

Telefonreanimation konsequent „durchdrücken“ – Ein haftungsrechtlicher Überblick

Marc Tries

Abstract

Der „plötzliche Herztod“ stellt eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland dar. Liegen Anzeichen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes vor, ist der unverzügliche Beginn von Reanimationsmaßnahmen überlebensnotwendig. Um das zeitkritische Intervall bis zum Eintreffen der Rettungskräfte zu überbrücken, soll der den Notruf entgegennehmende Leitstellenmitarbeiter den Anrufer zur Herzdruckmassage anleiten (Telefonreanimation, „TCP-R“). Obwohl schon seit dem Jahr 2010 u. a. die Reanimationsleitlinien des European Resuscitation Council (ERC) die T-CPR fordern, werden noch Defizite in der Umsetzung beklagt. Die sich hieraus ergebenden haftungsrechtlichen Konsequenzen werden in diesem Beitrag, ausgehend von der entscheidenden Fragestellung nach dem fachlichen Standard, gewürdigt.

I. Einführung

In den entsprechenden Fachkreisen wird die Telefonreanimation („T-CPR“ – so im Folgenden) bereits seit Jahren diskutiert und ihre Umsetzung einhellig gefordert². Darüber hinaus ist die T-CPR in den letzten Monaten verstärkt öffentlichkeitswirksam in den Fokus geraten. Aus den Recherchen und Datenerhebungen einer im Juli 2024 erstausgestrahlten SWR-TV-Produktion geht hervor, dass in Deutschland eine sehr undurchsichtige Lage herrscht³. Unklarheit bestehe zum einen, ob bzw. wie viele Rettungsleitstellen⁴ überhaupt die T-CPR durchführen. Zum anderen fehle es an flächendeckend aussagekräftigen Daten zur Art und Weise der Durchführung, zur Anzahl angeleiteter Reanimationen sowie zu Erfolg und Misserfolg. Konkrete Zahlen präsentiert eine Studie aus dem Jahr 2021, bei der alle (zu diesem Zeitpunkt) 249 deutschen Leitstellen befragt wurden, ob ihre Mitarbeiter die T-CPR praktizieren⁵. 166 der 249 befragten Leitstellen gaben eine Rückmeldung ab und bejahten allesamt die Durchführung der T-CPR. Eine nach Qualitätsmaßstäben ausreichende Umsetzungsquote (Anteil durchgeführte T-CPR bei klar erkannten Herz-Kreislauf-Stillständen > 80 %) ⁶ erreichten jedoch nur weniger als die Hälfte der teilnehmenden Rettungsleitstellen (44 %) ⁷.

Damit beschreiben die SWR-Dokumentation und die angeführte Studie einen Zustand, der ebenfalls durch das Deutsche Reanimationsregister widerspiegelt wird⁸. Zwar leiten nicht alle Rettungsleitstellen ihre Daten (vollständig) an das Register weiter⁹. Es werden dennoch Anhaltspunkte für noch fortbestehenden Verbesserungsbedarf sichtbar. So heißt es auf Seite 11 des Jahresberichtes aus 2023 zur außerklinischen Reanimation, dass zwar ein stetiger Anstieg der Anwendungsfälle der T-CPR zu verzeichnen sei, „jedoch weiterhin ein erhebliches Steigerungspotenzial [besteht]“ ¹⁰.

Berichterstattungen und Datenlagen belegen nach alledem noch eine unterschiedlich ausgeprägte, möglicherweise teils noch gar nicht erfolgte Umsetzung der T-CPR in Deutschland. Diese Situation gibt Anlass zur juristischen Würdigung. Ausgehend von der entscheidenden Fragestellung nach dem fachlichen Standard, werden in diesem Beitrag haftungsrechtliche Aspekte besprochen und ein strafrechtlicher Überblick gegeben.

II. Inhalt, Bedeutung und Entwicklung der Telefonreanimation

Pro Jahr erleiden etwa 65.000 Menschen in Deutschland einen außerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstand („out-of-hospital cardiac arrest“ [OHCA]) ¹¹. Bei etwa 60.000 von ihnen verläuft er tödlich¹². Wird durch eine Störung der Herzmuskelfunktion, was bereits vor gänzlicher Muskeler schlaffung initial zumeist kurzfristig mit einem Herzkammerflimmern einhergeht, über das Blut kein Sauerstoff mehr den Organen zugeführt, ist höchste Eile geboten. Innerhalb von drei bis fünf Minuten nach Ereignisbeginn ist ansonsten mit irreversiblen Organschäden zu rechnen. Ein möglichst frühzeitiges Ergreifen von Wiederbelebungsmaßnahmen durch Laienhelfer ist demnach sowohl für das „Ob“ des Weiterlebens als auch für das „Wie“ (Outcome) von entscheidender Bedeutung¹³. Hier setzt die T-CPR an. Mit diesem Begriff sind im Wesentlichen Anweisungen des Leitstellendisponenten an den An-

- 1) Engl.: „Telephone cardiopulmonary resuscitation“; ebenfalls geläufig: „DA-CPR“ (engl. Dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation).
- 2) Bspw. Marung H. et al., Notfall Rettungsmed 2022, 398; Mayr, Notfall Rettungsmed 2020, 505, 508ff.; Trautmann R. et al., Rettungsdienst 2024, 756; GRC Pressemitteilung v. 28.1.2022, Köln: GRC_Pressemitteilung_T-CPR2_final.pdf (grc-org.de) – zuletzt abgerufen am 28.11.2024.
- 3) SWR STORY: #Notfall Rettung im Südwesten – Wenn die Hilfe versagt – hier anschauen (ardmediathek.de) – zuletzt abgerufen am 28.11.2024.
- 4) Wird in diesem Beitrag von Rettungsleitstelle oder Leitstelle gesprochen, ist hiervon auch die Integrierte Leitstelle (ILS) umfasst.
- 5) Wingen S. et al., Implementierungsstand der Telefonreanimation durch Rettungsleitstellen in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage, DÄBl. Int. 2022; 119: 55–6.
- 6) Die US Amerikanische Resuscitation Academy gibt eine Quote von 75 % als relevantes Qualitätsziel vor: Resuscitation Academy (Hrsg.), 2020, 10 Steps for Improving Survival From Cardiac Arrest, S. 33f.
- 7) Vgl. Wingen S. et al., DÄBl. Int. 2022; 119: 55–6.
- 8) Vgl. Deutsches Reanimationsregister – Jahresbericht 2023 zur außerklinischen Reanimation, S. 11.
- 9) Die Datenübermittlung der Rettungsleitstellen erfolgt auf freiwilliger Basis und hat daher nur eingeschränkte Aussagekraft.
- 10) Vgl. Deutsches Reanimationsregister – Jahresbericht 2023 zur außerklinischen Reanimation, S. 11.
- 11) Vgl. Pressemitteilung der DGK Herztage v. 1.10.2021 „Plötzlicher Herztod: 65.000 Menschen pro Jahr in Deutschland betroffen“. Der GRC spricht in seiner Pressemitteilung v. 28.1.2022 von mindestens 70.000 Menschen, die einen plötzlichen Herztod erleiden.
- 12) Vgl. Pressemitteilung der DGK Herztage v. 1.10.2021.
- 13) Vgl. Ziegenfuß, Notfallmedizin, 8. Aufl. 2021, S. 175ff.; Weißgerber/Hecker, Notfallkommando, 2. Aufl. 2024, S. 105ff.

Marc Tries,
Doktorand und Wissenschaftlicher Mitarbeiter,
Lehrstuhl für Kriminologie, Straf- und Medizinrecht,
Prof. Dr. iur. Dr. med. Hauke Brettel,
Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
Jakob-Welder-Weg 9, 55128 Mainz, Deutschland

rufer zur Durchführung einer Thoraxkompression am gemeldeten Notfallpatienten bei Herz-Kreislauf-Stillstand gemeint. Bevor der Disponent zur Reanimation anleitet, stellt er zunächst durch gezielte Abfrage fest, ob beim Patienten von einem Herz-Kreislauf-Stillstand auszugehen ist. Hierbei sind vor allem die Fragen nach vorhandenem Bewusstsein und einer normalen Atmung entscheidend¹⁴. Werden beide Fragen verneint, ist der Anrufer umgehend durch den Disponenten zur Durchführung der Herzdruckmassage anzuleiten¹⁵. Der schnelle Beginn mit Thoraxkompressionen (möglichst bei einer Druckfrequenz von 100–120/min und einer Eindringtiefe von 5 bis 6 cm mittig auf dem Brustbein) hat sich als besonders relevant für das neurologische Outcome nach Reanimationen herausgestellt¹⁶. Die Wirkung der Druckmassage liegt darin, in der Lunge und den Arterien noch vorhandenen Restsauerstoff weiter an die überlebenswichtigen Organe zu bringen und – auch ohne Atemspende – die Zeit bis zur Übernahme der Patientenversorgung durch geschulte bzw. professionelle Helfer in dieser äußerst zeitkritischen Phase zu überbrücken¹⁷.

Bereits in den am 18. 10. 2010 vom European Resuscitation Council (ERC) herausgegebenen Leitlinien zur Reanimation wurde ausdrücklich auf die Wichtigkeit der T-CPR hingewiesen und die Durchführung einer solchen bei Verdacht des Vorliegens eines Herz-Kreislauf-Stillstandes gefordert¹⁸. Unter dem Eindruck der ERC-Leitlinie aus 2010 empfahl auch der Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst die Durchführung der T-CPR¹⁹. In den am 25. 3. 2021 veröffentlichten aktuellen ERC-Leitlinien stellt sie einen von fünf Kernaspekten zur Rettung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand dar²⁰. In den USA hat die Resuscitation Academy in ihren 2020 veröffentlichten „10 Steps for Improving Survival from Cardiac Arrest“ festgestellt, dass die T-CPR als eine von zehn Maßnahmen zur Verbesserung des Überlebens nach einem Kreislaufstillstand zu den relativ einfach zu erreichenden Zielen („low hanging fruits“) zu zählen ist²¹.

Die vorigen Ausführungen lassen bereits die lebensrettende Bedeutung der T-CPR im Bereich der Notfallrettung erkennen. Wesentliche Ausgangsfrage für die haftungsrechtliche Bewertung ist, ob die Umsetzung der T-CPR auf deutschen Leitstellen als fachlich erwarteter Standard zu klassifizieren ist.

III. Verbindlichkeit der Telefonreanimation – Standard

1. Fachlicher Standard und die Bedeutung von Leitlinien

Standard in der Medizin ist das jeweilige auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen basierende Regelverhalten, wie es sich in der praktischen Erprobung bewährt hat und zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist²². Zur Bestimmung des Standards kommt es entscheidend auf die Kombination dieser Parameter an, wobei auch normativ wertende Elemente zu berücksichtigen sind²³.

Für den Behandlungsvertrag regelt § 630a Abs. 2 BGB, dass die Behandlung nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat. Die Beachtung fachspezifischer Standards im medizinischen Kontext ist jedoch nicht lediglich auf den Anwendungsbereich des Behandlungsvertrages begrenzt. Auch für nichtärztliche Berufsgruppen – unter anderem Notfallsanitäter und Leitstellendisponenten – gelten fachliche Standards²⁴. Sie haben die typischerweise von einem Angehörigen dieser (Berufs-)Gruppe zu erwartenden fachspezifischen Behandlungskennntnisse und Sorgfaltsanforderungen zu beachten²⁵. Der Standard ist als objektiv-typisierender Maßstab zu verstehen, an dem sich die betroffenen Gruppenzugehörigen zu orientieren

sowie ihre Entscheidungen und Handlungen auszurichten haben²⁶. Geschieht dies nicht, ist hierin eine Missachtung der gruppen- bzw. personenspezifischen Sorgfaltsanforderungen zu sehen²⁷. Somit gilt im Grundsatz der objektive Fahrlässigkeitsmaßstab im Sinne des § 276 Abs. 2 BGB²⁸.

Leitlinien von medizinischen Fachgremien begründen noch nicht verbindlich einen fachlichen Standard²⁹. Ihnen kommt vielmehr als Erkenntnisquelle eine indizielle Bedeutung zu³⁰. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) versteht unter Leitlinien „systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidung von Ärzt*innen sowie Angehörigen von weiteren Gesundheitsberufen und Patient*innen für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen“. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, „von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss“³¹. Hauptziel medizinischer Leitlinien ist es, unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen eine gute klinische Praxis zu fördern und die Öffentlichkeit

- 14) Vgl. Marung H. et al., Notfall Rettungsmed 2022, 398, 399; Mayr, Notfall Rettungsmed, 2020, 505, 509; ERC-Guidelines 2021, publ. in Resuscitation 161 (2021), S. 10 – Es reicht nicht aus, zu fragen, ob der Patient noch atmet oder nicht. Zu Beginn eines Herz-Kreislauf-Stillstandes ist eine agonale Atmung (Patient atmet nur wenig/flach, schnappt nach Luft, röchelt) durchaus typisch und wird von den Ersthelfern häufig fehlinterpretiert.
- 15) Zur Beschreibung dieses Prozesses wird plakativ die Aussage „No, no, go!“ genutzt – vgl. Marung H. et al., Notfall Rettungsmed 2022, 398, 399.
- 16) Vgl. nur ERC-Guidelines 2021, publ. in Resuscitation 161 (2021), S. 10 – Die ununterbrochene Herzdruckmassage, somit die Minimierung der Untätigkeitszeit am Patienten, gilt als zentraler Punkt.
- 17) Ziegenfuß, Notfallmedizin, 8. Aufl. 2021, S. 176.
- 18) ERC-Guidelines 2010, publ. in Resuscitation 81 (2010), bspw. S. 1260 und 1282.
- 19) Empfehlung BV ÄLRD zur Durchführung T-CPR – zuletzt abgerufen am 28. 11. 2024 über folgenden Link: Microsoft Word – 111011 Telefonreanimation BV.doc (bv-aelrld.de).
- 20) Vgl. ERC-Guidelines 2021, publ. in Resuscitation 161 (2021), S. 9, Tabelle 4 – „System saving lives infographic summary“.
- 21) Resuscitation Academy (Hrsg.), 2020, 10 Steps for Improving Survival From Cardiac Arrest, S. 31 ff.
- 22) BGH, Urt. v. 24. 2. 2015 – VI ZR 106/13, NJW 15, 1601, 1602 = MedR 2015, 724; BGH, Beschl. v. 23. 2. 2021 – VI ZR 44/20, NJW 1536, 1537 = MedR 2022, 127 m. Anm. Jansen; Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. X, Rdnr. 7; Weidenkaff, in: Grüneberg, BGB, 84. Aufl. 2024, § 630a, Rdnr. 10.
- 23) Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 71. Ed. 1. 8. 2024, § 630a, Rdnrn. 148 f.
- 24) Vgl. Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630a, Rdnr. 167; Hobusch, MedR 2023, 627, 632.
- 25) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630a, Rdnr. 167; Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 71. Ed. 1. 8. 2024, § 630a, Rdnr. 179.
- 26) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630a, Rdnr. 136; Sarangi, in: Jorzig, Hdb. Arzthaftungsrecht, 2. Aufl. 2021, Kap. 3, Rdnr. 1052 – subjektive Komponenten wie persönliche Kenntnisse oder Erfahrungen sind hierbei unbeachtlich.
- 27) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630a, Rdnrn. 138 f.
- 28) Vgl. Wagner, in: MüKo/BGB, 9. Aufl. 2023, § 630a, Rdnrn. 139 ff.; Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630a BGB, Rdnr. 38.
- 29) BGH, Urt. v. 15. 4. 2014 – VI ZR 382/12, NJW-RR 2014, 1053; BGH, Beschl. v. 28. 3. 2008 – VI ZR 57/07, BeckRS 2008, 7852 Rdnr. 4; BVerwG NVwZ-RR 2020, 933, 935; Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630a BGB, Rdnr. 41.
- 30) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630a, Rdnrn. 157 f.
- 31) Vgl. zur Leitlinien-Definition der AWMF: Leitlinien der AWMF für Ärzt*innen und Gesundheitspersonal | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. – zuletzt abgerufen am 28. 11. 2024.

darüber zu informieren. Sie sind wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen³².

2. Die T-CPR als Standard

Da Leitlinien nicht ohne Weiteres entnommen werden kann, was ein Arzt oder sonstiger Verantwortlicher zum Wohle des Patienten umzusetzen hat, bedarf es zur Bestimmung eines Standards einer weitergehenden Betrachtung des Zusammenspiels wissenschaftlicher Erkenntnisse, praktischer Erprobung und der Erforderlichkeit zur Erreichung des Behandlungsziels³³. Im Folgenden werden daher die ERC-Leitlinien, die sich eindeutig für eine flächendeckend strukturierte Durchführung der T-CPR aussprechen, im Lichte der zuvor beschriebenen Maßstäbe zur Bestimmung des Standards beleuchtet.

a) Erforderlichkeit und wissenschaftlicher Kenntnisstand

Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen trägt die T-CPR bedeutend dazu bei, nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand die Überlebensrate mit gutem neurologischem Outcome zu erhöhen³⁴. Es ist unumstritten, dass sie zur Patientenrettung im außerklinischen Bereich unbedingt erforderlich ist³⁵. Denn zum einen kann das Vorliegen eines reanimationsbedürftigen Zustands durch gezielte Laienbefragung festgestellt werden³⁶. Zum anderen ist der Leitstellendisponent in der Lage, dem Laien mit bloßen Worten die fachlich korrekte Durchführung einer Herzdruckmassage zu erklären. Die T-CPR ist somit nachweislich ein erforderliches Mittel, um die Unsicherheit der Laienhelfer zu durchbrechen und einen zeitnahen Beginn von Wiederbelebensmaßnahmen zu erreichen.

b) Erprobung und „Praktikabilität“

Die T-CPR ist bundesweit in den Leitstellen bekannt und ganz überwiegend eingeführt³⁷. Die positiven Auswirkungen für Patienten bestätigen deren erfolgreiche Erprobung³⁸. Angestrebt wird bei alledem noch, den Standard auf eine strukturierte, d. h. algorithmusbasierte und softwaregestützte Vorgehensweise einzurichten³⁹. Beispielsweise ist in Bayern bereits im März 2013 flächendeckend für alle Leitstellen ein klickbarer webbasierter Algorithmus zur Verfügung gestellt worden⁴⁰. Dass einige Leitstellen darüber noch nicht verfügen, macht die T-CPR aber weder entbehrlich noch unpraktikabel. Solche Strukturen sichern allerdings den einzelnen Mitarbeiter in der akut angespannten Lage der Gesprächsführung vor Fehlern ab und gewährleisten mit einer abfrageintegrierten Dokumentation zusätzlich das Qualitätsmanagement. Hiervon profitieren auch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD – so im Folgenden) im Rahmen ihrer Überwachungsverantwortung. Der Griff zum althergebrachten Hilfsmittel einer ausgedruckten Checkliste sollte inzwischen der Vergangenheit angehören, ist aber immer noch besser, als gänzlich frei „aus dem Kopf heraus“ die T-CPR zu betreiben.

Mit Blick auf die personellen Ressourcen stellt sich die T-CPR als zeitintensive und den Leitstellendisponenten überdurchschnittlich lange bindende Maßnahme dar⁴¹. Die personelle Besetzung einer Leitstelle muss diesem Umstand Rechnung tragen. Leitstellenträger und ÄLRD haben vor diesem Hintergrund eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Organisation sicherzustellen. Ob überhaupt und ggfs. in welchem Umfang die T-CPR Personalaufstockungen erfordert, bedarf einer sorgfältigen Auswertung. Dass der medizinische Nutzen für Patienten bei alledem nicht entscheidend ins Gewicht fallen würde und die T-CPR mit einer wirtschaftlichen Betriebsführung unvereinbar wäre, ist in keinerlei Weise ersichtlich⁴².

Darüber hinaus ist die Umsetzung der T-CPR auf Ausführungs- sowie auf Leitungsebene im Regelfall nicht mit unzumutbaren Anforderungen verbunden⁴³. Hiervon abzugrenzen bleiben Einzelfälle, in denen die T-CPR unzu-

mutbar sein kann⁴⁴. Hier können konkrete Umstände eine abweichende Beurteilung erfordern. Diesen Besonderheiten ist dann sowohl medizinisch als auch juristisch unter Würdigung der Besonderheiten im Einzelfall Rechnung zu tragen.

3. Zwischenfazit

Damit zeigt sich, dass die T-CPR auch nach den allgemeingültigen Maßstäben als fachlicher Standard zu bewerten ist; dessen Durchführung damit aus berufsfachlicher Sicht vorausgesetzt und erwartet wird. Das fordert Leitstellendisponenten wie sonstige Verantwortungsträger gleichermaßen. Es besteht kein Raum mehr für ein lediglich fakultatives Tätigwerden – sowohl auf „ausführender“ als auch auf „organisatorischer“ Ebene.

IV. Rechtliche Bewertung

Vor dem aufgezeigten Hintergrund stellt sich die Frage, welche straf- und zivilrechtlichen Konsequenzen zu erwarten sind, wenn die T-CPR nicht oder fehlerhaft umgesetzt wird. Dabei ist der Blick nicht nur auf den einen Notruf

32) Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 71. Ed. 1. 8. 2024, § 630a, Rdnr. 156.

33) Die Definition ist insbesondere für die Bestimmung des Standards bei ärztlichen Maßnahmen gebräuchlich – vgl. Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 71. Ed. 1. 8. 2024, § 630a, Rdnr. 148. Die Kriterien eignen sich aber auch zur Bewertung der T-CPR.

34) Vgl. Hagihara A. et al., Dispatcher-assisted bystander cardiopulmonary resuscitation and survival in out-of-hospital cardiac arrest, Int. Journal of Cardiology 2018, 265: S. 240 ff.; Riva G. et al., Survival after dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest, Resuscitation 2020, 157: S. 195 ff.

35) Marung H. et al., Notfall Rettungsmed 2022, 398; Mayr, Notfall Rettungsmed 2020, 505, 508 ff.; Trautmann R. et al., Präklinische Reanimationsmaßnahmen, Rettungsdienst 2024, 756 ff.; GRC Pressemitteilung v. 28. 1. 2022, Köln: GRC_Pressemitteilung_T-CPR_2_final.pdf (grc-org.de) – zuletzt abgerufen am 28. 11. 2024.

36) Die Studie von Breckwoldt J. et al., Perceptions of collapse and assessment of cardiac arrest by bystanders of out-of-hospital cardiac arrest (OOHCA), Resuscitation 2009, 80: S. 1108 ff. kam zu dem Ergebnis, dass nur die Hälfte der Befragten in der Lage war, einen Herzstillstand zu erkennen, wenn sie hiervon Zeuge wurden.

37) Vgl. Wingen S. et al., DÄBl. Int. 2022; 119: 55–6.

38) Trautmann R. et al., Präklinische Reanimationsmaßnahmen, Rettungsdienst 2024, 756, 759 f.

39) So auch die Forderung des GRC in seiner Arbeitsgruppe T-CPR: Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council (GRC) e. V. (grc-org.de) – zuletzt abgerufen am 28. 11. 2024; Marung H. et al., Notfall Rettungsmed 2022, 398, 399; Wingen S. et al., Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 55–6.

40) Meyer O. et al., T-CPR Bayern, Notarzt 2013, 141, 144.

41) Vgl. OVG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 15. 12. 2022 – 3 K 87/21 –, juris, Rdnrn. 178 ff. – Im konkreten Fall wird von Seiten des Leitstellenträgers eine durchschnittliche Bindung des Disponenten von zehn Minuten bei Durchführung der T-CPR vorgetragen.

42) Vgl. OVG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 15. 12. 2022 – 3 K 87/21 –, juris, Rdnrn. 172, 178 f. – Der Senat sieht Organisationsmaßnahmen, die bedarfsgerecht und verhältnismäßig sind, als grundsätzlich wirtschaftlich an.

43) Das belegen bereits die vorigen Ausführungen in diesem Abschnitt. Insbesondere fachlich-personelle Gründe sowie Kosten Erwägungen stehen der Umsetzung der T-CPR nicht entgegen. Von den einzelnen Disponenten kann aufgrund ihrer ausbildungsbedingten Vorerfahrung die Durchführung der T-CPR aber verlangt werden, selbst wenn es noch an besonderen Schulungen und detaillierten Abfrage- und Anweisungsvorgaben fehlt – vgl. hierzu allgemein Marung H. et al., Notfall Rettungsmed 2022, 398, 399; Mayr, Notfall Rettungsmed 2020, 505, 508 f.

44) Bspw., wenn die körperliche Verfassung des Laienhelfers oder die besondere Auffindesituation des Patienten (unzugänglich, nicht ohne weiteres umzulagern, Gefahrensituationen z. B. durch Strom) die Einleitung von Reanimationsmaßnahmen unzumutbar bzw. unmöglich machen.

annehmenden Leitstellendisponenten, sondern auch auf die für den Leitstellenbetrieb Verantwortlichen, insbesondere ÄLRD, zu richten.

1. Organisationsstruktur der Rettungsleitstellen

Die Organisation des Rettungswesens liegt im Kompetenzbereich der Landesgesetzgeber (Art. 30, 70 GG) und ist dementsprechend in den jeweiligen Landesrettungsdienstgesetzen (LRDG) geregelt⁴⁵. Überwiegend haben sich die Bundesländer für eine öffentlich-rechtliche Ausgestaltung des Rettungsdienstes entschieden⁴⁶. Selbst im grundsätzlich privatrechtlich organisierten Rettungsdienst in Baden-Württemberg ist die Lenkungsaktivität der Leitstellen hoheitlicher Natur⁴⁷. Die Verantwortung der Organisation und Überwachung des Rettungswesens tragen neben den öffentlichen Trägern die für diese tätig werdenden ÄLRD. Sie haben den Auftrag, die Strukturen und Abläufe im Rettungsdienst zu überwachen sowie die Qualität der rettungsdienstlichen Versorgung zu sichern und weiterzuentwickeln⁴⁸. Die ÄLRD sind außerdem zuständig für die Erstellung von Standardarbeitsanweisungen für das nichtärztliche und ärztliche Personal⁴⁹. Ihre Funktion ist daher in etwa mit der des Chefarztes im Krankenhaus vergleichbar⁵⁰. Auch die Rettungsleitstellen als Komponente des Rettungsdienstbereichs unterliegen in diesen medizinisch-administrativen Angelegenheiten der Verantwortung der ÄLRD⁵¹.

2. Organisations- und Überwachungsverantwortung

In mehrstufig strukturierten Krankenversorgungsbereichen stellen deren Organisation und Überwachung eine besondere sowie bedeutsame Herausforderung dar. Klassischer Anwendungsfall ist das Krankenhaus als komplexe Einrichtung, die neben einer medizinischen Organisationsstruktur auch administrative und technische Bereiche beinhaltet. Die Organisations- und Überwachungsverantwortlichen (v. a. Krankenhausleitung und Chefarzte) müssen durch ein funktionierendes Krankenhausmanagement Fehler auf allen Ebenen unterbinden, um so eine sachgemäße und gefahrlose Behandlung der Patienten zu gewährleisten⁵². Hierzu gehört auch und insbesondere die Wahrung des allgemein anerkannten fachlichen Standards. Dieser umfasst zudem die Pflicht zur allgemein ordnungsgemäßen Organisation⁵³. Zu berücksichtigen ist demnach die Planung, Implementierung und Überwachung von Arbeitsabläufen sowie das Vorhalten ausreichender Personalressourcen⁵⁴.

Die genannten Anforderungen sind auch im Rettungsdienst von erheblicher Relevanz. Bei diesem geht es nicht nur um den bloßen Patiententransport, vielmehr beginnt er schon mit der Durchführung lebensrettender Maßnahmen am Notfallort⁵⁵. Durch medizintechnische Entwicklungen und mit dem seit 2014 geltenden Berufsbild des Notfallsanitäters hat sich die präklinische Patientenversorgung weiter intensiviert⁵⁶. Insoweit ist nachvollziehbar, dass die Bedeutung der Organisations- und Überwachungsverantwortung für die Verantwortlichen – Träger und ÄLRD – nicht nur im klinischen, sondern auch im präklinischen Bereich zunimmt. Die T-CPR ist als Standardmaßnahme in den Rettungsleitstellen besonders hervorzuheben. Bei haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen wird nicht nur ein Fehlverhalten der Disponenten bei der Art und Weise der Umsetzung zu prüfen sein. Im Fokus stehen daneben auch Versäumnisse bei der Organisation und Überwachung des Leitstellenbetriebs. Für die Verantwortlichen bedeutet das konkret, dass eine sowohl technisch als auch personell (quantitativ und qualitativ)⁵⁷ ausreichende Infrastruktur zur Durchführung der T-CPR sichergestellt werden muss.

3. Zivilrechtliche Beurteilung

a) Besonderheit – Amtshaftung

Soweit das Rettungswesen öffentlich-rechtlich organisiert ist, kann Schadensersatz ausschließlich im Wege einer Amtshaftungsklage gem. § 839 Abs. 1 BGB i. V. m. Art. 34 GG geltend gemacht werden⁵⁸. Sie ist zwingend gegen den Leitstellenträger, nicht aber gegen einzelne Disponenten oder ÄLRD zu richten, da sie in den hoheitlichen Tätigkeitsbereich des Trägers einbezogen sind und als Beamte im haftungsrechtlichen Sinne hoheitlich tätig werden⁵⁹. In Ausübung ihrer öffentlichen Ämter profitieren sie vom sog. Amtshaftungsprivileg. Nur bei grob fahrlässigem oder vorsätzlichem Fehlverhalten eines Einzelnen kann der Träger diesen im Innenverhältnis in Regress nehmen⁶⁰. Eine Amtshaftungsklage ist begründet, wenn unter anderem die Verletzung einer drittgerichteten Amtspflicht, ein Schadenseintritt und die Kausalität zwischen Amtspflichtverletzung und Schaden vorliegen⁶¹. Im Fall von Rettungseinsätzen, wie auch bei der T-CPR, sind insbesondere die Pflichtverletzung sowie die Kausalität problembehaftet und werden daher im Folgenden genauer betrachtet⁶².

b) Verpflichtung zur Durchführung der T-CPR

Für die haftungsrechtliche Prüfung stellt sich die Frage, ob die T-CPR bundesweit Amtspflicht ist. Aufgrund fehlender bzw. unterschiedlicher Schulungen und Anweisungen

45) Vgl. *Hobusch*, MedR 2023, 627, 628; *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 71. Ed. 1.8.2024, § 630a, Rdnr. 19; *Wagner*, in: MüKo/BGB, 9. Aufl. 2023, § 630a, Rdnr. 52.

46) Vgl. *Wagner*, in: MüKo/BGB, 9. Aufl. 2023, § 630a, Rdnr. 52; *Hobusch*, MedR 2023, 627, 628.

47) Das ist inzwischen in § 11 Abs. 3 S. 1 RDG BaWü geregelt – vgl. auch OLG Stuttgart, Urt. v. 18.8.2005 – 2 U 25/05, juris, Rdnr. 35. Hierunter wird man – unter Berücksichtigung von Wortlaut, Telos und Gesetzessystematik – auch Anweisungen des Leitstellendisponenten zur T-CPR fassen müssen.

48) Vgl. *Lissel*, in: *Ratzel/Luxenburger*, Hdb. Medizinrecht, 4. Aufl. 2021, Kap. 40, Rdnr. 55 – Die LRDG verhalten sich recht unterschiedlich zur Beschreibung des Aufgabenbereichs des ÄLRD. Teilweise sind konkrete Anforderungen geregelt, bspw. in § 10 Abs. 1 RettDG RLP. Andere LRDG bleiben bei pauschalen, allgemeinen Ausführungen, bspw. § 7 Abs. 3 RettG NRW.

49) So bspw. in § 10 Abs. 1 Nr. 2 RettDG RLP geregelt.

50) *Sarangi*, in: *Jorzig*, Hdb. Arzthaftungsrecht, 2. Aufl. 2021, Kap. 3, Rdnr. 1036.

51) Das ergibt sich aus der Zugehörigkeit der Leitstellen zum Rettungsdienstbereich und kann zudem gesetzlich hergeleitet werden – bspw. für RLP aus § 7 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 10 RettDG RLP.

52) *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 71. Ed. 1.8.2024, § 630a, Rdnr. 113.

53) Vgl. BT-Dr. 17/10488, 20 (zu § 630a Abs. 2 BGB).

54) Vgl. *Kudlich/Neelmeier*, NJW 2021, 1185; *Ulsenheimer*, in: *Laufs/Kern/Rehborn*, Hdb. d. Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 150, Rdnrn. 28 f.

55) Vgl. bspw. § 2 Abs. 2 S. 1 RettDG RLP; § 1 Abs. 2 S. 1 RDG BaWü und § 2 Abs. 2 S. 1 RettG NRW – vgl. außerdem *Hobusch*, MedR 2023, 627, 631.

56) Vgl. *Hobusch*, MedR 2023, 627, 631.

57) Gemeint ist hiermit zum einen die erforderliche Anzahl an Mitarbeitern zur Gewährleistung des Leitstellenbetriebs und zum anderen deren fachliche Eignung zur Umsetzung der T-CPR, v. a. durch entsprechende Schulungen.

58) Vgl. *Wagner*, in: MüKo/BGB, 9. Aufl. 2023, § 630a, Rdnr. 50; *Sarangi*, in: *Jorzig*, Hdb. Arzthaftungsrecht, 2. Aufl. 2021, Kap. 3, Rdnr. 1049.

59) OLG Zweibrücken, Urt. v. 23.1.2001 – 5 U 11/00, BeckRS 2001, 20310, Rdnr. 33.

60) Vgl. *Sarangi*, Notfall Rettungsmed 2020, S. 497 ff.

61) Vgl. *Wöstmann*, in: *Staudinger*, BGB, 2020, § 839, Rdnr. 20.

62) Vgl. bspw. OLG Hamm, Urt. v. 26.10.2022 – 11 U 127/21, BeckRS 2022, 54292 = MedR 2024, 122; LG Düsseldorf, Urt. v. 11.3.2020 – 2b O 112/17, BeckRS 2020, 50015.

sowie wegen mangelnder (softwarebasierter) Algorithmen besteht die Gefahr regionaler Unterschiede mit der Folge, dass die T-CPR als „Sonderleistung“ verstanden werden könnte, auf die kein Anspruch besteht. Ihre Bewertung als Standardmaßnahme lässt jedoch keine Ausnahmen nach Regionen, Ausbildungsstand oder technischen Gegebenheiten zu⁶³. Unterbleibt ihre Umsetzung, wird der berufsfachlich geschuldete Sorgfaltsmaßstab nicht eingehalten. Daran würde sich auch nichts ändern, wenn der ÄLRD für seinen Leitstellenbereich keine Anweisung zur Durchführung der T-CPR aussprechen bzw. nicht die erforderlichen Schulungen, Algorithmen oder (sich in Grenzen haltenden) personellen Ressourcen zur Verfügung stellen würde. Dieses Verhalten könnte sich dann wiederum selbst als sorgfaltswidrig darstellen⁶⁴. Mängel in der Organisation, Überwachung und Durchführung der T-CPR können demnach als Amtspflichtverletzung einer Amtshaftungsklage zugrunde gelegt werden.

c) Kausalität – Anwendbarkeit arzt haftungsrechtlicher Grundsätze

Verlauf und Ausgang des Amtshaftungsprozesses hängen maßgeblich von der Frage ab, ob vom Patienten (bzw. im Todesfall von den Erben) bewiesen werden kann, dass die behauptete Amtspflichtverletzung für den eingetretenen Schaden ursächlich war. Würde man die allgemeinen Grundsätze der Darlegungs- und Beweislast für den konkreten Fall der T-CPR anwenden, müsste der Patient zunächst ein pflichtwidriges Verhalten des Leitstellendisponenten und sodann auch dessen Ursächlichkeit für den eingetretenen Schaden in Gestalt des Todes oder einer gesundheitlichen Verschlechterung des Patienten darlegen und beweisen⁶⁵. Ein solcher Kausalitätsnachweis mit der dafür erforderlichen Sicherheit gestaltet sich jedoch als äußerst schwierig, wenn es um die Versorgung eines Patienten mit Kreislaufstillstand geht. Selbst rechtsmedizinische Untersuchungen Verstorbener lassen kaum zweifelsfreie Feststellungen erwarten, wonach der Patient durch eine früher begonnene Herzdruckmassage länger gelebt hätte. Diese „Beweisnot“ könnte allerdings im Fall einer Beweislastumkehr auf den Beklagten übertragen werden⁶⁶. § 630h Abs. 5 S. 1 BGB sieht für den Anwendungsbereich des Behandlungsvertrages eine solche bei groben Behandlungsfehlern vor⁶⁷. Für den Ausgang des Amtshaftungsprozesses ist es mithin entscheidend, ob die arzt haftungsrechtlichen Beweisregeln auch außerhalb eines Behandlungsvertrages bei hoheitlicher medizinischer Versorgung, und zudem bei Maßnahmen nichtärztlichen Fachpersonals gelten. Die beiden Fragestellungen sind jedenfalls dogmatisch differenziert zu betrachten⁶⁸.

Bezüglich der ersten Frage besteht weitestgehend Einigkeit, dass die Grundsätze zur Beweislastumkehr bei groben ärztlichen Behandlungsfehlern gleichermaßen auch im Amtshaftungsprozess Anwendung finden. Für die Leitstellen stellte dies das KG Berlin in einem Hinweisbeschluss fest⁶⁹. Der Senat führte aus, dass die rechtliche Grundlage der Behandlung (oder „Nicht-Behandlung“) nicht maßgeblich und insbesondere aus Sicht des Patienten irrelevant sei⁷⁰. Es kommt somit nicht darauf an, ob das der (Be-)Handlung zugrundeliegende Verhältnis zum Patienten privatrechtlicher oder öffentlich-rechtlicher Natur ist.

Zugleich geht aus dem Hinweisbeschluss ohne nähere Begründung hervor, dass die Beweisregeln auch bei Tätigwerden nichtärztlichen Personals Anwendung finden⁷¹. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der inzwischen gefestigten höchstrichterlichen Rechtsprechung, nach der sich klare und handhabbare Maßstäbe zur Anwendung der Regeln des § 630h Abs. 5 S. 1 BGB bei nichtärztlichen Tätigkeiten herausgebildet haben⁷². Es kommt demnach richtigerweise nicht auf eine möglichst präzise Annäherung der jeweiligen Tätigkeit an den Begriff der medizinischen

Behandlung an. Vielmehr ist eine Vergleichbarkeit der Interessenlagen entscheidend⁷³. Die arzt haftungsrechtlichen Beweisgrundsätze sollen „bei grober Verletzung sonstiger Berufs- oder Organisationspflichten entsprechend gelten, sofern diese ähnlich wie beim Arztberuf dem Schutz von Leben und Gesundheit anderer dienen“⁷⁴. Wird eine entsprechende Pflicht grob vernachlässigt, soll sich in der Folge die Beweislastverteilung zugunsten des Geschädigten verändern, da diesem nach Treu und Glauben die Folgen der Ungewissheit, ob der Schaden abwendbar war, nicht zugemutet werden können⁷⁵.

Legt man diese Maßstäbe zugrunde, sind die Grundsätze der Beweislastumkehr im Arzthaftungsrecht auch auf den Leitstellendisponenten übertragbar, weil seine Berufs- und Organisationspflichten ebenfalls dazu dienen, andere vor Körper- und Gesundheitsgefahren zu schützen. Das folgt bereits aus der „Natur“ der Rettungsleitstellen als wesentlicher Bestandteil des Notfallmedizinischen Versorgungsapparats⁷⁶. Der Leitstellendisponent, der selbst

63) Vgl. „III., 3.“.

64) Vgl. OLG Zweibrücken, Urt. v. 23.1.2001 – 5 U 11/00, BeckRS 2001, 20310, Rdnr. 36 – Hier nahm das Gericht eine Amtspflichtverletzung auch für Mängel in der Organisation der Rettungsleitstelle an.

65) Vgl. Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 71. Ed. 1.8.2024, § 630h, Rdnrn. 7 ff.

66) Vgl. Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. XI, Rdnr. 70; Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630h, Rdnrn. 14 f.

67) Nach der in der Rspr. etablierten Definition liegt ein solcher vor, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf – vgl. BGH, NJW 2018, 309, 310; 2022, 2747.

68) Vgl. KG Berlin, Urt. v. 19.5.2016 – 20 U 122/15, BeckRS 2016, 10425, Rdnr. 24 = MedR 2017, 388.

69) KG Berlin, Hinweisbeschl. v. 20.3.2017 – 20 U 147/16, BeckRS 2017, 115857.

70) KG Berlin, Hinweisbeschl. v. 20.3.2017 – 20 U 147/16, BeckRS 2017, 115857, Rdnr. 20; ebenso OLG Hamm, Urt. v. 26.10.2022 – 11 U 127/21, BeckRS 2022, 54292, Rdnr. 18 = MedR 2024, 122 ff.; LG Düsseldorf, Urt. v. 11.3.2020 – 2b O 112/17, BeckRS 2020, 50015, Rdnr. 25; vgl. auch Sarangi, Notfall Rettungsmed 2020, 497, 498.

71) KG Berlin, Hinweisbeschl. v. 20.3.2017 – 20 U 147/16, BeckRS 2017, 115857, Rdnr. 21 – konkret für den Leitstellendisponenten.

72) BGH, Urt. v. 11.5.2017 – III ZR 92/16, NJW 2017, 2108 = MedR 2018, 90 m. Anm. Katzenmeier; (Hausnotrufdienst); BGH, Urt. v. 23.11.2017 – III ZR 60/16, NJW 2018, 301, 303 = MedR 2018, 481 m. Anm. Laumen (Badeaufsicht); BGH, Urt. v. 4.4.2019 – III ZR 35/18, NJW 2019, 1809 = MedR 2019, 799 m. Anm. Lippert (Sportunterricht); OLG Hamm, Urt. v. 26.10.2022 – 11 U 127/21, BeckRS 2022, 54292, Rdnr. 17 = MedR 2024, 122 ff.; zustimmende Lit. bspw.: Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. XI, Rdnr. 70; Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630h, Rdnr. 14; Wagner, in: MüKo/BGB, 9. Aufl. 2023, § 630h, Rdnr. 90.

73) Vgl. OLG Hamm, Urt. v. 26.10.2022 – 11 U 127/21, BeckRS 2022, 54292, Rdnr. 18 = MedR 2024, 122 – Anders das OLG Braunschweig, welches ein Tätigwerden im ärztlichen Kompetenzbereich verlangt – Beschl. v. 24.8.2020 und 28.10.2020 – 9 U 27/20.

74) Vgl. OLG Hamm, Urt. v. 26.10.2022 – 11 U 127/21, BeckRS 2022, 54292, Rdnr. 17 = MedR 2024, 122.

75) Vgl. BGH, Urt. v. 11.5.2017 – III ZR 92/16, NJW 2017, 2108, 2110 = MedR 2018, 90 m. Anm. Katzenmeier.

76) Diese Funktion ergibt sich bereits aus den LRDG, bspw. § 7 Abs. 3 Nr. 2 RettDG RLP; § 11 Abs. 1, 3 RDG BaWü; § 8 RettG NRW. Zudem bejahte der BGH die Beweislastumkehr für den Hausnotrufdienst (BGH, Urt. v. 11.5.2017 – III ZR 92/16). Man wird daher für die Rettungsleitstellen erst recht die geforderte Vergleichbarkeit der Interessenlagen bejahen können.

über heilkundliche Fachkenntnisse verfügt, stellt mit seiner Lenk- und Dispositionstätigkeit die Weichen für die medizinische Versorgung des Patienten. Die T-CPR stellt in diesem Kontext nochmals einen Sonderfall dar, der auf Grundlage des zuvor Gesagten jedoch ebenfalls eindeutig zu bewerten ist. Durch die Reanimationsanleitung steuert der Disponent nach der Abfrage mit gleichzeitiger diagnostischer Ersteinschätzung mittelbar die lebenserhaltende Maßnahme. Er besitzt in diesem Szenario ein besonderes medizinisches Fachwissen, das er an den Laienhelfer vermittelt. Dem Leitstellendisponenten kommt damit, anders als den reanimierenden Ersthelfern, eine übergeordnete Stellung mit entsprechenden Berufs- und Organisationspflichten zu.

d) Informed Consent bei der T-CPR

Auch in der notfallmedizinischen Versorgung gelten die Grundsätze der Patienteneinwilligung zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts wie sie in § 630d Abs. 1 BGB für den Behandlungsvertrag geregelt wurden⁷⁷. Im Vorfeld der Einwilligungserklärung ist der Patient über die wesentlichen Umstände der jeweiligen Maßnahme aufzuklären, um so der Informations- und Wissensasymmetrie zwischen ihm und dem Behandler entgegenzuwirken sowie eine ausreichende Entscheidungsgrundlage zu schaffen (vgl. für Eingriffe im Rahmen eines Behandlungsvertrages § 630d Abs. 2 i. V. m. § 630e Abs. 1 und 2 BGB)⁷⁸. Mangels spezieller Vorschriften in den Landesrettungsdienstgesetzen werden die Regelungen der §§ 630d und e BGB entsprechend auf den Bereich der Notfallrettung übertragen⁷⁹. Die Anforderungen sind dann ggfs. anzupassen. Denn je dringender eine Maßnahme zur Rettung des Patienten erforderlich ist, umso geringer sind die Anforderungen an die Aufklärung zu bewerten⁸⁰. Im Notfall reduziert sie sich auf die wesentlichen Kernpunkte und Irrelevantes sowie Selbstverständliches braucht nicht erläutert zu werden⁸¹. Die Pflicht zur Aufklärung und Einholung der Einwilligung kann auch gänzlich entfallen. Ist der Patient beispielsweise bewusstlos oder aufgrund von Vorerkrankungen einwilligungsunfähig und kann ein Einwilligungsberechtigter nicht rechtzeitig herangezogen werden, ist in der Regel von einer mutmaßlichen Einwilligung auszugehen (vgl. §§ 630d Abs. 1 S. 4, 630e Abs. 3 BGB). Besteht der Verdacht eines Herz-Kreislauf-Stillstandes, wird es immer an der Einwilligungsfähigkeit des Patienten fehlen. Die Vornahme notfallmedizinischer Behandlungen, vor allem von Wiederbelebensmaßnahmen, wird dann regelmäßig dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen und eine Aufklärung entbehrlich bzw. unmöglich sein⁸².

Der Leitstellendisponent leitet mit der T-CPR zwar nur mittelbar zu lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen an. Man wird die für die Patientenaufklärung entwickelten Grundsätze aber auch auf ihn übertragen müssen⁸³. Die praktischen Auswirkungen sind jedoch gering. Gelangt der Disponent durch Abfrage des Anrufers zum wahrscheinlichen Vorliegen eines Herzstillstandes, ist i. d. R. von einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten zur Durchführung der T-CPR auszugehen. Wird von Seiten des Anrufenden bekundet, dass der bewusstlose Patient keine lebenserhaltenden Maßnahmen mehr wünscht, ist die Überprüfung dieses Sterbewillens für den Disponenten nahezu unmöglich. Um die Verletzung seiner Pflichten und ein Strafbarkeitsrisiko zu vermeiden, sollte auch in diesen Fällen immer die T-CPR angeleitet werden. Zudem sind alle weiteren Maßnahmen wie die Entsendung der Rettungsmittel und ggfs. First Responder zu veranlassen. Wird von den Ersthelfern die Umsetzung der T-CPR verweigert, ist die Grenze des Möglichen für den Leitstellendisponenten erreicht.

Trotz der praktisch überschaubaren Relevanz besteht in der Aufklärungspflicht ein potenzieller haftungsrechtlicher Anknüpfungspunkt. Eine Sensibilisierung für die Handha-

bung im Anwendungsfall der T-CPR sollte daher Teil des Qualitätsmanagements in den Leitstellen sein.

e) Organisationshaftung

Neben der Amtspflichtverletzung durch den Leitstellendisponenten ist auch eine Verletzung von Organisations- und Überwachungspflichten denkbar. Kommen Leitstellenträger und/oder ÄLRD ihrer Organisations- und Überwachungsverantwortung nicht oder nur ungenügend nach, löst die hieraus resultierende (Amts-)Pflichtverletzung im Haftungsfall ebenfalls den Anwendungsbereich der Amtshaftung aus⁸⁴. Betrachtet man die Fallgruppe, in der weder die Strukturen zur Durchführung der T-CPR geschaffen wurden noch die Anweisung hierzu besteht, wird man nach der hier vertretenen Auffassung von der Verletzung einer Organisationspflicht ausgehen müssen. Träger und ÄLRD haben den fachlichen Standard zu gewährleisten und tragen die Anordnungsverantwortung⁸⁵. Sie sind verpflichtet die hierfür erforderlichen Vorkehrungen im Sinne einer ordnungsgemäßen Organisation zu treffen, was im beschriebenen Fall nicht geschieht.

Besteht bereits die Anweisung zur T-CPR, kann sich im Einzelfall eine Organisationshaftung ergeben, wenn beispielsweise keine ausreichenden personellen und technischen Ressourcen vorhanden sind oder ein mangelhaftes Qualitätsmanagement betrieben wird (z. B. keine Schulungen für die Disponenten). Diese Organisationsmängel müssen bis zum Schaden beim Patienten durchschlagen. Zu beachten ist dabei, dass für die haftungsbegründende Kausalität auch in diesen Anwendungsfällen der Grundsatz der Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern (hier: grobe Verletzung von Organisationspflichten) gilt. Die vorigen Ausführungen zur Übertragung des arzt haftungsrechtlichen Grundsatzes finden mit demselben Argumentationsmuster entsprechende Anwendung beim Träger und ÄLRD⁸⁶.

f) Zwischenfazit

Aus der Einstufung der T-CPR als Standard ergibt sich für den Leitstellenträger ein erhöhtes Risiko, im Wege der Amtshaftung in Anspruch genommen zu werden. Kommt es zum Prozess, sind außerdem die arzt haftungsrechtlichen Beweislastregeln zu beachten, die im Falle des Vorliegens eines groben Behandlungsfehlers (z. B. bei unterlassener T-CPR trotz eindeutiger Indikation) die Erfolgsaussichten der Patientenseite deutlich erhöhen können.

4. Strafrechtlicher Überblick

Anders als im Zivilrecht sind Leitstellendisponenten und die ihnen übergeordneten Verantwortlichen im Strafrecht nicht durch die Amtshaftung privilegiert. Die sie treffende hoheitliche, insbesondere aus den jeweiligen LRDG herzu-

77) LG München II, Urt. v. 13.3.2024 – 1 O 5113/21 Hei, BeckRS 2024, 11291, Rdnr. 60; Hobusch, MedR 2023, 627, 633.

78) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e, Rdnr. 1.

79) Hobusch, MedR 2023, 627, 633.

80) BGH, Urt. v. 22.12.2010 – 3 StR 239/10, NJW 2011, 1088, 1089, LG München II, Urt. v. 13.3.2024 – 1 O 5113/21 Hei, BeckRS 2024, 11291, Rdnr. 60; Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. V, Rdnr. 28.

81) LG München II, Urt. v. 13.3.2024 – 1 O 5113/21 Hei, BeckRS 2024, 11291, Rdnr. 60.

82) Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 71. Ed 1.8.2024, § 630e, Rdnr. 53.

83) Vgl. auch Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e, Rdnr. 13.

84) OLG Zweibrücken, Urt. v. 23.1.2001 – 5 U 11/00, BeckRS 2001, 20310, Rdnr. 36.

85) Vgl. Hobusch, MedR 2023, 627, 632.

86) Auch wenn der ÄLRD im medizinisch-administrativen Bereich tätig ist, dient er in seiner Funktion dem Schutz von Leben und Gesundheit der Notfallpatienten. S. auch BÄK-Curriculum ÄLRD i. d. F. v. 13.3.2025, zu 4.4 und 4.5.

leitende berufliche Pflicht begründet eine (Beschützer-)Garantenstellung i. S. d. § 13 StGB gegenüber Patienten⁸⁷. Besteht ein Anfangsverdacht, dass sie dieser Verpflichtung bei einer gebotenen T-CPR nicht mit ausreichender Sorgfalt im Rahmen ihres Einflussbereiches nachgekommen sind, kommt ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) bzw. fahrlässiger Körperverletzung (§ 229 StGB), meist durch Unterlassen, in Betracht⁸⁸. Fahrlässig handelt derjenige, der die Sorgfalt außer Acht lässt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet ist⁸⁹. Wie schon im Zivilrecht, ist auch nach strafrechtlichen Grundsätzen in der Missachtung bzw. Unterschreitung des fachlichen Standards im Regelfall eine den Fahrlässigkeitstatbestand begründende Sorgfaltspflichtverletzung zu sehen⁹⁰. Liegen beispielsweise nach der Abfrage des Leitstellendisponenten Anzeichen für einen Herz-Kreislauf-Stillstand vor, disponiert dieser dann aber nur über die Rettungskräfte, ohne eine T-CPR anzuleiten, stellt dies eine Sorgfaltspflichtverletzung sowie zugleich eine Missachtung seiner Beschützergarantenpflicht dar.

Denkt man den Fall auf der Leitungsebene weiter, hat der strafrechtliche Fahrlässigkeitsvorwurf einen anderen Anknüpfungspunkt. ÄLRD und weitere übergeordnete Verantwortliche werden sich unter Umständen dem Vorwurf der Ermittlungsbehörden ausgesetzt sehen, aufgrund von mangelnder Organisation und Überwachung für den eingetreten tatbestandlichen Erfolg (mit-)verantwortlich zu sein. Da es eine zentrale Organisationsaufgabe insbesondere der ÄLRD ist, den fachlichen Standard im Rettungsdienst zu gewährleisten, wird man mit der Einstufung der T-CPR als Standard eine Sorgfaltspflichtverletzung annehmen müssen, wenn gar keine Strukturen und Anweisungen zur Durchführung der T-CPR erfolgen. Werden die erforderlichen Bedingungen nur ungenügend geschaffen, wobei auch personelle Ressourcen zur zeitaufwendigen Abwicklung der T-CPR sowie eine Fort- und Weiterbildung der Leitstellenmitarbeiter zu berücksichtigen sind, kann hierin ebenfalls ein sorgfaltswidriges Verhalten erkannt werden⁹¹.

Sowohl für den Leitstellendisponenten als auch für die Organisationsverantwortlichen wird eine Strafbarkeit jedoch meist an der „Hürde“ der Kausalität scheitern. In den hier überwiegend relevanten Fällen einer unterlassenen Maßnahme muss nachgewiesen werden, dass der Tod oder die Körperverletzung durch die gebotene („sorgfältige“), aber unterbliebene Handlung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit abgewendet worden wäre⁹². Bei medizinischen Eingriffen und Behandlungen fällt dieser Kausalitätsnachweis meist schwer. Das gilt umso mehr in Fällen des Herz-Kreislauf-Stillstandes, die ihre Ursache in einem schwerwiegenden, bei Eintritt oft noch unbekannten pathologischen Zustand haben. Im konkreten Fall der T-CPR wird daher der erforderliche Nachweis, dass der Patient bei Überbrückung des therapiefreien Intervalls mit Herzdruckmassage überlebt hätte, selbst nach einer Leichenöffnung nur höchst selten mit der für eine Verurteilung erforderlichen Sicherheit zu führen sein. Anders als im Zivilprozess, sind dem Strafverfahren zudem Beweiserleichterungen oder gar eine Umkehr der Beweislast fremd. Vielmehr ist im Strafprozess der Grundsatz „in dubio pro reo“ zu beachten, wonach der Angeklagte freizusprechen ist, wenn das Gericht nicht davon überzeugt ist, dass der Körperverletzungs- oder Todeserfolg bei pflichtgemäßer Handlung ausgeblieben wäre⁹³. Mag letztlich der für eine Anklageerhebung bzw. Verurteilung erforderliche Kausalitätsnachweis nicht geführt werden können, so dienen die Ermittlungsergebnisse der Einschätzung von Erfolgsaussichten einer Zivilklage mit den dort geltenden Regelungen zu Beweiserleichterungen. Dazu gehören insbesondere die Auswertung zeitnah beschlagnahmter Einsatzdokumentationen und Notrufaufzeichnungen sowie bei verstorbenen Patienten deren Obduktion gem. § 87 Abs. 2 StPO.

Die zunehmend öffentlichkeitswirksam thematisierte T-CPR lässt eine Sensibilisierung der Strafverfolgungsbehörden und Angehörigen von Patienten, vor allem aber auch mit deren Interessenwahrnehmung Beauftragter erwarten. Ein aussagekräftig dokumentiertes Qualitätsmanagement nebst der Einrichtung möglichst softwarebasierter Abfrage- und Hinweisalgorithmen für die Disponenten trägt somit zur frühzeitigen Entlastung bei. Weitere entlastende Umstände für Leitstellendisponenten können im Einzelfall beispielsweise der zeitgleiche Eingang einer Vielzahl von Notrufen (sog. Pflichtenkollision) oder Sprachbarrieren sein.

V. Fazit

Die T-CPR hat in Deutschland den Stellenwert eines Standards erreicht. Ihr Unterlassen kommt ohne besondere Rechtfertigung einem Behandlungsfehler gleich. Mangel es in Leitstellen noch an implementierbarer „Skills“, insbesondere softwarebasierten Abfrage- und Anweisungsalgorithmen, die für eine vereinfachte und verbesserte Umsetzung durch Leitstellenmitarbeiter sorgen können, rechtfertigt das ein generelles Unterlassen der T-CPR nicht mehr. Den zur Organisation und Überwachung des Leitstellenbetriebs berufenen Verantwortlichen, wozu insbesondere ÄLRD und die zuständigen Behördenleiter gehören, ist nach alledem dringend anzuraten, für eine Umsetzung der T-CPR Sorge zu tragen und damit auch ihren Mitarbeitern den erforderlichen Rückhalt zu geben. Die Öffentlichkeit ist durch verstärkte Berichterstattung in den Medien sensibilisiert. Deren Vertrauen in eine gewissenhafte und sorgfältige Erfüllung hoheitlicher (Leitstellen-)Aufgaben gilt es zu beizubehalten und alle Beteiligten vor einer gerichtlichen Aufarbeitung eines „plötzlichen Herztodes“ zu bewahren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

87) Für den Notarzt: *Fehn*, MedR 2014, 543, 547 – Die Ausführungen sind auf den Leitstellendisponenten übertragbar, da dieser zu Beginn der „Rettungskette“ bspw. darüber entscheidet, ob überhaupt ein Notarzt zum Patienten entsendet wird.

88) Denkbar ist auch eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 323c StGB, wenn der Disponent trotz Erkennbarkeit einer medizinischen Notlage, keine Hilfe leistet.

89) BGH, Urt. v. 26.11.2019 – 2 StR 557/18, NJW 2020, 2124, 2125; *Hardtung*, in: MüKo/StGB, 4. Aufl. 2021, § 222, Rdnr. 9; *Eschelbach*, in: BeckOK StGB, 62. Ed. 1.8.2024, § 222, Rdnr. 14.

90) *Knauer/Brose*, in: *Spickhoff*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 222 StGB, Rdnrn. 16, 29a; *Gutmann*, in: *Staudinger*, BGB, 2021, § 630a, Rdnr. 132.

91) Vgl. für die übertragbaren Grundsätze im Krankenhausbetrieb *Knauer/Brose*, in: *Spickhoff*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 222 StGB, Rdnr. 37.

92) *Zwiehof*, MedR 2004, 364, 366.

93) *Zwiehof*, MedR 2004, 364, 366.