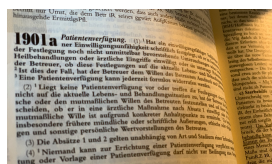


## Zusammenfassung

**PODCAST:  
REANIMATION  
SOLLEN WIR  
ANFANGEN!?**



**PATIENTEN-  
VERFÜGUNG  
EIN PROBLEM?**

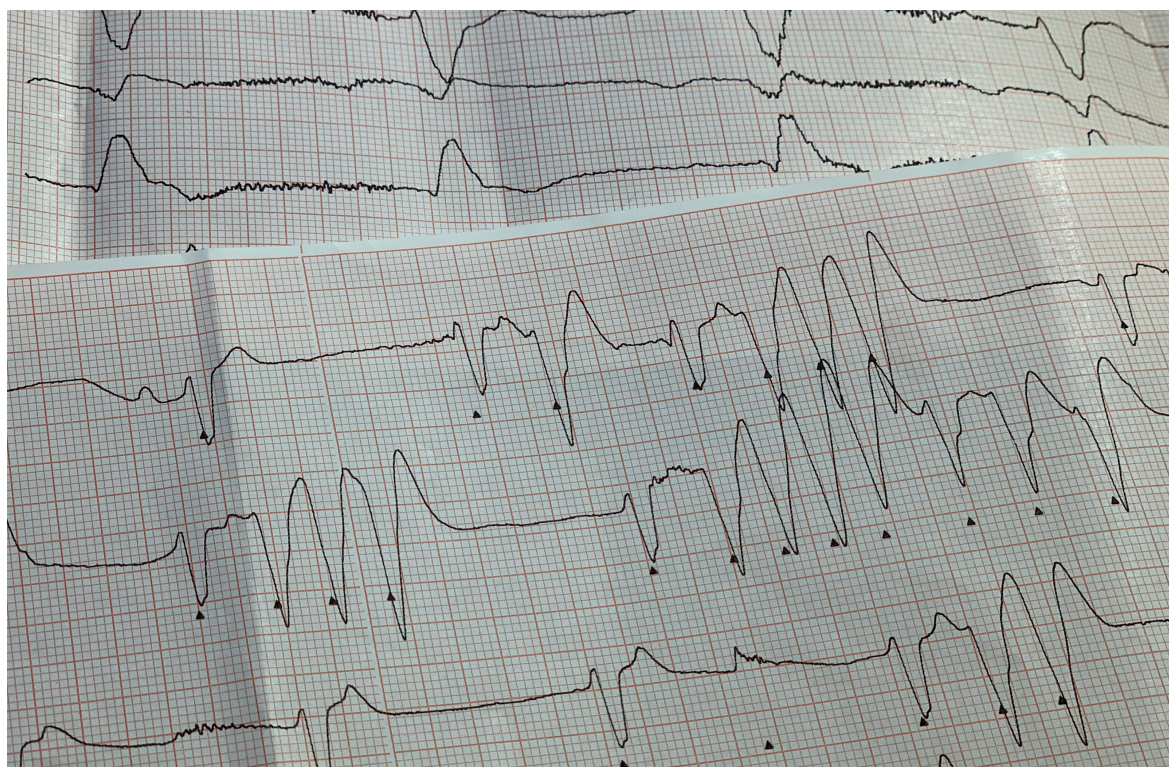


**WANN  
FANGEN WIR  
AN?**



# REANIMATION

## „SOLLEN WIR ANFANGEN?!“



### Wann sollte eine Reanimation nicht begonnen werden?

- Wenn die Sicherheit des Rettungsteams gefährdet ist.
- Wenn eine ManV-Lage vorliegt und nicht ausreichend Personal vor Ort ist.
- Wenn sichere Todeszeichen vorliegen.

**„Tote werden nicht  
reanimiert“**

## Was sind sichere Todeszeiten (1)?

- Totenflecken (Livores mortis)  
Durch den Zirkulationsstopp nach einem HKS kommt es zum Absinken des Blutes im Gefäßsystem; aufgrund Desoxygenierung in den abhängenden Körperpartien kommt es dort zur livid-bläulichen Verfärbung, unter Aussparung der Auflageflächen.  
*Eintritt:* idR. 15-30 post mortem (pm)
- Leichenstarre  
Verzahnung pm. freigesetzter Glykogenreserven unter Beteiligung des restlichen ATP in der Skelettmuskulatur von Aktin- und Myosinfilamenten  
*Beginn:* im Allgemeinen nach ca. 1-3 h  
Ausbreitung erfolgt vom Kieferbereich anfangend nach unten folgend, meist der Nysten-Regel entsprechend
- Fäulnis  
Eine Kombination aus bakterieller Fäulnis und enzymatisch bedingter Autolyse.
- mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen

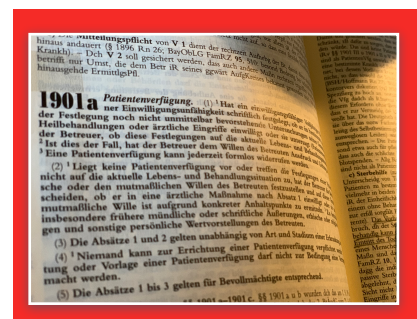
⇒ Liegen die vorgenannten Voraussetzungen nicht vor, sollte der Beginn einer Reanimation nicht verzögert werden.

## Was aber tun, wenn eine Patientenverfügung vorliegt?

Grds. ist zwar eine Patientenverfügung gem. § 1901a BGB immer bindend und zwar für alle (ärztliches sowie nicht ärztliches Personal)(2), dies setzt jedoch voraus, dass eine gültige vorliegt.

### Voraussetzung einer Patientenverfügung gem. § 1901a BGB

- Schriftlich abgefasst (Ort und Datum nicht vorgeschrieben, aber hilfreich)
- Die betreffende Situation beschreibend (welche Situationen sollen umfasst sein?)
- Entsprechende Handlungsanweisungen gebend (was soll in entsprechender Situation getan und was unterlassen werden?)
- Abgefasst von einem Volljährigen, im Zustand der Einwilligungsfähigkeit (= Vorhandensein von Urteils- und Entscheidungsfähigkeit; volle Geschäftsfähigkeit ist nicht erforderlich)



**CAVE!!!** gem. § 1901a I 3 BGB ist die Patientenverfügung JEDERZEIT ohne Angabe von Gründen widerrufbar. Voraussetzung für den Widerruf ist auch nur die Einwilligungsfähigkeit

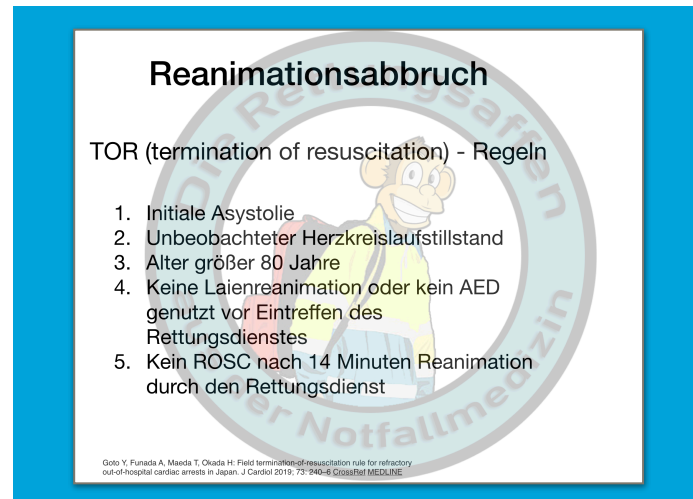
- ⇒ *Es ist unmöglich dies alles vor Ort zu prüfen, ohne dass es zu einer erheblichen Zeitverzögerung beim Beginn einer Reanimation kommt,*
- ⇒ *gleichsam unmöglich ist es innerhalb weniger Sekunden eine Risiko-Nutzeneinschätzung über einen möglichen Reanimationserfolg zu treffen, insbesondere dann, wenn man nur zu zweit ist.*
- ⇒ *Um keine Zeitverzögerung durch ausführliche Erörterungen/Ermittlungen zu verlieren, sollte daher grundsätzlich mit der Reanimation begonnen werden, ggf. mit Absprache der Angehörigen(3).*
- ⇒ *KEINESFALLS eine „Scheinreanimation“ durchführen.*

***Anmerkung zur Kompetenzfrage eines Notfallsanitäters in solch einer Situation:***

Wir halten die Annahme, ein Notfallsanitäter sei im Notfall mit den gleichen Kompetenzen wie ein Notarzt ausgestattet, für falsch. Richtig ist zwar die Annahme, dass wenn heilkundliche Maßnahmen im Rahmen von Vorabdelegationen / Generaldelegationen in zulässiger Form getroffen werden, dies immer auch die ärztliche Maßnahme der Indikationsstellung bedingt. Falsch ist jedoch der Rückschluss, dass Notfallsanitäter dann „alles“ dürften („Insofern gilt für den mit Notkompetenz ausgestatteten Notfallsanitäter nichts anderes als für einen Notarzt“(4)). Denn ebenso wie die erste persönliche Indikationsstellung durch einen Arzt im Rahmen von § 13 BtMG nicht (zumindest nach der derzeitigen Rechtslage) delegierbar ist und dementsprechend auch nicht auf einen Notfallsanitäter in einer Notfallsituation übertragen werden kann (weder die Stellungnahme der, für diese Frage unzuständige Bundesopiumstellen, noch etwaige „Gutachten“ vermögen die tatsächliche Rechtslage, auch durch strafgerichtliche und verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung geprägt, zu verändern), ist die Todesfeststellung, als ureigenste ärztliche Aufgabe, nicht delegierbar. Engverknüpft mit der ärztlichen Todesfeststellung ist die Entscheidung, eine Reanimation nicht einzuleiten, obgleich keine sicheren Todeszeichen vorliegen. Abgesehen davon ist unserer Auffassung auch nicht denkbar, dass es regionale Vorgaben gibt oder geben könnte, in denen der ÄLRD einem Notfallsanitäter gewährt, über die Einleitung einer Reanimation, bei nicht sicheren Todeszeichen, zu entscheiden.

# Wann sollte eine begonnene Reanimation abgebrochen werden?

- Ggf. wenn trotz laufender erweiterter Maßnahmen und ohne reversible Ursachen eine Asystolie länger als 20min besteht(5).
- Ggf nach Gesamtbeurteilung der TOR („termination of resuscitations“)-Regel



Zu bedenken ist hierbei, dass es immer eine Gesamtbeurteilung sein sollte und nicht vergessen werden darf, dass die in der Einsatzsituation getroffene Entscheidung unter dem Zeitdruck der Reanimation getroffen wird und daher mit gewissen Risiken verknüpft ist (7).

- Wenn die Beurteilung einer vorliegend Patientenverfügung keine Zweifel an der Validität, oder die Ermittlung des Patientenwillen, die Ablehnung von Reanimationsmaßnahmen ergeben hat.

## Soll bei Suizid mit der Reanimation begonnen werden?

Der freiverantwortliche Suizid ist zwar Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, setzt aber voraus, dass der Patient zum Zeitpunkt des Entschlusses voll einwilligungsfähig war, sich also nicht in einem die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit ausschließenden psychischen Ausnahmezustand befunden hat.

⇒ *Dies ist aber nur in Ausnahmefällen in der Einsatzsituation hinreichend feststellbar.*



⇒ ***Daher sollte auch in solchen Fällen der Beginn einer Reanimation, sofern nicht die oben genannten Umstände vorliegen, nicht verzögert werden. Eine ärztliche Abklärung kann ggf. im Verlauf erfolgen.***

Das LG Deggendorf führt in einem Beschluss vom 13.09.2011 aus (8): „Auf dieser Basis war der Angeschuldigte (Anm. der Rettungsaffen: der Angeschuldigte war als Notarzt eingesetzt) *alleine schon aufgrund des beachtlichen Willens des Suizidenten, der von ihm auch ausreichend sicher zu erkennen war und vertretbar gewürdigt wurde, nicht zur Vornahme lebenserhaltender Maßnahmen verpflichtet.*“ In zwei aktuellen Urteilen des Bundesgerichtshofes (9,10) (BGH) aus 2019 wird deutlich, dass es bei der Entscheidung keine Reanimationsmaßnahmen einzuleiten, gerade darauf ankommt, dass der Arzt die Umstände der Freiverantwortlichkeit kannte, mithin ein psychischer Ausnahmezustand als Ursache ausgeschlossen werden konnte. Den beiden Urteilen liegen zwar keine rettungsdienstlichen Sachverhalte zugrunde, gleichwohl können die durch den BGH aufgestellten Anforderungen an eine Straffreiheit des jeweils handelnden Arztes, auch auf präklinische Situationen übertragen werden.

Insoweit sind unserer Auffassung nach die Ausführungen von Prof. Sefrin, in einem Artikel (11) u.a. zu der Fragestellung Herz-Kreislauf-Stillstand nach Suizidversuch, zumindest missverständlich. Zutreffend ist, dass sich die höchstrichterliche Rechtsprechung hinsichtlich der Fragestellung, ob ein Arzt grundsätzlich zur Hilfeleistung gegenüber einem Suizidenten verpflichtet sei, geändert hat und insoweit Bezug auf den Beschluss des LG Deggendorf Bezug genommen. Es fehlt jedoch der ausdrückliche Hinweis, dass es hierbei in erster Linie darauf ankommt, dass der Arzt in Fällen des freiverantwortlichen Suizids, diese Umstände gerade kannte, dies aber nur selten in der Präklinik erfüllt sein wird. Die Sachverhaltskonstellation in dem Deggendorfer Fall dürfte unserer Auffassung nach, nicht die Regel sein.

## Zweifelsfälle

- Wir sind uns bewusst, dass es gerade im Hinblick auf einen natürlichen Tod, also z.B. im Fall einer tödlichen Erkrankung im Endstadium, oder auch bei Menschen mit sehr hohen Lebensalter, immer wieder zu Konfliktsituationen kommen kann. Auch eine ethisch/moralische Sichtweise ändert unserer Meinung jedoch nichts daran, dass grundsätzlich der Beginn einer Reanimation nach Möglichkeit nicht verzögert werden sollte. Eine Teamentcheidung wäre in jedem Fall wünschenswert.
- Belastende Einsätze und ggf. auch schwere Entscheidungen sollten psychosozial besprochen und u.U. betreut werden.
- Einsätze, welche die Befürchtung aufkommen lassen, dass sie ein juristisches Nachspiel mit sich bringen könnten, sollten mit einem Strafverteidiger erörtert werden.

## QUELLEN

- (1) Ondruschka B, Buschmann C, in NOTARZT 2019, 35, 283-291
- (2) Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 108 (7): A-2434
- (3) Hinkelbein J et al Kardiopulmonale Reanimation: Aussichtslose Situationen erkennen. Dtsch Arztebl 116 (22): A-1112
- (4) Thöns, M. et. al in RETTUNGSDIENST (09/2019) Reanimation im Rettungsdienst: Eine lebensverlängernde Maßnahme? <http://www.skverlag.de/rettungsdienst/meldung/newsartikel/reanimation-im-rettungsdienst-eine-lebensverlaengernde-massnahme.html> (zuletzt aufgerufen am 05.02.2020, 15:25)
- (5) ERC Leitlinien, Kapitel 11 der Leitlinien zur Reanimation 2015 des ERC in NuR 2015, S. 1040
- (6) Goto Y, et al: Field termination-of-resuscitation rule for refractory out-of-hospital cardiac arrests in Japan. J Cardiol 2019; 73: 240-6
- (7) Hinkelbein J et al Kardiopulmonale Reanimation: Aussichtslose Situationen erkennen. Dtsch Arztebl 116 (22): A-1112
- (8) LG Deggendorf, Beschl. 13.09.2011, Az. 1 Ks 4 Js 7438/11, [http://www.burhoff.de/asp\\_weitere\\_beschluesse/inhalte/2495.htm](http://www.burhoff.de/asp_weitere_beschluesse/inhalte/2495.htm) (zuletzt aufgerufen am 05.02.2020, 17:10)
- (9) BGH, Urteil vom 03.07.2019, Az. 5 StR 132/18, <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=cf966ce29d31b174adb140bc2da31da7&nr=101282&pos=0&anz=3> (zuletzt aufgerufen am 05.02.2020, 17:22)
- (10) BGH, Urteil vom 03.07.2019, Az. 5 StR 393/18 <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=2a27ecaf81f03b761e87d48b423a28e7&nr=101285&pos=0&anz=3> (zuletzt aufgerufen am 05.02.2020, 17:25)
- (11) Sefrin P et al Verzicht auf Einleitung oder Abbruch einer Reanimation in der Präklinik in NOTARZT 2018; 34: 16-22



*Hinweis: Es dürfte zwar auf der Hand liegen, aber wir wollen der guten Ordnung zu liebe nochmals darauf hinweisen, dass wir hier immer nur unsere Meinung und unsere Sicht der Dinge kundgetan haben. Zitierung erfolgte nach bestem Wissen und Gewissen, Fehler können jedoch nicht ausgeschlossen werden*