

# ANR



## **Rechtliche Grundlagen zur Frühdefibrillation**

**K. Reindl**

**Rechtsanwalt  
Ausbilder Rettungsdienst**  
Ludwigstr. 90  
82467 Garmisch-Partenkirchen  
ra.reindl@gaponline.de

Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen e.V.  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Nußbaumstr. 20, 80336 München  
Tel. 089/5160-4950, Fax 089/5160-4952  
www.anr.de

# Rechtliche Grundlagen zur Frühdefibrillation

## 1. Definition

Unter „Frühdefibrillation“ verstehen wir die Abgabe von Elektroschocks mittels sog. „halbautomatischer“ Geräte (automatisierter externer Defibrillatoren). Dies sind Apparate, die die Frage, ob die Defibrillation des Patienten erforderlich ist oder nicht, durch Analyse des abgeleiteten EKGs selbst überprüfen und den Anwender sodann melden, ob ein Elektroschock empfohlen wird oder nicht. Im Gegensatz dazu stehen die manuellen Geräte, bei denen der Anwender selbst das abgeleitete EKG bewerten und die Entscheidung zur Defibrillation treffen muss, sowie die sog. Vollautomaten, die auch den Elektroschock nach durchgeführter Analyse selbst abgeben, ohne dass jemand hierauf noch einen Einfluss hat (z.B. bei implantierbaren Defibrillatoren).

## 2. Rechtliche Regelung

Eine rechtliche Regelung der Frühdefibrillation gibt es in der Bundesrepublik Deutschland - im Gegensatz z.B. zu Österreich – derzeit nicht. Diese Maßnahme hat sich mit dem Fortschreiten der Medizintechnik und der Erkenntnis über die engen zeitlichen Rahmenbedingungen entwickelt. Aus der Tatsache heraus, dass dem Herztod in signifikanter Anzahl ein Kammerflimmern vorausgeht und die Zeitfenster für die wirksame Bekämpfung dieses Kammerflimmerns in aller Regel deutlich unter der Eintreffzeit des Notarztes liegen, wurden Strategien gegen den Herztod entwickelt. Hierzu gehört die Schulung möglichst breiter Bevölkerungskreise in Basis-CPR und die Einführung der Frühdefibrillation.

Hierbei kollidiert die medizinische Erkenntnis zunächst mit der Gesetzeslage:

Nach dem deutschen Wertesystem sind alle Maßnahmen, die in die körperliche Integrität des Patienten eingreifen (sog. „invasive Maßnahmen“) einem approbierten Arzt vorbehalten. Wer die Heilkunde ausübt, ohne als Arzt bestellt zu sein oder eine besondere behördliche Erlaubnis zu haben, macht sich demnach strafbar. Dies ist im Heilpraktikergesetz so geregelt<sup>1</sup>.

Mit der Verlagerung der Notfallmedizin vom Krankenhaus hinaus an den Notfallort und der zunehmenden Qualifizierung des nichtärztlichen Personals stellte sich sehr bald heraus, dass in einer großen Zahl von Fällen ärztliche Maßnahmen zur Rettung des Lebens oder zur Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden auch von Rettungsdienstmitarbeitern in eigener Verantwortung durchgeführt werden mussten. Dies führte in den siebziger Jahren zu einer intensiven Diskussion über das Berufsbild des Rettungsdienstmitarbeiters, die letztendlich im Erlass des Rettungsassistentengesetzes endete, aber auch über die Frage ob und ggf. welche ärztlichen Maßnahmen im Notfall durch Nichtärzte durchgeführt werden sollten. Am Ende dieser Diskussion stand die

---

<sup>1</sup>§ 1 Heilpraktikergesetz

- (1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.
- (2) Ausübung der Heilkunde im Sinne des Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.
- (3) Wer die Heilkunde bisher berufsmäßig ausgeübt hat und weiterhin ausüben will, erhält die Erlaubnis nach Maßgabe der Durchführungsbestimmungen; er führt die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker,“.

§ 5 Heilpraktikergesetz

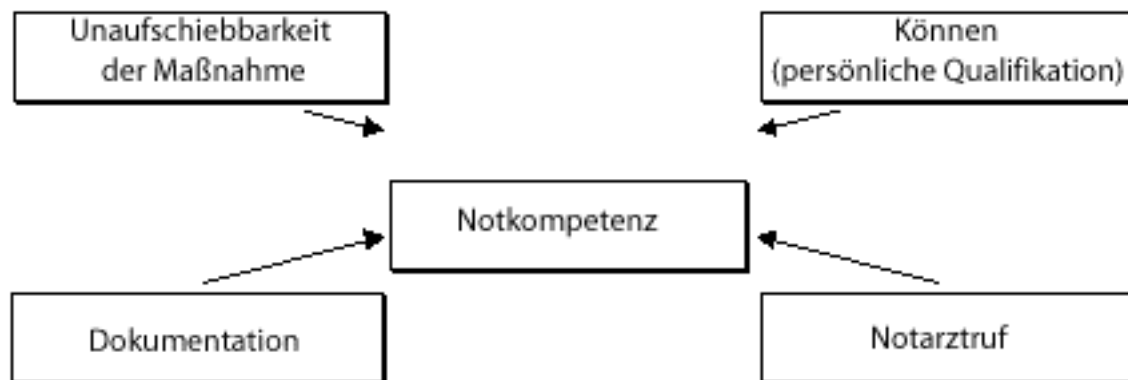
Wer, ohne zu Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt zu sein und ohne eine Erlaubnis nach § 1 zu besitzen, die Heilkunde ausübt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Entwicklung der „Notkompetenz“ als Rechtsfigur.

### 3. Notkompetenz

Ausgehend von der Überlegung, dass nach dem oben zitierten Heilpraktikergesetz die Durchführung ärztlicher Maßnahmen durch Nichtärzte strafbar ist und eine Körperverletzung darstellt, wurde der Begriff der „Notkompetenz“ aus der Regelung des rechtfertigenden Notstandes in § 34 des Strafgesetzbuches<sup>2</sup> (StGB) entwickelt. Diese Vorschrift regelt, dass eine Handlung, die den Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt, dann nicht rechtswidrig ist, wenn sie - unter Abwägung der betroffenen Rechtsgüter - notwendig ist, um schlimmeres zu verhüten.

Ausgehend von diesen Überlegungen sind folgende Voraussetzungen für Notkompetenzmaßnahmen zu fordern:



#### a) Unaufschiebbarkeit der Maßnahme

Unter „Unaufschiebbarkeit der Maßnahme“ im vorstehenden Sinn ist zweierlei zu verstehen: Zum ersten darf es keine andere, weniger invasive Maßnahme geben, die den gleichen Erfolg verspricht (z.B. Maskenbeatmung vor Intubation, Schocklagerung vor Infusion, etc.), zum zweiten muss die Durchführung der Maßnahme zur Vermeidung weiterer Schäden für den Patienten notwendig sein, ohne dass ein Zuwarten bis zum Eintreffen des Notarztes möglich ist.

Die Frage, ob es anstatt der Defibrillation ein weniger invasives Mittel mit gleichem Erfolg gibt, kann mit einem eindeutigen Nein beantwortet werden. Wir wissen heute, dass Kammerflimmern nur mit Defibrillation wirksam bekämpft werden kann und alle anderen Maßnahmen nicht oder jedenfalls deutlich weniger wirksam sind.

Auch hinsichtlich der zeitlichen Komponente ist bei der Frühdefibrillation eine klare

<sup>2</sup> § 34 StGB

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das Beeinträchtigte wesentlich überwiegt.

Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Antwort möglich: Die Frühdefibrillation steht unter einer strengen zeitlichen Limitierung, ihre Erfolgsaussicht nimmt mit zunehmender Zeit ab. Ein Eintreffen des Notarztes kann somit in keinem Fall abgewartet werden, selbst dann nicht, wenn der Notarzt bereits wenige hundert Meter vom Einsatzort entfernt sein sollte.

## **b) Können (persönliche Qualifikation)**

Auch jede Notkompetenzmaßnahme darf nur dann durchgeführt werden, wenn der Durchführende die Maßnahme beherrscht. Auch in Notfällen können wir uns nicht mit Wildwestmedizin zufrieden geben. Jeder Patient wird von Hilfspersonal, das planmäßig zur notfallmäßigen Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung steht und entsprechendes Gerät vorhält, eine Hilfeleistung „lege artis“, also nach den Regeln der Kunst erwarten können und dürfen. Die Bewertung einer ärztlichen Maßnahme wird daher stets nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen. Einen „Laibonus“ kann und darf es dabei nicht geben.

„Können“ hat demnach zwei Komponenten: Zum einen geht es hier um „gelernt haben“, zum zweiten um „in Übung sein“.

Gelernt werden kann eine ärztliche Maßnahme immer nur unter der Verantwortung eines Arztes. Für jedes Frühdefibrillationsprogramm ist daher ein ärztlicher Programmleiter zu fordern. Dieser hat nicht nur die Verantwortung für die Ausbildung, sondern auch für die Auswertung und Überprüfung der Einsätze im Sinne eines Qualitätsmanagements. Selbstverständlich wird der ärztliche Leiter nicht jede Ausbildung selbst abhalten, er wird sich vielmehr hierzu geeigneter Ausbilder bedienen. Diese, sowie die Ausbildungsinhalte und der -umfang sind von ihm jedoch regelmäßig zu überprüfen. Ausbildungsinhalt der Frühdefibrillation sind die theoretischen Grundlagen, die praktische Durchführung im Algorithmus mit entsprechenden

Übungen und einer Leistungsüberprüfung, sowie die Gerätetechnik mit einer entsprechenden Einweisung nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Medizinproduktebetreiber-Verordnung (MPBetrVO). Die Einweisung und die Ausbildung, sowie deren Ergebnis sind zu dokumentieren.

Da das Leben ein ständiges Vergessen ist, bedarf es einer regelmäßigen Überprüfung, ob der Helfer die Maßnahme noch beherrscht, also in Übung ist. Die Übung kann auf vielerlei Art und Weise erhalten bleiben: durch vermehrte Einsätze, durch praktische Übung oder durch entsprechende Ausbildertätigkeit. Man wird daher kaum die regelmäßige Wiederholung der Basisausbildung fordern können. Gefordert werden muss jedoch die regelmäßige Überprüfung des Könnensstandes. Nach den Erfahrungen vieler Frühdefibrillationsprojekte erscheint es zielführend, nach einem Zeitraum von sechs Monaten bis einem Jahr den Kenntnisstand des Helfers in einer Wiederholungsprüfung zu evaluieren und zu dokumentieren. Bei nicht erfolgreicher Teilnahme an der Wiederholungsprüfung ist die Ausbildung zu wiederholen.

## **c) Dokumentation**

Es ist ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes seit vielen Jahren, dass jeder Patient einen Anspruch auf eine vollständige Krankenakte hat. Da die Krankenakte heute keine „Krankenhausakte“ mehr ist, beginnt sie mit der fachlich-medizinischen Versorgung des Patienten. Soweit an einem Patienten also spezifisch ärztliche Maßnahmen vorgenommen werden, ist dies in jedem Fall der Beginn einer fachlich-medizinischen Versorgung. Die Dokumentation muss hierbei alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Feststellungen enthal-

ten. Eine bestimmte Art der Dokumentation ist nicht vorgeschrieben. Es bleibt also dem ärztlichen Programmleiter vorbehalten, die Art der Dokumentation für seinen Bereich festzulegen.

Unabhängig von der Dokumentation ist bei jedem Einsatz sicherzustellen, dass eine ordnungsgemäße Übergabe des Patienten an weiterversorgendes Personal (Rettungsdienst, Notarzt, Krankenhaus) erfolgt. Diese Übergabe hat gleichfalls alle wesentlichen Feststellungen und Maßnahmen zu enthalten.

#### **d) Notarzttruf**

Es ist begriffslogisch kaum nachvollziehbar, an einem Patienten eine Notkompetenzmaßnahme vorzunehmen, aber auf die Nachalarmierung eines Notarztes zu verzichten. Dies würde bedeuten, dass der Helfer zwar der Auffassung ist, dass an dem Patienten eine ärztliche Maßnahme vorgenommen werden muss, er andererseits aber die Hinzuziehung eines Notarztes für nicht erforderlich hält. In einem derartigen Fall geht es wohl nicht mehr um Notkompetenz, sondern um Kompetenzüberschreitung mit allen daraus resultierenden rechtlichen Konsequenzen.

So streitig diese Frage bei einzelnen Maßnahmen ist, die zum rettungsdienstlichen Alltag gehören, jedoch rechtlich immer noch als Notkompetenzmaßnahmen zu qualifizieren sind, wie z.B. das Legen eines peripher-venösen Zugangs, so unstrittig dürfte die Erforderlichkeit einer schnellen notärztlichen Intervention beim Frühdefibrillationseinsatz sein. Dies ergibt sich schon aus den Rettungsdienstgesetzen der Länder und den hierzu ergangenen Kriterienkatalogen für den Notarzteinsatz.