



## Chain of survival

Die Zeit läuft

### Michael Schorn-Meyer

Dr. med., MBA, Notarzt SGNOR, Chefarzt, Schweizer Institut für Rettungsmedizin SIRMED, Nottwil

### Kranz Kai

Dipl. Rettungsanästhetiker, Bereichsleiter Continuous Medical Education, Schweizer Institut für Rettungsmedizin SIRMED, Nottwil

Ein Herzstillstand endet ohne Hilfe rasch und in jedem Fall tödlich.

- Um dies abzuwenden, kommt es vor allem auf die Hilfe durch Anwesende an.
- Die lebensrettenden Basismassnahmen sind einfach zu erlernen und anzuwenden.
- Herzmassage hat höchste Priorität.

Das bedeutet:

- 30 Kompressionen im Wechsel mit 2 Beatmungen
- mindestens 100 Mal pro Minute und mindestens 5 cm tief
- Bei Kammerflimmern kann eine unmittelbare Defibrillation lebensrettend sein.

Grundsätzlich lässt sich feststellen: Je besser die Glieder der Überlebenskette ineinandergreifen, desto höher sind die Überlebenschancen der betroffenen Menschen.

Wir wissen heute, dass:

- eine sofortige Reanimation die Überlebenschancen verdoppelt bis verdreifacht;
- BLS inkl. Defibrillation innert 3 bis 5 Minuten Überlebenschancen von über 50% ermöglicht;
- jede Minute Verzögerung bei der Defibrillation die Überlebenschancen um 7 bis 10% reduziert.

Die Überlebenskette umfasst folgende Glieder

1. Erkennung des Herzstillstands und Alarmierung
2. Frühe BLS mit Schwerpunkt auf Herzdruckmassage
3. Frühe Defibrillation
4. Effektive erweiterte Reanimationsmassnahmen
5. Interdisziplinäre Versorgung nach Herzstillstand

Die ersten drei Kettenglieder sollen idealerweise von jedem Anwesenden eines Kreislaufstillstandes durchgeführt werden, während das vierte und fünfte Kettenglied Profis mit entsprechender Qualifikation und Ausstattung zugeordnet werden.

Das macht deutlich, wie sehr es auf die Hilfe derer ankommt, die im Falle eines Kreislaufstillstandes anwesend sind.

Auch Profis realisieren die Massnahmen des zweiten bis dritten Kettengliedes. Sie ergänzen die Massnahmen aber um das vierte und fünfte Kettenglied.

---

## Und weiter?

Klinische Versorgung und Rehabilitation nach ROSC

### Elsasser Serge

Dr. med., Leitender Arzt, Zentrum für Intensivmedizin, Luzerner Kantonsspital, Luzern

Reanimationen nach Herz-Kreislaufstillstand sind relativ häufig, man rechnet mit 50 – 100 Reanimationen / 100'000 Einwohner pro Jahr. Dies ergibt für den Kanton Luzern 200 – 400 Reanimationen pro Jahr. Die ersten Massnahmen im Spital beinhalten die Suche nach den Ursachen des Herzstillstandes, die Stabilisation des Kreislaufes und der Atmung, das Bemühen allfällige Hirnschäden zu minimieren und die Suche und Behandlung etwaiger Komplikationen.

Die häufigste Ursache eines Kreislaufstillstandes ist der akute Herzinfarkt, möglichst schnell soll eine Herzkatheter – Untersuchung durchgeführt werden, da dadurch die Infarkt – Grösse entscheidend vermindert werden kann. Seltener führen Lungen – Krankheiten wie Lungenembolien, Lungenentzündungen oder Beinahe – Ertrinken zu Reanimationen. Unfälle und Blutungen sind meist einfach zu erkennen, schwieriger ist manchmal die Diagnose von Vergiftungen.

Zu den immer auszuführenden Basis – Untersuchungen zählen Anamnese (Hergang, Symptome vor der Reanimation, wesentliche Vorerkrankungen), körperliche Untersuchung (Herzfunktion, Atemsituation, Bewusstsein), EKG, Röntgen – Thorax, sowie meist eine Ultraschall – Untersuchung des Herzens.

Therapeutisch ist meist eine Beatmungs – Therapie notwendig, der Kreislauf muss oft gestützt werden. Im Bemühen die durch Sauerstoff – Mangel drohenden Hirnschäden zu minimieren wird oft eine Hypothermie eingesetzt. Dabei wird der Körper für 12 – 24 Stunden auf 32 – 34°C gekühlt. Studien haben gezeigt, dass damit einerseits Todesfälle reduziert werden, andererseits die



Überlebenden weniger häufig Schäden davontragen. Während das Prinzip der Kühlung weitgehend anerkannt ist bestehen in der konkreten Durchführung noch Unterschiede. Untertemperatur verlangsamt den Hirn – Stoffwechsel und vermindert dadurch den Sauerstoff- und Zuckerbedarf. Pro °C Temperatur – Reduktion wird der Stoffwechsel des Gehirns um 5 – 7% reduziert. Die Prognose nach einem Herzkreislauf – Stillstand ist ungünstig. Von den Patienten bei denen ein Kreislauf wiederhergestellt werden kann überleben lediglich 2 – 40% den Spitalaufenthalt. Glücklicherweise sind invalidisierende Spätschäden nach Reanimationen nicht häufig, treten sie jedoch auf, sind sie für alle Beteiligten sehr belastend.

---

## Wien wird herzsicher

### Krammel Mario

Univ. Lektor Dr., Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie – Medizinische Universität Wien – AKH

Hintergrund: Der plötzliche Herztod ist eine der häufigsten Todesursachen weltweit. Alleine in Wien gibt es jährlich knapp 3.000 Betroffene. In nur 42 Prozent der Fälle fand 2011 eine Ersthelferanimation vor Eintreffen des Rettungsdienstes statt. Die Krankenhausentlassungsrate nach out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) lag bei 11 Prozent. (1) Als Gründe für unterlassene Hilfeleistung wurden von Befragten in erster Linie die Angst vor Fehlern und Unwissenheit angegeben. (2) Dabei könnten unverzüglich eingeleitete Wiederbelebungsmaßnahmen die Überlebensraten nach einem plötzlichen Kreislaufstillstand verdoppeln bis verdreifachen. (3)

Material und Methoden: Um das Outcome nach OHCA systematisch und nachhaltig zu verbessern hat PULS, der Verein zur Bekämpfung des plötzlichen Herztodes, in Zusammenarbeit mit seinen Kooperationspartnern die Kampagne „Wien wird HERZsicher“ ins Leben gerufen. Durch eine Reihe abgestimmter Maßnahmen - in den Bereichen Awarenessbildung und Schulungsangebote, Bereitstellung von rund um die Uhr frei zugänglichen AEDs, systemischer Erfassung aller AED Standorte, Implementierung eines Polizei First Responder Programmes und die routinemäßige telefonunterstützte Reanimationsanleitung durch die Rettungsleitstelle - soll das Outcome nach OHCA in einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren signifikant verbessert werden.

So wurden im Rahmen des Projektes bereits über 500 teils rund um die Uhr frei zugängliche AEDs in der Wiener Innenstadt installiert. Neben diesen Geräten befinden sich derzeit 350 weitere AEDs in Privatbesitz, deren Standortdaten im Zuge des Projekts erfasst wurden. Sechs Erste Hilfe-Kurzvideos wurden gedreht, die über das öffentliche Fernsehen ausgestrahlt werden. Rund um die installierten AEDs werden Schwerpunktaktionen gesetzt und frei zugängliche BLS-Kurse angeboten. Die Wiener Polizei wurde mit 110 AEDs in Polizeifahrzeugen und Polizeiinspektionen ausgestattet und in ein First- Responder System integriert. In einer ersten Testphase von 7 Monaten gab es bereits 28 Defi-Anwendungen und 12 Patienten die dadurch mit Spontankreislauf in der Klinik aufgenommen werden konnten.

Schlussfolgerung: Bei dem Projekt handelt es sich um ein mehrphasiges medizinisches und sozio-technologisches Innovationsprojekt. Ziel ist Awarenessbildung im Bereich plötzlicher Herztod und die Steigerung von Ersthelferanimation und AED-Einsatz vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes.

### Literatur:

- 1 Nürnberger A, et al. Out of hospital cardiac arrest in Vienna: Incidence and outcome. Resuscitation 2012 24;84:430–4
- 2 Völker T.M., et al. Projekt „Spotlight Erste Hilfe“. Notfall Rettungsmed. 2010•13:125–130
- 3 Koster RW, et al. Basismaßnahmen zur Wiederbelebung Erwachsener und Verwendung automatisierter externer Defibrillatoren. Notfall Rettungsmed. 2010 13;1523–42

## Werksärztlicher Dienst BMW

### Knöll-Dietz Angelika

Dr. med. Fachärztin für Arbeitsmedizin und Chirurgie Notfallmedizin, Sportmedizin COC-Leiterin Notfallmedizin  
Gesundheitsdienst, BMW Group, Standort Dingolfing

Die BMW-Group beschäftigt aktuell weltweit ca. 106.000 Mitarbeiter.

BMW Automobile werden an 14 Standorten weltweit produziert. Das Rückgrat bilden die sechs BMW Werke in Dingolfing, Leipzig, München, Regensburg, Rosslyn (Südafrika) und Spartanburg (USA).

Das integrierte Gesundheitsmanagement der BMW Group verfolgt das Ziel, die bestmögliche Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch bedarfsorientierte Gesundheitsmaßnahmen zu fördern.

An allen großen Standorten gibt es einen operativen Gesundheitsdienst mit folgenden Kernaufgaben (gemäß der gesetzlichen Anforderungen und darüber hinaus):

- Arbeitsplatzbegehungen
- Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (z.B. G20 Lärm, G26.3 schwere Atemschutzgeräte, G37Bildschirmarbeit, G35 Auslandsaufenthalt...)
- Wiedereingliederungen nach langer Krankheit (> 6 Wo.)
- Gefährdungsbeurteilungen (Arbeitsplatz)
- Arbeitsmedizinische Beratung (z.B. zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung)
- Ambulanzversorgungen / Notfallmedizin

Neben dem Angebot der arbeitsmedizinischen Leistungen, betreibt der Gesundheitsdienst der BMW Group auch Ambulanzstationen, in großen Werken auch werkseigene Rettungs- bzw. Notarztwagen.

Im BMW-Werk Dingolfing z.B., dem größten Produktionsstandort der BMW-Group weltweit mit ca. 20.000 Mitarbeitern, ist der Rettungs- und Notarztwagen ca. 550x/Jahr im Einsatz.

Aufgaben des internen Rettungsdienstes:

- Notfallversorgung innerhalb des Werkes bzw. in unmittelbarer Werksumgebung
- regelmäßige Fortbildung der Einsatzkräfte nach den aktuellen Leitlinien
- regelmäßige Schulung der Ersthelfer und AED-Beauftragten
- Notfallmedizinische Absicherung von BMW-Events (Vorstandschafft, Mille Miglia etc.)
- Betriebliche Katastrophenorganisation (BKO)

---

## First Responder Feuerwehr Rothrist

### Steffen Tobias

Transportsanitäter, Firstrespondergruppe Feuerwehr Rothrist

#### Erste Schritte

Ein Jahr bevor die First Responder Gruppe der Feuerwehr Rothrist tätig wurde, setzte sich eine Gruppe von fünf Personen zusammen. In diesen Besprechungen wurde ein Konzeptpapier entworfen, welches zuhänden des Gemeinderates abgegeben wurde. Nach kleinen Änderungen durch den Gemeinderat Rothrist, wurde das Konzept abgesegnet und zur Ausführung abgegeben.

#### Teamzusammenstellung

Nun mussten geeignete Teammitglieder gesucht werden. Dabei war ein wichtiger Gedanke der Initianten, dass sowohl Feuerwehrangehörige wie auch Samariter in der Gruppe ihren Platz haben können. An einem Infoanlass, an welchem sämtliche Samariter wie Feuerwehrangehörige eingeladen wurden, informierten die Initianten über das Projekt. Es wurde auch sehr darauf hingewiesen, dass die in Not geratenen Personen sowohl Angehörige wie auch Freunde sein können. Im Anschluss konnten sich Interessierte bewerben.

Beim Auswahlverfahren wurden neben dem Arbeits- und Wohnort auch auf sehr viele andere Kriterien geachtet. Spannend war auch, dass einige ihre Bewerbungen nach einiger Zeit zurückzogen. Dabei waren vorwiegend persönliche Gründe im Vordergrund.

Uns war es wichtig eine Gruppe zusammenzustellen, welche sich unterstützen und "spüren" kann.

#### Startschuss

Am 1. September 2009 war es dann so weit. Wir konnten mit einer Gruppe von 17 Personen starten. Gemeinsam besuchten wir eine tägige Ausbildung mit der SIRMED.



#### Organisation

Wir haben die ganze Gruppe in drei Gruppen aufgeteilt. So werden am Tag zehn Personen alarmiert und in der Nacht fünf. Die restlichen haben eine Woche Pause. Dieses System hat sich bis heute bewährt. Bei einem Alarm rücken immer alle alarmierten ins Feuerwehrmagazin ein. Von dort begeben sich drei mit einem Fahrzeug der Feuerwehr zum Einsatzort. Die Gruppe wird durch das 144 des Kanton Aargaus koordiniert und aufgeboden.

Sobald eine der vier folgenden vier Meldungen eingeht, wird die FRF Gruppe aufgeboden: 1. Brustschmerz 2. Atemnot 3. Bewusstlosigkeit 4. Leblose Person.

#### Belastbarkeit und Aufgaben

Wie anfangs erwähnt war es uns wichtig, dass wir eine gute Gruppenzusammensetzung erhalten. Dies wurde bald so wahrgenommen. Es wurde uns schnell bewusst, dass es nicht nur ein Mensch ist, welchem wir helfen gehen. Nein es kann auch sein, dass wir einen Kollegen bei der REA verlieren können. Dies musste ein Angehöriger unserer Gruppe bereits beim dritten Einsatz erleben. Eine weitere Kollegin verlor eine Freundin während eines Einsatzes. In solchen Situationen ist es wichtig, dass die Gruppe ein eingespieltes Team ist und sich gegenseitig unterstützen und verstehen kann.

Wir sind auch immer wieder gefordert den Angehörigen gegenüber Anteilnahme auszusprechen und die Situation zusammen zu erleiden und mitzutragen. Es kann auch vorkommen, dass wir mit Angehörigen in den Spital nachfahren und sie so unterstützen.

Neben der Angehörigenbetreuung helfen wir während dem Einsatz auch dem Rettungsdienst.

#### Aktueller Stand

Seit dem Aktivwerden der Gruppe wurden wir für 172 Einsätze alarmiert.

Die Gruppe hat heute einen Bestand von 12 FRF. Anfragen von Interessierten haben wir immer wieder. Es ist uns aber wichtig, dass wirklich nur solche Personen in die Gruppe aufgenommen werden, welche auch dazu passen.

#### Erfolge?!

Klar haben wir die Gruppe mit der Idee gegründet, dass möglichst vielen Patienten rasche Hilfe zugute kommt. Ein immer wieder dran bleiben und daran glauben, dass eine erfolgreiche REA durchgeführt werden kann. Um das geht es doch!?

Seit dem Starten der Gruppe konnten wir einigen Menschen einen wichtigen Dienst erweisen und durften letztes Jahr drei und in diesem Jahr bereits eine erfolgreiche Rea s verzeichnen. Dies ist aber ganz klar nur durch ein Hand in Hand arbeiten von der Alarmzentrale, dem Rettungsdienst und den First Responder möglich.

So möchten wir uns ganz herzlich bei den Mitarbeitenden des Rettungsdiensts, der Alarmzentrale und der First Responder für ihren steten Einsatz und die Zusammenarbeit bedanken.

---

## Erste Hilfe Art. 36 ArGV 3

### René Guldemann

Arbeitshygieniker SGAH / SSHT, Dipl. NDS ETHZ, EPG UNIL in Arbeit und Gesundheit, Staatssekretariat für Wirtschaft SECO  
Ressort Grundlagen Arbeit + Gesundheit

In akut lebensgefährlichen Notfallsituationen (schwere Verletzung, medizinischer Notfall, Bewusstlosigkeit, Herz-Kreislauf-Schwäche, Vergiftung, psychischer Ausnahmezustand etc.) ist das sofortige Alarmieren des professionellen Rettungsdienstes eine der wichtigsten Sofortmassnahmen im Betrieb. Entsprechend der vorhandenen betrieblichen Gefährdungen ist ein Notfallkonzept auszuarbeiten und dieses wirksam umzusetzen. Oberstes Ziel ist hierbei die zeitgerechte Erfüllung der Rettungskette bis zum Eintreffen der professionellen Retter.

Die Wegleitung zu Artikel 36 „Erste Hilfe“ zu Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz vermittelt die wichtigsten Grundsätze, rechtliche Aspekte und Handlungshilfen mit zahlreichen Empfehlungen. Die Wegleitung ist derzeit in Überarbeitung und soll in diesem Jahr in zwei Stufen an die neuen Gegebenheiten und Anforderungen angepasst werden.



## Was passiert auf der SNZ?

### Hurni Christoph

Dipl. Rettungsanitäter HF, Stv Leiter Sanitätsnotrufzentrale Zentralschweiz, Luzerner Kantonsspital LUKS, Luzern

Die Sanitätsnotrufzentrale 144 (SNZ 144) besteht seit 20 Jahren. Mit dem Leistungsauftrag des Kantons Luzern an das Luzerner Kantonsspital koordiniert die SNZ 144 die sanitätsdienstliche Versorgung der Kantone Luzern, Zug, Obwalden, Nidwalden, Uri und der Bezirk Küssnacht am Rigi (Schwyz). Die Einwohnerzahl des Einsatzgebietes beträgt rund 590'000 Einwohner.

Die SNZ 144 ist ein Standort von vier Standorte des Rettungsdienstes Luzerner Kantonsspital mit Sitz in Luzern. Alle Mitarbeitende der SNZ 144 Zentralschweiz weisen mehrjährige Rettungsdienstefahrung auf und sind qualifizierte Rettungsanitäterinnen oder Rettungsanitäter HF mit einer modularisierten Einführung in die Leitstellenarbeit.

Die Hauptaufgaben der SNZ 144 sind:

- Entgegennahme des Notrufes und Erstbeurteilung
- Triage
- Alarmierung der Rettungsmittel (Firstresponder)
- Anweisung der medizinischen Sofortmassnahmen
- Einsatzleitung in besonderen Lagen
- Koordination von Krankentransporten (Sekundärtransporte)
- Notfalldienstvermittlung

In den Jahren 2009 und 2013 wurden folgende Firstrespondergruppen in die Ausrückordnung der SNZ 144 aufgenommen (Chronologisch Reihenfolge):

- Herzgruppe Lungern (Samariterverein)
- Notfallherzgruppe Risch (Feuerwehr Risch)
- Schadenwehr Göschenen (Feuerwehr Gotthard)
- Ursenental (Rettungsdienst)
- Küssnacht a. Rigi (Rettungsdienst)
- Schächental (Rettungsdienst)
- Giswil (Feuerwehr)
- Alpnach (Feuerwehr)

Die Firstrespondergruppen werden nach Einsatzstichworten und Ortschaft aufgeboten. Die Grundstichworte sind: Reanimation, kardiales Ereignis und cerebrales Ereignis. Seit 2009 wurden rund 100 Einsätze alarmiert.

Für den Aufbau einer Firstrespondergruppe stellt der Interverband für Rettungswesen einen "Leitfaden zum Aufbau und Betrieb von First Responder-System" auf der Website zur Verfügung. Wenn ein Betriebskonzept und das Einverständnis der kantonalen Behörden vorhanden ist werden die Firstresponder Gruppe bei SNZ 144 aufgeschaltet

Der SNZ 144 Zentralschweiz angeschlossenen Gruppen werden via SMS und/oder Pager alarmiert. Es gibt Gruppen, welche sich in einem von der SNZ zu Verfügung gestellten Telefonkonferenz absprechen, wer ausrückt. Die Firstresponder übermitteln nach ersten Sichtung am Ereignisort einen Lagebericht per Telefon an die SNZ 144.

Um die Rettungskette umfassend zu schliessen, bedeutet der Einsatz von organisierten Firstrespondern in Gebieten, welche eine zeitliche rettungsdienstliche Versorgungslücke aufweisen, einen für die Gesellschaft grossen nachhaltigen Mehrwert. Daher spricht die SNZ 144 Zentralschweiz an dieser Stelle allen Mitgliedern den angeschlossenen Firstrespondergruppen und allen anderen ein grosses Dankeschön aus. Euer Einsatz ist überlebenswert.

---

## Gesundheitskampagnen im Betrieb

### Schnierl Christiane

Pflegefachfrau HF, Leitung Gesundheitszentren, Institut für Arbeitsmedizin, ifa, Baden

Gesundheitskampagnen können sehr wohl eine Verhaltensveränderung hervorrufen. Diskussionen, die mit Gesundheitsthemen angeregt werden, führen oft dazu ungesunde Lebensweisen zu hinterfragen. Wenn bei einer betrieblichen Kampagne viele Personen mitmachen, wirkt sich das sehr motivierend auf die Arbeitskolleginnen aus. Mit Druck, Verboten und dem Drohfinger wird oft das Gegenteil erreicht. Attraktive Gesundheitskampagnen sollten in jedem Betrieb ein wiederkehrender Bestandteil sein. Eine der Kampagnen, die wir in vielen Firmen regelmässig anbieten, stösst bei den Teilnehmenden immer wieder auf grosses Interesse.

#### Herz-Kreislaufkampagne

Mit 37% liegen die Herzkreislauferkrankungen immer noch an der Spitze der Todesursachen, obwohl deren Zahl seit über 10 Jahren dank medizinischen Fortschritten stark abnimmt (1980: ca. 48%). Zu den Herzkreislauferkrankungen zählen arterieller Bluthochdruck, Herzinfarkt, Hirnschlag, periphere arterielle Verschlusskrankheiten und Koronare Herzkrankheiten.

Neun von zehn Herzinfarkten und Hirnschlägen werden von Faktoren beeinflusst, die sich messen und kontrollieren lassen. Wenn Sie Ihre Risikofaktoren frühzeitig erkennen, können Sie vorbeugen und Behandlungen können eingeleitet werden.

Unterschieden werden die nicht beeinflussbaren Faktoren wie Alter, Geschlecht und erbliche Veranlagung. Die veränderbaren Faktoren wie Rauchen, Stress, Bewegung, Ernährung lassen sich aber durch ein gesundheitsbewusstes Verhalten ausschalten oder zumindest verbessern.

Die Teilnehmer der Kampagne werden mittels eines persönlichen Risikoprofils über ihr aktuelles Gefährdungspotential einer kardiovaskulären Erkrankung informiert. Risikopatienten können in einem frühen Stadium und durch professionelle Beratung auf ein gesundheitsbewusstes Verhalten gelenkt werden oder zu ihrem Hausarzt zur weiteren Behandlung verwiesen werden. Die untersuchten Werte sind die sogenannten "stillen Killer". Das sind die schädlichen Faktoren, die dem Herz-Kreislauf-System über Jahre Schaden zufügen, ohne dass die betroffenen Personen dies merken. Ohne die Behandlung dieser Faktoren kommt es zu irreparablen Schäden.

---

## Die Wiederbelebung von Kindern (Workshop)

### Elmar Rollwage

Dipl. Rettungssanitäter, Ressortleiter Rettungsdienst Spitalregion Oberaargau, Chef Firstrespondergruppe Stützpunktfeuerwehr Zofingen

Wir wollen es an dieser Stelle einfach machen. Auch wenn die landläufige Feststellung stimmt, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind, gilt im Kreislaufstillstand doch, dass die Erkennung des Stillstandes und die lebensrettenden Massnahmen die gleichen sind. (Die spezifischen Aspekte der Reanimation von Neugeborenen und Säuglingen bis zum 1. Lebensmonat sind hier ausgeklammert.)

Das bedeutet, dass ein reaktionsloses Kind ohne oder ohne normale Atmung mit Herzmassage und Beatmung im Verhältnis 30:2 versorgt wird. Im Unterschied zum Erwachsenen werden die Massnahmen natürlich weniger kräftig ausgeführt. Die Tiefe der Herzmassage beträgt ein Drittel des Brustdurchmessers.

Die Beatmung hat bei der Wiederbelebung von Kindern einen höheren Stellenwert, als beim Erwachsenen und soll wenn möglich immer durchgeführt werden.

Wenn verfügbar, sollten bei der Wiederbelebung von Kindern möglichst spezielle Kinderelektroden eingesetzt werden. Sind solche nicht vorhanden, wird mit normalen Elektroden gearbeitet.



## Die Grenzbereiche des Lebens

Patientenverfügung, Erwachsenen- und Kinderschutzgesetz

### Genna Anton

Fürsprecher, Thun

First Responder sind dazu bestimmt, Leben zu retten. Dazu sind sie nicht nur ethisch-moralisch, sondern auch rechtlich verpflichtet, sei dies infolge einer gesetzlichen Garantienstellung (Art. 11 Abs. 2 StGB), der generellen Nothilfepflicht bei unmittelbarer Lebensgefahr (Art. 128 StGB) oder der erweiterten Verletztenbeistandspflicht im Strassenverkehr (Art. 51 SVG). In einem Spannungsverhältnis zur Lebensrettungspflicht steht der Grundsatz, dass medizinische Heilmassnahmen nur mit Einwilligung der betroffenen Person zulässig und rechtmässig sind. Eigenmächtige Heilbehandlungen – selbst wenn sie lege artis durchgeführt werden und erfolgreich sind – stellen zivilrechtlich eine Persönlichkeitsverletzung (Art. 28 ZGB) und strafrechtlich eine Körperverletzung (Art. 122 ff StGB) dar.

Im Notfall haben wir es in der Regel mit bewusstlosen oder zumindest in ihrem Bewusstsein eingeschränkten Patienten zu tun, die nicht mehr selber entscheiden können. Während früher kaum in Frage gestellt war, dass in diesem Fall alle medizinisch indizierten lebensrettenden Massnahmen einzuleiten sind, muss diese Frage heute differenzierter angegangen werden. Das neue Erwachsenenschutzrecht hat 2013 die Patientenautonomie dahin gestärkt, dass auch im Falle der Urteilsunfähigkeit der zuvor in einer Patientenverfügung festgelegte Wille verbindlich ist (Art. 370 ff ZGB). Fehlt eine Patientenverfügung oder äussert sie sich nicht zur entsprechenden Situation, muss eine vertretungsberechtigte Person entscheiden. Sie richtet sich nach dem „mutmasslichen Willen“ und dem „Wohl“ des Patienten. In dringlichen Fällen entscheidet der Arzt unter Beizug dieser Kriterien (Art. 379 ZGB). Was für den Arzt gilt, muss zumindest sinngemäss auch für First Responder gelten, welche vor Eintreffen eines Arztes oder einer Ärztin Erste Hilfe leisten.

Im Notfall erweist sich vor allem die CPR (Herz- Lungen – Wiederbelebung) und die Intervention bei Suiziden als problematisch. Die vom Interverband Rettungswesen herausgegebene Empfehlung „in dubio pro vita“ (im Zweifel für das Leben) entbindet die Rettungsdienste nicht von der Pflicht, eine vorhandene Patientenverfügung zu beachten oder auf den „mutmasslichen Willen“ des Patienten abzustellen, selbst wenn dadurch auf eine Erfolg versprechende Lebensrettungsmassnahme verzichtet werden muss. Mangels einer gesetzlichen Präzisierung für den Notfalldienst ist zu fordern, dass die Einsatzleitung Weisungen erlässt, um das Rettungspersonal vor der Gefahr von „Musterprozessen“ zu bewahren.