

Anaesthesist  
<https://doi.org/10.1007/s00101-021-01053-z>  
Angenommen: 16. September 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

#### Wissenschaftliche Leitung

T. Fuchs-Buder, Nancy  
A.R. Heller, Augsburg  
M. Rehm, München  
M. Weigand, Heidelberg  
A. Zarbock, Münster



# CME

## Zertifizierte Fortbildung

# Arzthaftung und Strafrecht in der Akutmedizin

Christina Schumann<sup>1</sup> · Stephanie Wiege<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Augsburg, Augsburg, Deutschland

<sup>2</sup> Medizinrecht und Strafrecht, Kanzlei Ulsenheimer Friederich, München, Deutschland

#### Zusammenfassung

Arzthaftung hat Hochkonjunktur. Behandlungsfehler können sowohl zivil- als auch strafrechtlich sanktioniert werden. Neben Geld- und Freiheitsstrafen können Ärzte auch mit approbationsrechtlichen Sanktionen belegt werden. Der Arzt schuldet dem Patient den zum Zeitpunkt der Behandlung anerkannten Standard. Zudem muss er der gebotenen Sorgfaltspflicht nachkommen. Dabei ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten unbedingt zu achten. Insbesondere in Akutsituationen kann es jedoch geboten sein, Sicherungsmaßnahmen zur Abwendung von Gefahren für die Gesundheit des Patienten in die Wege zu leiten. Im vorliegenden Beitrag werden häufige Fallstricke in der akutmedizinischen Behandlung und ihre juristische Relevanz analysiert.

#### Schlüsselwörter

Behandlungsfehler · Patientenrechte · Zivilrecht · Sorgfaltspflicht · Einwilligungsfähigkeit

Online teilnehmen unter:  
[www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme)

Für diese Fortbildungseinheit werden 3 Punkte vergeben.

#### Kontakt

Springer Medizin Kundenservice  
Tel. 0800 77 80 777  
(kostenfrei in Deutschland)  
E-Mail:  
[kundenservice@springermedizin.de](mailto:kundenservice@springermedizin.de)

#### Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden Sie im CME-Fragebogen am Ende des Beitrags.

#### Lernziele

##### Nach Lektüre dieses Beitrags

- kennen Sie die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers sowie die Tragweite möglicher (berufs-)rechtlicher Konsequenzen.
- können Sie die juristische Tragweite von Einwilligungsfähigkeit und Selbstbestimmungsrecht beurteilen.
- wissen Sie, unter welchen Voraussetzungen Sicherungsmaßnahmen geboten sind.
- kennen Sie die häufigsten juristischen Fallstricke in der Akutmedizin.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Von den Autorinnen gibt es zusätzlich den Fortbildungsbeitrag *Indikation, Einwilligung und Therapielimitierung in der Akutmedizin* (<https://doi.org/10.1007/s00101-021-01052-0>). Der Artikel steht Ihnen im Rahmen Ihres Abonnements der Zeitschrift auf [www.springermedizin.de](http://www.springermedizin.de) kostenfrei zur Verfügung. Bitte geben Sie dort den Titel in das Suchfeld ein.

Die Autoren C. Schumann und S. Wiege haben zu gleichen Teilen zum Manuskript beigetragen.

Eine 73-jährige Frau leidet an M. Parkinson, mit zunehmender Gangunsicherheit, Sturzneigung und einer beginnenden Demenz. Sie lebt mit ihrem rüstigen 75-jährigen Ehemann in einem Einfamilienhaus. Der Ehemann setzt einen Notruf ab, nachdem er seine Frau neben dem Wohnzimmertisch liegend und über starke Schmerzen im Bein klagend vorgefunden hat. Bei Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt ist die Patientin weinerlich und deutet auf ihr linkes Schienbein, kann jedoch des Weiteren keine Angaben machen. Es zeigt sich ein Hämatom an der Schienbeinvorderkante ohne Hinweis auf das Vorliegen einer Fraktur. Der Ehemann berichtet über ein ausgeprägtes Delir im Rahmen des letzten Krankenhausaufenthalts und fragt, ob seine Frau nun wieder in die Klinik müsse oder ob sie vor Ort ein Schmerzmittel erhalten könne. Der Notarzt verabreicht daraufhin Metamizol, dokumentiert stabile Vitalparameter und belässt es bei einer ambulanten Versorgung.

## Hintergrund

Die Arzthaftung hat Hochkonjunktur. Immer mehr Patienten melden mögliche **Behandlungsfehler**. Im Jahr 2019 wurden dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) 14.533 Verdachtsfälle gemeldet – ähnlich viele wie im Vorjahr [1]. In ca. 25% der Fälle haben sich Behandlungsfehler bestätigt, wobei der stationäre Bereich statistisch doppelt so häufig betroffen ist wie der ambulante [1]. Hinzu kommen **Patientenbeschwerden** bei den Ärztekammern, Meldungen bei Patientenbeauftragten sowie **Strafanzeigen** wegen vermeintlicher Behandlungsfehler. Vermehrt prüfen auch Sozialversicherungsträger mögliche Regresse.

## Sorgfaltspflicht und Standard

Der Arzt schuldet aufgrund des geschlossenen **Behandlungsvertrages** die medizinische Behandlung des Patienten. Diese muss ausweislich § 630a Abs. 2 BGB nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards erfolgen. Der Begriff des Standards steht im Fokus haftungs-, straf- und auch berufsrechtlicher Verfahren, da er maßgeblich ist für die Frage, ob der Arzt die im Verkehr **erforderliche Sorgfalt** eingehalten hat [2]. Unterschreitet der Arzt den für sein Fachgebiet geltenden Standard, liegt ein Behandlungsfehler vor. Dabei wird der **Facharztstandard** nicht formell durch den Facharztstatus bestimmt, sondern stellt ein materielles Kriterium dar, d. h., er beschreibt das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können [2]. Anhaltspunkte des zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnisstands geben die Leitlinien, Empfehlungen und Richtlinien der Fachgesellschaften und Verbände. Im Prozess wird über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers auf Grundlage eines medizinischen Sachverständigengutachtens aus dem betreffenden Fachgebiet entschieden [2].

## Zivilrecht und Strafrecht

Der Behandlungsfehlervorwurf kann sowohl zivil- als auch strafrechtliche Konsequenzen haben. Zivil- und strafrechtliche Verfahren schließen sich nicht gegenseitig aus. Auch kann das Ergebnis

## Medical liability and criminal law in emergency medicine

Medical liability is booming. Malpractice can entail both civil and criminal consequences. Besides financial and custodial penalties, at worst the license to practice medicine can be withdrawn. Physicians owe their patients a treatment according to current standards. Furthermore, physicians are obliged to fulfill their duty of care. Nevertheless, the patient's right of self-determination must not be violated. Especially in emergency situations, physicians have to focus on taking protective measures in order to avert further dangers to the health of patients. This article analyses common pitfalls in emergency medical treatment with respect to the legal aspects.

### Keywords

Malpractice · Patient rights · Civil law · Duty of care · Capability of consent

beider Verfahren aufgrund der unterschiedlichen Handlungsvoraussetzungen und Beweislastregelungen variieren.

Im Zivilverfahren geht es um die (Direkt-)Ansprüche des geschädigten Patienten auf **Schmerzensgeld** und **Schadensersatz**. Auch die Regressansprüche der Sozialversicherungsträger werden vor den Zivilgerichten verhandelt. Hier greift die Berufshaftpflichtversicherung, über die jeder Arzt verfügen muss (§ 21 MBO).

### ► Cave

Die **Berufshaftpflichtversicherung** greift nur im Zivilverfahren, nicht jedoch im Strafverfahren

Im Strafverfahren steht der Arzt den Ermittlungsbehörden gegenüber. Es geht um einen **persönlichen Schuldvorwurf**, der sogar eine **Geld- oder Freiheitsstrafe samt Berufsverbot** zur Folge haben kann.

## Berufs- und approbationsrechtliche Konsequenzen

Verstöße gegen ärztliche Berufspflichten, etwa die Behandlungs-, Dokumentations- oder Aufklärungspflicht, können zusätzlich ein **berufsrechtliches Verfahren** zur Folge haben. Die Ahndung der Verstöße gegen ärztliche Berufspflichten soll der Wahrung des Ansehens und der Funktionsfähigkeit des ärztlichen Berufsstandes dienen. Die Berufsgerichte können auf eine Warnung, einen Verweis oder eine Geldbuße bis 50.000 € erkennen (Art 67 des Heilberufekammergesetzes [HKaG]). Die Kompetenz des **Berufsverbots**, also eine **Berufsausübung zu untersagen**, kommt ihnen jedoch nicht zu. Dies ist der Approbationsbehörde bei schwerer Verfehlung, die eine Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit beweist, vorbehalten.

## Aus der Praxis: häufige Pitfalls

### Ambulante Behandlung

Bereits seit Jahren sehen sich Notaufnahmen und Rettungsdienste mit einem steigenden Patientenaufkommen konfrontiert. Alter, Multimorbidität und geringer sozioökonomischer Status gelten als Hauptprädiktoren für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes [3]. Nicht immer ist jedoch eine stationäre Behandlung geboten.

Einen halben Tag nach dem Sturzereignis ist die Patientin zusehends verwirrt und trübt schließlich ein. Der besorgte Ehemann verständigt erneut den Rettungsdienst. In der Klinik wird ein großes Epiduralhämatom diagnostiziert, das operativ entlastet werden muss. Im Anschluss an die Operation folgt ein langer Klinikaufenthalt, begleitet von einer beatmungspflichtigen Pneumonie mit protrahiertem Weaning und einem schwer therapierbaren Delir. Nach der Entlassung aus der Klinik kann die Patientin nicht in ihr häusliches Umfeld zurückkehren, nachdem sie ihre Gang- und Standfähigkeit sowie die Fähigkeit zur selbstständigen Nahrungsaufnahme verloren hat. Der Ehemann erstattet daraufhin Anzeige wegen fahrlässiger Körperverletzung gegen den Notarzt. Außerdem wird eine Klage vor dem Zivilgericht anhängig gemacht. Zwei Jahre nach dem Ereignis wird der Notarzt schließlich in einem Strafprozess freigesprochen. Da die Patientin auch in den vorhergehenden Tagen mehrfach gestürzt war, bestand kein für eine strafrechtliche Verurteilung hinreichender Kausalzusammenhang. Während es im Strafrecht einer mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit für die Bejahung des Kausalzusammenhangs bedarf, genügt im Zivilprozess hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität ein für das praktische Leben brauchbarer Grad an Gewissheit (§ 286 ZPO). Aufgrund dieser unterschiedlichen Beweismaßstäbe in Straf- und Zivilprozess wurde der Notarzt im Zivilverfahren zur Zahlung von Schmerzensgeld und Schadensersatz in Höhe von 50.000 € verurteilt. Hierfür greift die Berufshaftpflichtversicherung des Arztes. Jedoch ist der Notarzt durch das Strafverfahren und beide Prozesse psychisch stark belastet, zumal er sich nach wiederholter negativer Berichterstattung in der lokalen Presse gezwungen sah, seine Notarztztätigkeit vor Ort aufzugeben.

Sofern nach adäquater Diagnostik keine Lebensgefahr besteht und eine hinreichende weiterführende Versorgung sichergestellt ist, kann eine ambulante Behandlung realisiert werden. Symptome wie Bewusstseinsstörungen, unklares Fieber, Atemnot, thorakale Schmerzen und Kreislaufinstabilität sind als Warnsignale zu verstehen. Bei ihrem Vorliegen ist grundsätzlich eine Klinikeinweisung indiziert [4]. Trotz bestehender Indikation haben Patienten das Recht, sowohl den Transport in die Klinik als auch die stationäre Aufnahme zu verweigern. Auswertungen eines deutschen großstädtischen Rettungsdienstes belegen, dass ungefähr einem Drittel aller ambulanten Einstätze eine **Transportverweigerung** zugrunde liegt [4]. Dem Heilauftrag des Arztes steht somit das **Selbstbestimmungsrecht** des Patienten gegenüber. Jeder einwilligungsfähige Patient hat sozusagen ein „Recht auf Unvernunft“ [5]. Jedoch wird die **Einwilligungsfähigkeit** bei Ablehnung einer indizierten Maßnahme vorausgesetzt. Rechtlich ausschlaggebend ist die **Arztdokumentation** (z. B.: Anamnese, Glasgow Coma Scale, Orientiertheit). Es handelt sich hierbei um eine „originär medizinische Einschätzung“ [4]. Bei Vorliegen einer stichhaltigen Dokumentation wird im Fall einer juristischen Aufarbeitung somit primär ihre Korrektheit angenommen. Im Rahmen der **Aufklärung** (in diesem Fall Sicherungsaufklärung) müssen dem Patienten das Erfordernis der indizierten Maßnahme und die Risiken bei Ablehnung deutlich, umfassend und verständlich nahegebracht werden [4]. Es bietet sich an, die Dokumentation sowohl vom Patienten als auch von Zeugen unterzeichnen zu lassen. Zwar kann der Patient nach § 630e Abs. 3 BGB auf eine Aufklärung ganz oder teilweise ausdrücklich verzichten; ein „Blankoverzicht“ auf Aufklärung ist indes insbesondere im Fall der Ablehnung einer indizierten Maßnahme nicht möglich [5]. Ein weiterer nicht zu vernachlässigender

Aspekt sind **Sicherungsmaßnahmen**. So können trotz gegebener Einwilligungsfähigkeit Gründe vorliegen, die eindeutig gegen eine ambulante Behandlung sprechen. Ein einwilligungsfähiger Patient kann beispielsweise trotzdem hilflos sein (z. B. alleinlebender Mensch mit Diabetes und drohender Hypoglykämie). Wer gebotene Sicherungsmaßnahmen vernachlässigt, kann sich u. a. mit dem Vorwurf der **Aussetzung** nach § 221 StGB konfrontiert sehen [3].

#### ► Merke

Ein einwilligungsfähiger Patient darf im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechtes auch „unvernünftige“ Entscheidungen treffen

#### ► Cave

Auch eine einwilligungsfähige Person kann hilflos sein – hier verbietet sich eine ambulante Behandlung

## Intoxikation

Insbesondere bei der Versorgung intoxikierter Patienten durch den Rettungsdienst und in Notaufnahmen stellt sich regelmäßig die Frage nach der Möglichkeit einer ambulanten Behandlung. Ausschlaggebend ist auch hier die Einwilligungsfähigkeit. Im Fall einer Alkoholintoxikation ist aufgrund der individuell großen Toleranzunterschiede eine reine Einschätzung anhand von Blut- oder Atemalkohol nicht zielführend [6]. Eine eingehende neurologische Beurteilung ist somit i. Allg. bei (Misch-)Intoxikationen geboten. Insbesondere beim Umgang mit Intoxikierten spielen Sicherungsmaßnahmen daher eine entscheidende Rolle. Es sollte daher eine **Risikoeinschätzung** vorgenommen werden, wobei *Eigen- und Fremdgefährdung* beurteilt werden. Ergeben sich Anhaltspunkte auf eigen- und fremdgefährdendes Verhalten (z. B. Teilnahme am Straßenverkehr), muss der Patient beispielsweise durch Hinzuziehen der Polizei daran gehindert werden [6]. Im Rahmen der Untersuchung intoxikierter Patienten sollte immer penibel auf **Verletzungszeichen** geachtet werden. Aufgrund risikofreudigen Verhaltens, herabgesetztem Schmerzempfinden und kompromittierten Schutzreflexen können Intoxikierte relevante Traumen davontragen. Neben körperlicher Untersuchung und (Fremd-)Anamnese soll leitliniengerecht die Indikation zur Computertomographie (CT) sowie zur stationären Überwachung zum Ausschluss eines Schädel-Hirn-Traumas großzügig gestellt werden [7].

## Thorakale Beschwerden

Dyspnoe und Thoraxschmerz sind laut einer großen US-amerikanischen Studie die Hauptgründe, in der Notaufnahme vorstellig zu werden [8]. Hierzulande existieren keine entsprechenden Daten, jedoch ist von einer vergleichbaren Frequentierung deutscher Notaufnahmen auszugehen. Ebenso wird der Rettungsdienst häufig aufgrund thorakaler Beschwerden alarmiert. Insbesondere bei jungen und nichtvorerkrankten Patienten stellt sich regelmäßig die Frage, ob eine Klinikeinweisung überhaupt notwendig ist. Hier gilt es grundsätzlich, mit höchster Sorgsamkeit zu agieren, nachdem sich hinter den Kardinalsymptomen Dyspnoe und Thoraxschmerz auch bei bis dato gesunden Patienten *akut lebensbedrohliche*

*Krankheitsbilder* verbergen können. Unter den unmittelbar lebensbedrohlichen Symptomen steht das **akute Koronarsyndrom** (ACS) in einem Viertel der Fälle an erster Stelle. Deutlich seltener werden Erkrankungen der Lungen, eine Lungenembolie, ein Pneumothorax oder ein akutes Aortensyndrom diagnostiziert. Hingegen liegen bei 17 % der Betroffenen lediglich neuroradikuläre Schmerzen zugrunde [9]. Eine Labordiagnostik, die standardmäßig in deutschen Notaufnahmen veranlasst wird, kann präklinisch nicht realisiert werden. Sollten zunächst uneindeutige Befunde vorliegen, müssen sowohl das Elektrokardiogramm (EKG) als auch laborchemische Parameter repetitiv erhoben werden [9]. Am Beispiel einer Myokarditis mit letalem Ausgang zeigt sich, dass ein ambulantes Vorgehen bei thorakalen Symptomen gründlichst abgewogen werden sollte. Bei unauffälligem EKG-Befund wurde eine muskuloskeletale Ursache angenommen und auf eine Klinikeinweisung verzichtet. Der behandelnde Notarzt sah sich einem Ermittlungsverfahren wegen des **Verdachts auf fahrlässige Tötung** ausgesetzt [10].

## Sturzereignisse

Im beruflichen Alltag werden Rettungsdienstmitarbeiter in zunehmendem Maß zu betagten Patienten nach häuslichen Sturzereignissen gerufen. Auf den ersten Blick handelt es sich meistens um unerhebliche Verletzungsmechanismen (z. B. einen **Stolpersturz**). Hierbei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass ältere oder multimorbide Patienten beispielsweise aufgrund körperlicher Schwäche oder Begleiterkrankungen (z. B. M. Parkinson) auch bei *Stürzen aus geringer Höhe* aufgrund herabgesetzter Schutzreflexe relevante Traumen erleiden können. Das Statistische Bundesamt untermauert das alltägliche Erleben mit Fakten: Während 2009 noch 8503 Bundesbürger an den Folgen von Stürzen verstarben, sind es 2019 bereits 16.657. Stürze mit letalem Ausgang treten mit deutlich zunehmender und stetig steigender Inzidenz in den höheren Altersgruppen auf. Im Jahr 2019 war knapp die Hälfte aller infolge von Sturzereignissen Verstorbenen älter als 85 Jahre [11]. Während sich Verletzungen und Frakturen der Extremitäten häufig bereits präklinisch eruieren lassen, können **innere Blutungen** und Schädel-Hirn-Traumen zunächst unentdeckt bleiben. Eine aktuelle Studie aus der Schweiz beziffert das Vorliegen einer **intrakraniellen Blutung** (ICB) nach bodennahem Sturzereignis auf 6,9 % bei über 65-jährigen. Insbesondere *sichtbare Verletzungen* oberhalb der Schlüsselbeine waren starke Prädiktoren für das Vorliegen einer ICB [12]. Unklar hingegen bleibt der Einfluss einer Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern oder Antikoagulanzen.

### ► Cave

**Gebrechliche Patienten können bereits bei Stürzen aus geringer Höhe schwere Traumen davontragen**

Grundsätzlich sollte eine Anamnese hinsichtlich **gerinnungshemmender Medikation** erhoben werden. Bei dahingehend unauffälliger Medikamentenanamnese kann jedoch weder das Vorliegen einer ICB präklinisch ausgeschlossen werden, noch bietet sie sich als Kriterium für das Unterlassen einer bildgebenden Untersuchung an [12, 13]. Hingegen gibt es Hinweise auf ein zeitlich verzögertes

Auftreten von ICB unter Einnahme neuer oraler Antikoagulanzen (NOAK, [13]). Des Weiteren schließen auch die Abwesenheit von Bewusstlosigkeit oder Kopfverletzungen ein Schädel-Hirn-Trauma nicht aus [14]. **Bewusstseinsstörungen** können im fortgeschrittenen Lebensalter verzögert eintreten. Dies liegt vermutlich an einer fortschreitenden Atrophie der Gehirnmasse mit zunehmender Einblutungstoleranz bis zum Einsetzen neurologischer Symptome [15]. Außerdem sollte bedacht werden, dass bei geriatrischen Patienten bereits niedrigerenergetische Traumen (insbesondere ein Kopfanprall) zu **Halswirbelsäulenfrakturen** führen können [16].

## Abbruch von Wiederbelebensmaßnahmen

Reanimationsituationen stellen Ärzte insbesondere im präklinischen Setting oft vor medizinische und ethische Herausforderungen. Das Dilemma besteht darin, in Abwesenheit exakter fachlicher Informationen unter Zeitdruck und Achtung des (mutmaßlichen) Patientenwillens weitreichende Entscheidungen treffen zu müssen. Reanimationsmaßnahmen sollten im Zweifelsfall zunächst eingeleitet werden, sofern sich der Helfer dadurch nicht selbst in Gefahr begibt und keine sicheren Todeszeichen oder mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen vorliegen [17]. Das **fehlerhafte Unterlassen** von Wiederbelebensmaßnahmen birgt ein **Strafbarkeitsrisiko** (unterlassene Hilfeleistung, fahrlässige Tötung oder Totschlag durch Unterlassen). Sollte sich herausstellen, dass der einwilligungsfähige Patient eine kardiopulmonale Reanimation (CPR) ablehnt, ist diese zu unterlassen oder umgehend einzustellen. Grundsätzlich sollte eine begonnene CPR bei Vorliegen eines defibrillierbaren Rhythmus fortgeführt werden [18]. Bei *länger als 20 min fortbestehender Asystolie* ist es gerechtfertigt, die CPR zu beenden [17, 18]. Allerdings müssen sowohl in der Asystolie als auch bei Vorliegen einer **elektromechanischen Entkopplung** (pulslose elektrische Aktivität, PEA) zuvor mögliche *reversible Ursachen* abgeklärt und therapiert werden. Insbesondere im präklinischen Setting stellt dies aufgrund limitierter diagnostischer Mittel eine immense Herausforderung dar. Grundsätzlich sollte eine **Fremdanamnese** erhoben werden. So können sich, neben körperlichen Anzeichen, aufgrund von Risikofaktoren und Disposition beispielsweise Hinweise auf das Vorliegen einer *Lungenembolie* oder *Anaphylaxie* ergeben [19]. Sofern eine i.v.-Lyse verabreicht wurde, muss die CPR über mindestens 60–90 min aufrechterhalten werden [19]. Im Rahmen des traumatisch bedingten Herz-Kreislauf-Stillstandes ist besonderes Augenmerk auf das Erkennen und Behandeln von *unkontrolliertem Blutverlust*, *Pneumothorax*, *Atemwegsverlegung* und *Perikardtamponade* zu legen [19]. Wegweisende Kriterien für das Beenden einer CPR und ggf. den Verzicht auf den Transport in eine Klinik sind das Vorliegen eines **unbeobachteten Herz-Kreislauf-Stillstandes** ohne überbrückende *Laienreanimation* und die Tatsache, dass weder ein *defibrillierbarer Rhythmus* noch ein „return of spontaneous circulation“ (ROSC) jemals eingetreten sind [18].

## Hypothermie

Insbesondere ältere oder multimorbide Personen können in hilflosen Situationen (z. B. nach einem Sturz) relevante Unterkühlungen erleiden. Im Rahmen von Lawinen- und Ertrinkungsunfällen, je-

doch auch aufgrund von Obdachlosigkeit und Substanzabusus, können Menschen aller Altersklassen betroffen sein. Aus forensischer Sicht besonders relevant sind Herz-Kreislauf-Stillstände in der Hypothermie. Ärzte sind bei fehlerhaftem Unterlassen oder zu frühem Abbrechen einer CPR einem erheblichen Strafbarkeitsrisiko ausgesetzt. „Nobody is dead until he is warm and dead“ ist ein viel zitierter Grundsatz, der unbedingt berücksichtigt werden muss. Bei Unterschreiten einer Körperkerntemperatur von 35 °C spricht man von einer Hypothermie. Es besteht das Risiko, eine Hypothermie zu übersehen. Präklinisch können tiefe Kerntemperaturen mit dem Ohrthermometer nicht mehr sicher gemessen werden. Auch schwere Unterkühlungen können mit gutem neurologischen Outcome überlebt werden, sofern der **organprotektive Effekt** eines raschen Temperaturabfalls vor der Asphyxie einsetzt. In der tiefen Hypothermie sind Lebenszeichen äußerst schwierig zu detektieren. Sofern kein tödliches Trauma vorliegt, der Körper nicht steif gefroren ist und kein gegenteiliger zu beachtender **Patientenwille** dokumentiert ist, sind daher präklinisch umgehend Wiederbelebensmaßnahmen einzuleiten [19, 20, 21]. Weite lichtstarre Pupillen und ein vermeintlicher Rigor mortis können als Todeszeichen missinterpretiert werden [20].

### Suizidalität

Die überwiegende Zahl aller suizidalen Androhungen und Handlungen ist Ausdruck einer **Lebenskrise**, einer bestehenden **psychischen Krankheit** oder einer **Suchterkrankung** [22]. Sie sind als *Kurzschlusshandlung* oder *Hilferuf* zu verstehen. Daher müssen Suizidgedanken im Gespräch aufgegriffen und offen thematisiert werden. Akutmedizinisch tätige Ärzte verfügen jedoch nicht über die erforderliche fachliche Expertise, um Suizidalität sicher auszuschließen. Daher ist eine unmittelbare **psychiatrische Vorstellung** unumgänglich. Der Patient sollte von der Notwendigkeit einer psychiatrischen Begutachtung und Behandlung überzeugt werden. Gelingt es nicht, an Einsicht und Freiwilligkeit zu appellieren, ist eine **Unterbringung** zur Gefahrenabwendung unvermeidbar [22]. Grundsätzlich ist ein hinzugerufener Arzt nicht zur Rettung eines Suizidenten verpflichtet, sofern es sich um einen freiverantwortlichen Selbsttötungsversuch handelt. Hierbei soll auf das viel beachtete Urteil des Landgerichts Deggendorf aus dem Jahr 2013 verwiesen werden (1 Ks 4 Js 7438/2011). Das Selbstbestimmungsrecht des Suizidenten ist auch nach Eintritt der Bewusstlosigkeit zu achten [18], wenn sich der hinzugerufene Arzt der **Freiverantwortlichkeit** vergewissert hat. Verhindert der Arzt einen freiverantwortlichen Suizid nicht, besteht für ihn kein Strafbarkeitsrisiko [23]. Nachdem mit Beschluss im Rahmen des 124. Ärztetags nun auch das Verbot der „Hilfe zur Selbsttötung“ in § 16 Abs. 3 der Musterberufsordnung aufgehoben wurde [24, 25], sind im Fall eines freiverantwortlichen Suizids keine berufsrechtlichen Konsequenzen mehr zu fürchten.

#### ► Merke

Wird ein **freiverantwortlicher** Suizid nicht verhindert, besteht kein Strafbarkeitsrisiko.

Eine Handlung unter Zwang oder Tatbestände, die eine Unterbringung des Patienten erforderlich machen, schließen die Freiverantwortlichkeit im Fall einer Suizidhandlung grundsätzlich aus [23]. Im Zweifelsfall sollte der Grundsatz „in dubio pro vita“ zur Anwendung kommen.

### Umgang mit Verstorbenen

Die Durchführung der **Leichenschau** ist eine ärztliche Pflicht, die nur aus dringenden Gründen aufgeschoben werden kann. Für Notärzte besteht in mittlerweile allen deutschen Bundesländern die Möglichkeit, eine **vorläufige Todesbescheinigung** nach sicherer Feststellung des Todes auszustellen. Grundsätzlich muss zwischen **Todesart** und **Todesursache** unterschieden werden. In jeder Todesbescheinigung müssen Todesart und -ursache spezifiziert werden. Bei der Todesursache handelt es sich um die letztendlich zum Tod führende Kausalkette (z. B. Multiorganversagen nach pneumogener Sepsis). Kann keine Todesursache festgestellt werden, ist unter Einschaltung der Ermittlungsbehörden ein **ungeklärter Tod** zu bescheinigen. Liegen hingegen Anhaltspunkte für einen **nichtnatürlichen Tod** vor (z. B. Gewalteinwirkung), muss die Polizei umgehend verständigt werden. Dies gilt auch im Rettungsdienst. Der Sterbe- oder Auffindeort ist somit als **Tatort** zu betrachten, daher dürfen nach dem Ableben keine Veränderungen am Leichnam vorgenommen werden. Ein nichtnatürlicher Tod bzw. eine ungeklärte Todesursache ist auch dann zu bescheinigen, wenn das kausale Ereignis längere Zeit zurückliegt (z. B. Lungenembolie nach Femurfraktur, [26]). Das formal fehlerhafte Ausstellen einer Todesbescheinigung ist eine **Ordnungswidrigkeit** und kann mit einer Geldbuße belegt werden. Wird jedoch ein natürlicher Tod absichtlich oder wissentlich fehlerhaft bescheinigt, und führt dies zur Behinderung strafrechtlicher Ermittlungen, setzt sich der Arzt möglicherweise dem Vorwurf der **Strafvereitelung** nach § 258 StGB aus; diese kann mit einer Geldstrafe oder einer Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren geahndet werden [27].

#### Fazit für die Praxis

- Ärzte müssen den aktuell geltenden (Facharzt-)Standard erfüllen und ihrer Sorgfaltspflicht nachkommen. Sie müssen in der Lage sein, eine Risikoabschätzung vorzunehmen und gebotene Sicherungsmaßnahmen zu veranlassen.
- Selbstbestimmungsrecht und Freiverantwortlichkeit des einwilligungsfähigen Patienten müssen in jedem Fall respektiert werden. Die Verweigerung indizierter Maßnahmen muss jedoch von Bemühungen des Arztes begleitet werden; er muss sich nachdrücklich um die Zustimmung des einwilligungsfähigen Patienten bzw. des an dessen Stelle Berechtigten bemühen und ihn in angemessener, aber nachdrücklicher Weise über die möglichen gesundheitlichen Konsequenzen aufklären.
- Unaufschiebbare lebenserhaltende Maßnahmen sollten bei Unkenntnis von Patientenwillen, Krankheitsgeschichte und Prognose zunächst eingeleitet werden, um sich nicht einem Strafbarkeitsvorwurf auszusetzen.
- Wird eine Todesbescheinigung fehlerhaft ausgestellt, handelt es sich um eine Ordnungswidrigkeit. Wer jedoch absichtlich oder wissent-

lich fehlerhaft eine natürliche Todesart attestiert, kann sich der Arzt u. U. dem Vorwurf einer Strafvereitelung ausgesetzt sehen.

#### Korrespondenzadresse

##### Dr. Christina Schumann

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Augsburg  
Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Deutschland  
christina.schumann@uk-augsburg.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

**Autoren.** C. Schumann: A. Finanzielle Interessen: C. Schumann gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Fachärztin für Anästhesie, Zusatzbezeichnungen: Intensiv- und Notfallmedizin, seit Oktober 2020 angestellt an der Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Augsburg, freiberufliche Notarztztätigkeit | Mitgliedschaften: BDA, MB. S. Wiege: A. Finanzielle Interessen: S. Wiege gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: angestellte Rechtsanwältin, Kanzlei Ulsenheimer Friederich PartGmbH | Mitgliedschaften: Arbeitsgemeinschaft Strafrecht im DAV, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht DAV, Münchener Anwaltverein, Interdisziplinäre Studiengesellschaft e. V. (ISG, Beirat), Kommentatorin in Breyer, Endler (Hrsg), *AnwaltFormulare Strafrecht*.

**Wissenschaftliche Leitung.** Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf [www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme).

**Der Verlag** erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autorinnen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

## Literatur

1. MDS, MDK Jahresstatistik 2019: Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. [Mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/18\\_Meldungen/20-06-25\\_PK\\_BHF\\_2019/2019\\_BHF\\_\\_5\\_\\_Jahresstatistik.pdf](http://Mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/18_Meldungen/20-06-25_PK_BHF_2019/2019_BHF__5__Jahresstatistik.pdf). Zugegriffen: 1. Mai 2021
2. Ulsenheimer, Gaede (2021) Arztstrafrecht in der Praxis, 6. Aufl. C.F. Müller, Heidelberg, S65
3. Beckmeier T, Neupert M, Bohn A (2015) Ambulante Behandlung im Rettungsdienst. *Notfmed up2date* 10:337–354
4. Häske D, Sarangi F, Casu S (2020) Transportverweigerung und Transportverzicht im Rettungsdienst. *Notfall Rettungsmed*. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00756-x>
5. Schelling P, Gaibler T (2012) Aufklärungspflicht und Einwilligungsfähigkeit: Regeln für diffizile Konstellationen. *Dtsch Arztebl* 109:476–478
6. Wetterling T, Junghanns K (2019) Alkoholintoxikierte in der Notfallmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 114:420–425
7. Firsching R, Rickels E, Mauer UM, Sakowitz OW, Messing-Jünger M, Engelhard K, Schwenkreis P, Linn J, Schwerdtfeger K (2015) Leitlinie Schädelhirntrauma im Erwachsenenalter. [awmf.org/leitlinien/detail/II/008-001.html](http://awmf.org/leitlinien/detail/II/008-001.html). Zugegriffen: 30. Apr. 2021
8. Welte T, Vogelmeier CF (2017) Thoraxschmerz: Mögliches Zeichen lebensbedrohlicher Zustände. *Internist* 58:1–2
9. Köhnlein T (2017) Thoraxschmerz in der Notaufnahme: Differenzialdiagnose und diagnostisches Vorgehen. *Internist* 58:3–7

10. Ott P (2019) Myrphyls Law – oder was passiert, wenn etwas passiert ist? In: Weber CF, Meybohm P, Marung H, Schalk R, Stehr S, Gräsner JT, Heinrichs W, Muellenbach RM (Hrsg) *Erfahrungsschatz Notfallmedizin*. Thieme, Stuttgart, S 106–108
11. Statistisches Bundesamt (destatis) Todesursachenstatistik. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>. Zugegriffen: 28. Dez. 2020
12. Lampart A, Kuster T, Nickel CH, Bingisser R, Pedersen V (2020) Prevalence and severity of traumatic Intracranial hemorrhage in older adults with low-energy-falls. *J Am Geriatric Soc* 68:977–982
13. Cocca AT, Privette A, Leon SM, Crookes BA, Hall G, Lena J, Eriksson EA (2019) Delayed Intracranial hemorrhage in anticoagulated geriatric patients after ground level falls. *J Emerg Med* 57:812–816
14. Ganetzky M, Lopez G, Coreanu T, Novack V, Horng S, Shapiro NI, Bauer KA (2017) Risk of Intracranial hemorrhage in ground-level fall with antiplatelet or anticoagulant agents. *Acad Emerg Med* 24:1258–1266
15. Orlando A, Rubin B, Panchal R, Tanner A, Hudson J, Harken K, Madayag R, Berg G, Bar-Or D (2020) In patients over 50 years, increased age is associated with decreased odds of documented loss of consciousness after a concussion. *Front Neurol*. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00039>
16. Scholz M, Osterhoff G (2018) Verletzungen der oberen Halswirbelsäule. [awmf.org/leitlinien/detail/II/012-011.html](http://awmf.org/leitlinien/detail/II/012-011.html). Zugegriffen: 30. Apr. 2021
17. Mentzelopoulos SD, Couper K, Van de Voorde P, Druwe P, Blom M, Perkins GD, Lulic I, Djakow J, Raffay V, Lilja G, Bossaert L (2021) European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>. Zugegriffen: 30. Apr. 2021
18. Sefrin P, Kerner T, Dörge V (2019) Verzicht auf Einleitung oder Abbruch einer Reanimation in der Präklinik. *Notarzt* 35:16–22
19. Lott C, Truhlář A, Alfonso A, Barelli A, González-Salvado V, Hinkelbein J, Nolan JP, Paal P, Perkins GD, Thies KC, Yeung J, Zideman DA, Soar J (2021) European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.011>. Zugegriffen: 30. Apr. 2021
20. Paal P, Sumann G, Brugger H (2015) Akzidentelle Hypothermie – Lawinenmedizin. *Osterr Arzteztg* 20:28–38
21. Hilmo J, Naesheim T, Gilbert M (2014) „Nobody is dead until warm and dead“: prolonged resuscitation is warranted in arrested hypothermic victims also in remote areas—A retrospective study from northern Norway. *Resuscitation* 85:1204–1211
22. Pajonk FG (2000) Der Umgang mit suizidalen Patienten im Notarzt- und Rettungsdienst. *Anasth Intensivmed* 41:783–788
23. Schelling P (2016) Im Visier des Staatsanwalts: Juristische Fallstricke in der Notfallmedizin. *Anaesthesist* 11:812–821
24. Haserück A, Richter-Kuhlmann E (2021) Ärztliche Suizidassistenten: Berufsrechtliches Verbot entfällt. *Dtsch Arztebl* 118:805–808
25. Bundesärztekammer (2019) (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. [Dtsch Arztebl. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.mbo\\_deat2018b](https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.mbo_deat2018b)
26. Rothschild MA (2005) Das Kreuz mit der Todesbescheinigung: Welche Todesart ist richtig? *Bayr Arztebl* 11:754–756
27. Schelling P (2020) Strafrecht: Risiken beim Ausfüllen der Todesbescheinigung. *Dtsch Arztebl* 117:38–39



## Arzthaftung und Strafrecht in der Akutmedizin

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf [www.springermedizin.de/kurse-der-anaesthesist](http://www.springermedizin.de/kurse-der-anaesthesist)

- ? Ein alleinlebender 40-jähriger Patient erleidet rezidivierende Hypoglykämien im Rahmen eines Diabetes mellitus Typ 1. Nun ist er erneut aufgrund einer Hypoglykämie notfallmedizinisch behandelt worden und weist einen Blutzuckerwert von 120 mg/dl auf. Dennoch wirkt er etwas verlangsam. An der Stirn zeigt sich ein frischer Bluterguss, der Patient kann sich jedoch an keinen Sturz erinnern. Der Patient ist voll orientiert und kooperativ, bittet jedoch von einem Transport in die Klinik abzusehen. Wie sollte in diesem konkreten Fall weiter vorgegangen werden?**
- Dem Wunsch des Patienten hinsichtlich einer ambulanten Behandlung ist auf jeden Fall zu entsprechen, da er nun wieder normoglykäm ist.
  - Der Patient ist einwilligungsfähig, daher gibt es bei dem Wunsch des Patienten für den Rettungsdienst nun keinen weiteren Handlungsbedarf.
  - Der Rettungsdienst wurde zur Behandlung der Hypoglykämie verständigt und diese wurde suffizient therapiert. Das Hämatom spielt in diesem Fall keine Rolle.
  - Der Patient ist als alleinlebende Person möglicherweise in einer hilflosen Situation und könnte ein Schädelhirntrauma erlitten haben. Ein Transport zur weiteren Abklärung ist indiziert.
- ? Der Bluterguss an der Stirn ist irrelevant, da der Patient angibt keine gerinnungshemmende Medikation einzunehmen.**
- Sie sollten den Patienten davon abbringen selbst nach Hause zu fahren. Sollte er nicht glaubhaft einlenken, muss die Polizei verständigt werden.
- ? Sie werden als Notarzt zur Versorgung einer vermeintlich stark blutenden Wunde gerufen. Bei Eintreffen in einem Restaurant finden Sie einen offensichtlich alkoholisierten Mann vor, der sich an einem zerbrochenen Glas oberflächlich geschnitten hat. Der Patient erklärt Ihnen in klaren Sätzen, dass kein Behandlungswunsch besteht und er nun mit seinem Motorrad nach Hause fahren werde. Er ist voll orientiert und lallt nicht, gibt jedoch zu, fünf Gläser Rotwein getrunken zu haben. Wie sollten Sie sich in dieser Situation juristisch korrekt verhalten?**
- Sie sollten dem Patienten die Zündschlüssel abnehmen. Sollte er dies nicht zulassen, so muss dies durch einen anwesenden Freund geschehen.
  - Es besteht für Sie kein akuter Handlungsbedarf, die Blutung (Alarmierungsgrund) ist kompensiert und in keiner Weise vital bedrohlich.
  - Sie sollten dem Patienten den Führerschein abnehmen. Diesen geben Sie beim lokal zuständigen Polizeirevier ab.
  - Sie sollten den Patienten davon abbringen selbst nach Hause zu fahren. Als Alternative bieten Sie ihm den Transport mit dem Rettungswagen an.
- ? Was ist hinsichtlich Zivil- und Strafrechtsprozessen gegen Ärzte nicht zutreffend?**
- Ärzte können sowohl zivil- als auch strafrechtlich belangt werden.
  - Zivil- und strafrechtliche Verfahren schließen sich gegenseitig aus.
  - Sozialversicherungsträger können Regressansprüche gegen Ärzte geltend machen.
  - Patienten können in zivilrechtlichen Prozessen Schadensansprüche gegen Ärzte geltend machen.
  - Verstöße gegen ärztliche Berufspflichten können in besonders schweren Fällen mit einem Berufsverbot sanktioniert werden.
- ? Was ist hinsichtlich des Umgangs mit Verstorbenen und Todesbescheinigungen zu beachten?**
- Versterben an einer Lungenembolie drei Tage nach komplikationsloser Operation einer Femurfraktur: Es darf in diesem Fall kein natürlicher Tod bescheinigt werden.
  - Bei einem Versterben im Krankenhaus ist die Todesart in der Todesbescheinigung immer als nicht-natürlich zu bescheinigen.
  - Ein junger Mann wird in den Morgenstunden leblos auf einer Parkbank aufgefunden. Er weist keine Spuren äußerlicher Gewalt

### Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit **3 Punkten** (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

**Anerkennung in Österreich und der Schweiz:** Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von

deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013). Die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation vergibt 1 Credit für die zertifizierte Fortbildung in „Der Anaesthesist“.

#### Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf [www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme) möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.
- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med- und e.Dent-Abonnenten.

auf. Somit kann ein natürlicher Tod bescheinigt werden.

- Ein wesentlich fehlerhaftes Ausfüllen von Todesbescheinigungen wird lediglich mit einer geringen Geldbuße geahndet.
- Ärzte sind nur dann zur Durchführung einer Leichenschau verpflichtet, wenn sie auch in die Behandlung des Verstorbenen eingebunden waren.

**? Ein 25-jähriger Fußballspieler verspürt nach dem Training stärkste linksthorakale Schmerzen. Es sind keine Vorerkrankungen oder Risikofaktoren bekannt. Wie sollten Sie in dieser Situation nun konkret vorgehen?**

- Bei einem unauffälligem 12-Kanal-EKG besteht für Sie als Notarzt nun kein weiterer Handlungsbedarf mehr.
- Sie sollten umgehend eine Entlastung der linken Thoraxhälfte durchführen, da es sich mit Sicherheit um einen Pneumothorax handelt.
- Sie sollten dem Patienten für die weitere analgetische Behandlung eine schmerzlin-dernde Salbe mittels Privatrezept verordnen.
- Da es sich mit Sicherheit um eine Inter-costalneuralgie handelt müssen Sie die Injektion eines Analgetikums einleiten.
- Sie müssen eine sorgfältige Anamnese-erhebung durchführen und sollten die Indikation zur klinischen Abklärung großzügig stellen.

**? Was ist hinsichtlich der Behandlung von Patienten mit Sturzereignissen zu beachten?**

- Wenn ein Patient nur ein geringfügiges Trauma erlitten hat, sollten Rettungsdienstmitarbeiter den Patienten grundsätzlich an seinen Hausarzt verweisen.
- Wenn ein Patient nur ein geringfügiges Trauma erlitten hat, sind auch keine schweren Verletzungen zu erwarten.
- Wenn ein Patient nur ein geringfügiges Trauma erlitten hat und keine gerinnungshemmende Medikation einnimmt, ist mit keinen schweren Verletzungen zu rechnen.
- Ältere Patienten können unabhängig von einer Einnahme gerinnungshemmender Medikamente relevante Schädelhirntraumen nach Stolperstürzen erleiden.

- Ältere Patienten erleiden nur unter Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten relevante Schädelhirntraumen nach Stolperstürzen.

**? Was ist hinsichtlich des Abbruchs von Reanimationsmaßnahmen aus juristischer Perspektive zwingend zu beachten?**

- Einmal begonnene Reanimationsmaßnahmen müssen grundsätzlich mindestens 20 min lang fortgeführt werden.
- Eine Reanimation muss jederzeit abgebrochen werden, wenn sie nicht dem Willen des Patienten entspricht.
- Einmal begonnene Reanimationsmaßnahmen müssen bei defibrillierbarem Rhythmus mindestens 40 min lang fortgeführt werden.
- Eine Reanimation muss jederzeit abgebrochen werden, wenn eine Patientenverfügung laut Angehörigen vorliegt.
- Eine Reanimation soll nach Verabreichen einer intravenösen Lyse längstens 60 min lang fortgeführt werden.

**? Was ist hinsichtlich der Behandlung von hypothermen Patienten zu beachten?**

- Mit einem Ohrthermometer können präklinisch tiefe Körperkerntemperaturen sehr zuverlässig gemessen werden.
- Ärzte sind bei fehlerhaftem Unterlassen einer Reanimation bei Hypothermie einem erheblichen Strafbarkeitsrisiko ausgesetzt.
- Von hypothermen Patienten spricht man typischerweise bei Unterschreiten einer Körperkerntemperatur von 33°C.
- Schwere Unterkühlungen gehen zumeist mit einem sehr schlechten neurologischen Outcome bei Überleben des Patienten einher.
- Weite lichtstarre Pupillen sind auch bei Hypothermie ein sicheres Todeszeichen bei dessen Vorliegen eine Reanimation obsolet ist.

**? Ein 40-jähriger Mann droht seiner Freundin nach einem Streitgespräch mit Selbstmord. Bei Eintreffen des Rettungsdienstes weist der Patient Suizidgedanken vehement von sich. Die Freundin berichtet jedoch von einer langjährigen Depression und ist sehr besorgt. Wie sollten Sie in dieser Situation juristisch korrekt vorgehen?**

- Sofern der Patient voll orientiert ist und Ihnen schriftlich versichert keine Suizidgedanken zu hegen, besteht kein Handlungsbedarf.
- Sie bieten dem Patienten eine psychiatrische Abklärung im Krankenhaus an, stellen ihm die Entscheidung jedoch frei.
- Sie versuchen den Patienten zur Vorstellung in der Psychiatrie zu bewegen. Falls der Patient dies nicht wünscht lassen Sie ihn eine Transportverweigerungserklärung unterzeichnen.
- Aufgrund der Uneinsichtigkeit des Patienten rufen Sie umgehend die Polizei hinzu und veranlassen eine Zwangseinweisung.
- Falls Überzeugungsversuche der Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Abklärung fehlschlagen, so veranlassen Sie eine Unterbringung via Polizei.

**? Eine 55-jährige Frau konsumiert auf einem Sommerfest zwei Gläser Prosecco und verstaucht sich den Fuß. Eine besorgte Angehörige verständigt den Rettungsdienst. Bei Eintreffen ist die Patientin voll orientiert und bei klarem Verstand. Motorik, Sensibilität und Durchblutung der Extremität sind unauffällig und es liegt lediglich eine minimale Schwellung vor. Die Patientin gibt an, sie wolle sich nun von ihrem Ehemann nach Hause fahren lassen und am nächsten Tag ihren Hausarzt konsultieren. Wie ist in dieser Situation juristisch korrekt vorzugehen?**

- Nachdem die Patientin Alkohol konsumiert hat, ist sie grundsätzlich nicht einwilligungsfähig und daher führen Sie einen Transport der Patientin ins Krankenhaus durch.
- Die Patientin kann vor Ort bleiben. Sie sollten jedoch Einwilligungsfähigkeit, Behandlungswunsch und Risikoauflklärung



dokumentieren und von der Patientin gegengezeichnet lassen.

- Dem Wunsch der Patientin kann entsprochen werden, sofern eine bevollmächtigte Person die Verantwortung (der Ehemann oder die besorgte Angehörige) für die Patientin übernimmt.
- Um über die Einwilligungsfähigkeit der Patientin entscheiden zu können, muss zunächst eine Atemalkoholmessung durch die Polizei veranlasst werden.
- Nachdem die Patientin alkoholisiert ist, obliegt es ihrem Ehemann über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Sie müssen mit diesem ein entsprechendes Aufklärungsgespräch führen.