgaranten würden sich in der entsprechenden Lage höchstens wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar machen.

Beispiel 3: Der Tunichtgut T rennt wild und rücksichtslos durchs Freibad und stößt dabei den Nichtschwimmer N ins tiefe Springerbecken. Dieser ruft laut um Hilfe, bevor er versinkt. Leider kommt ihm niemand zu Hilfe, so daß er ertrinkt, obwohl sowohl T als auch N's Bruder B, wie auch der Schwimmmeister S und der Badegast G seine Notlage bemerken und ihn ohne erhebliche eigene Gefährdung retten könnten. — G macht sich der unterlassenen Hilfeleistung strafbar, B, S und T aber des Totschlags durch Unterlassen; denn alle drei Handeln wissentlich, d.h. vorsätzlich, aber nur B, S und T trifft eine Garantenpflicht.

Die **Einwilligung** des Verletzten ist ein Rechtfertigungsgrund, der die Strafbarkeit einer ansonsten rechtswidrigen Tat entfallen läßt. Eine wichtige Rolle spielt sie beim ärztlichen Heileingriff. Hier muß der Einwilligende **(a)** einwilligungsfähig sein, **(b)** ausreichend aufgeklärt worden sein und **(c)** der Eingriff nach den Regeln der ärztlichen Kunst („lege artis“) durchgeführt worden sein; ansonsten ist die Einwilligung unwirksam. Kann der Patient nicht einwilligen, weil er bspw. nicht ansprechbar ist, ergibt aber eine verständige Würdigung aller zur Tatzeit bekannten Umstände, daß er einwilligen würde, wenn er denn nur könnte, darf der Behandelnde von einer **mutmaßlichen Einwilligung** ausgehen, die ihn ebenso rechtfertigt wie eine tatsächliche.

Bei der Durchführung von Maßnahmen in „**Notkompetenz**“ spielen für die Abwägung, ob eine mutmaßliche Einwilligung anzunehmen ist oder nicht, folgende vier Fragen eine Hauptrolle: **(1)** Beherrscht der Helfer die anzuwendende Maßnahme ausreichend? **(2)** Ist mit dem rechtzeitigen Eintreffen eines Notarztes nicht zu rechnen? **(3)** Ist die sofortige Durchführung der Maßnahme unbedingt notwendig oder ist sie optional? **(4)** Sind andere, weniger invasive Maßnahmen ergebnislos geblieben oder versprechen sie von Anfang an keinen Erfolg?

Beispiele 4: Zur **Beherrschung** einer Maßnahme gehört es, diese theoretisch erlernt, ausreichend praktisch geübt und unter fachlicher Anleitung mehrfach erfolgreich durchgeführt zu haben. — Das **rechtzeitige Eintreffen** eines Notarztes bemißt sich nach der Dringlichkeit der Maßnahme; bei der Notwendigkeit einer Defibrillation trifft ein Notarzt bspw. nur dann in diesem Sinne rechtzeitig ein, wenn er nur noch wenige Schritte zurückzulegen hat, da in einem solchen Fall jede Verzögerung die Chancen des Patienten verschlechtert.

Erforderlichkeit: Der (großlumige) venöse Zugang bei einem Patienten mit Volumenmangelschock ist eine unbedingt erforderliche Maßnahme. Bei einem bewußtlosen Patienten hingegen mag der routinemäßige venöse Zugang wünschenswert sein und zum Standard der Notfallmedizin gehören; er ist jedoch nicht „notwendig“ im Sinne der genannten Abwägungskriterien. — **Weniger invasive Maßnahmen** sind bspw. die Schocklage ggü. dem venösen Zugang, die Maskenbeatmung ggü. der Intubation, oder beim anaphylaktischen Schock die Druckinfusion ggü. der Suprarenin-Gabe.

Verweigert ein Patient die **Hilfeleistung** durch den Sanitäter oder Arzt, ist am ehesten folgendermaßen vorzugehen: **(1)** Versuch, den Patienten zu überreden oder zu überzeugen. **(2)** Ist der Patient geschäfts-/willensfähig? Falls nein, ist seine Weigerung unbeachtlich; Arzt und Polizei sind hinzuzuziehen, um eine Zwangsbehandlung und/oder Ingewahrsamnahme zu ermöglichen, falls es nicht gelingt, den Patienten zu überreden. **(3)** Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung und die denkbaren Folgen, im Zweifelsfall durch einen nachgeforderten Arzt. **(4)** Dokumentation des Befundes, der Aufklärung und der weiterbestehenden Weigerung des Patienten, sich behandeln zu lassen. Zuziehung von Zeugen. **(5)** Soweit der Patient zurechnungsfähig erscheint, ist damit der Hilfeleistungspflicht genüge getan; ansonsten siehe 2.

Die **Schweigepflicht** des medizinischen Personals umfaßt alle Helfer im Sanitäts- und Rettungsdienst unabhängig von Ausbildungsstand und Anstellungsverhältnis. Sie umfaßt alle persönlichen Daten des Patienten, die nicht ohnehin öffentlich bekannt sind; dazu gehören ohne Anspruch auf Vollständigkeit die Tatsache, daß der Betreffende überhaupt Patient ist, was ihm zugestoßen und wie sein Zustand ist, wie er behandelt und wohin er transportiert wird, wie auch persönliche Geheimnisse, die dem Helfer durch die Behandlung des Patienten bekannt werden. Die Schweigepflicht besteht – auch nach dem Tode des Patienten – solange weiter, bis er den Helfer ausdrücklich von ihr befreit; eine solche Befreiung kann angenommen werden, soweit die Mitteilung von Daten unmittelbar zur weiteren Behandlung des Patienten erforderlich ist. Gegen den Willen des Geschützten darf der Schweigepflichtige sich nur offenbaren, soweit dies nach einer Güterabwägung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsguts erforderlich ist. Diese Entscheidung trifft der Arzt oder RA; sie bindet alle weiteren Helfer, soweit sich deren Schweigepflicht von der des Arztes ableitet. Mit der Schweigepflicht korrespondiert ein Aussageverweigerungsrecht im gerichtlichen und vorgerichtlichen Verfahren.