

Handlungsempfehlung für Notfallsanitäter:

Erkennen sicherer Todeszeichen und weiteres Vorgehen

vom 31.03.2025

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Hintergrund:

Immer wieder wird Rettungsdienstpersonal mit Situationen konfrontiert, bei denen offensichtlich keine Wiederbelebensmaßnahmen mehr indiziert sind und noch kein Arzt vor Ort ist.

Oft bestehen rechtliche Unsicherheiten zum weiteren Vorgehen, da die Todesfeststellung unter Arztvorbehalt steht.

Häufig kommt es dadurch zu medizinisch nicht indizierten Nachforderungen eines Notarztes oder zur unnötigen Fortsetzung von langen Anfahrten mit Sondersignal, teils auch Anflügen von Luftrettungsmitteln als Notarztzubringer.

In diesen Fällen steht der Notarzt oder ggf. sogar das Luftrettungsmittel für indizierte Einsätze vermeidbar nicht zur Verfügung.

Gleichzeitig besteht bei der Beurteilung einer „fehlenden Indikation für Wiederbelebensmaßnahmen“ die Gefahr von Fehleinschätzungen, die unter Umständen sehr weitreichende Konsequenzen für Patient und Rettungsdienstpersonal haben können.

Grundlagen:

- **Das Unterlassen sofortiger Wiederbelebensmaßnahmen ausschließlich auf Basis einer Patientenverfügung oder anderweitiger Anhaltspunkte für einen mutmaßlich einer Reanimation entgegenstehenden Patientenwillen ist für nichtärztliches Rettungsdienstpersonal grundsätzlich nicht möglich.** Die Interpretation einer in der Regel mehrseitigen Patientenverfügung mit Einordnung des mutmaßlichen Patientenwillens in den Kontext der aktuellen Notfallsituation ist im Einzelfall sehr komplex, die Entscheidung zur Therapielimitierung bei Atem- und/o-der Kreislaufstillstand dagegen sehr weitreichend und vor allem unumkehrbar.

Jegliche Verzögerung indizierter Wiederbelebensmaßnahmen ist inakzeptabel.

Therapieunterlassungen, Therapiezieländerungen bzw. Entscheidungen zum Abbruch von Wiederbelebensmaßnahmen können nach sorgfältiger Fremdanamnese und Einordnung aller vorliegenden Informationen in den aktuellen Kontext der konkreten Notfallsituation **erst im Verlauf und regelmäßig nur nach ärztlicher Entscheidung erfolgen.**

- **Notfallsanitäter haben jedoch aufgrund ihrer Berufsausbildung in eindeutigen Fällen grundsätzlich die Befähigung, sichere Todeszeichen und die daraus resultierende „fehlende Indikation für Wiederbelebensmaßnahmen“ zu erkennen.**
Hieran sind jedoch sehr hohe Anforderungen zu stellen, Unsicherheiten müssen sicher ausgeschlossen sein.
- Die Nachforderung eines Notarztes ist bei sicher verstorbenen Patienten medizinisch nicht begründet und sollte vermieden werden, insbesondere damit die Verfügbarkeit für lebensrettende Einsätze gewährleistet bleibt. Auch ein bereits anfahrender oder anfliegender Notarzt sollte für Duplizitätseinsätze neu disponiert werden können, wenn ein Notfallsanitäter verlässlich das Vorliegen sicherer Todeszeichen feststellt und rückmeldet.
- Nach Art. 2 Abs. 1 des Bestattungsgesetzes (BestG) muss jede Leiche vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) und der Todesursache von einem Arzt untersucht werden (Leichenschau). Nach § 1 Abs. 1 Satz 1 der Bestattungsverordnung (BestV) ist die Leichenschau unverzüglich zu veranlassen, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Die Durchführung der Leichenschau fällt dabei nicht in den Zuständigkeitsbereich des Notarztdienstes, **bei sicheren Todeszeichen besteht keine Notarztindikation.**

Ziel:

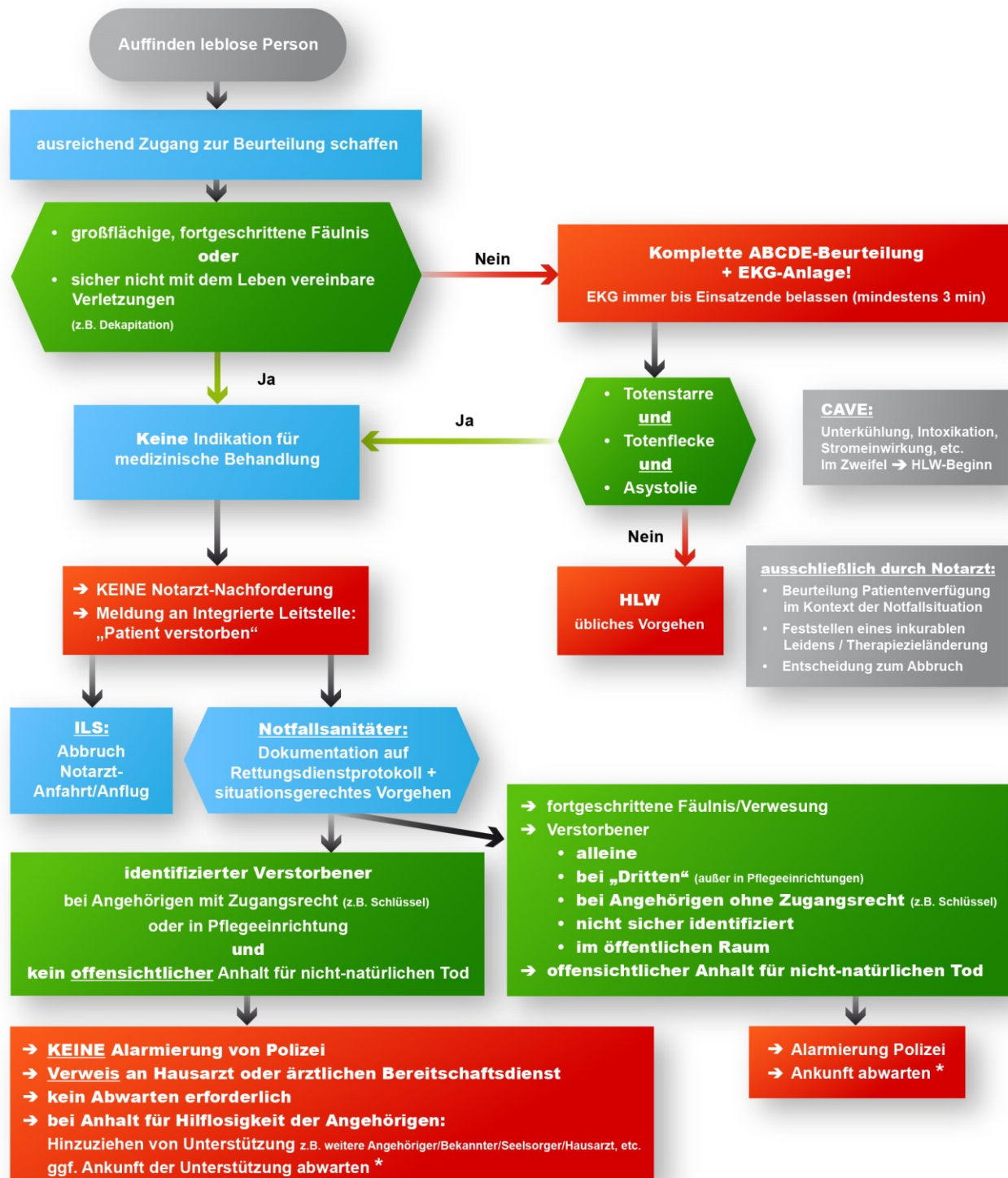
Diese Handlungsempfehlung soll für Notfallsanitäter im Rettungsdienst beim Antreffen einer leblosen Person erforderliche Kriterien zur Feststellung sicherer Todeszeichen beschreiben und das situationsabhängige weitere Vorgehen für alle Beteiligte regeln.

Eine breit abgestimmte Konsentierung für den bayerischen Rettungsdienst unter allen für die Thematik zuständigen Gremien und Behörden soll insbesondere für das Rettungsdienstpersonal und die Integrierten Leitstellen, aber auch für weitere Beteiligte Handlungssicherheit geben.

Die Handlungsempfehlung wurde erarbeitet und abgestimmt mit den offiziell benannten Vertretern der/des:

- ARGE der Durchführenden im Rettungsdienst Bayern
- Verbandes bayerischer Leitstellenbetreiber
- Bayerischen Landesärztekammer
- Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Bayern
- Instituts für Rechtsmedizin der LMU München
- Bayerischen Staatsministeriums des Inneren, für Sport und Integration

Handlungsempfehlung für Notfallsanitäter: „Erkennen sicherer Todeszeichen und weiteres Vorgehen“



* Bei einem weiteren **Notfalleinsatz** können Rettungsmittel in Rechtsgüterabwägung auch vor dem Eintreffen der Polizei den Einsatzort verlassen.

Erläuterungen zum Flowchart:

- **„ausreichend Zugang zur Beurteilung schaffen“**
 - ⇒ Es sind Fälle bekannt geworden, bei denen Verwesungsgeruch in der Wohnung und vermeintliche einzelne sichere Todeszeichen bei nur Teilzugänglichkeit des Patienten zu einer fälschlichen Todesannahme geführt haben. Der Patient muss daher in vollem Umfang von einem Notfallsanitäter beurteilt werden können. Alle äußeren Umstände, die die Untersuchungsbedingungen beeinträchtigen können, müssen entfernt werden.
 - ⇒ Auch muss z.B. bei „Erhängten“ angenommen werden, dass der Zeitpunkt des Erhängens unklar ist und Wiederbelebungsmaßnahmen grundsätzlich noch zum Erfolg führen können.
 - ⇒ Die Auffindesituation sollte sich das Rettungsdienstpersonal nach Möglichkeit einprägen und zeitnah sowie formlos für sich selbst dokumentieren.
- **„großflächige, fortgeschrittene Fäulnis“ oder „sicher nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen (z.B. Dekapitation)“**
 - ⇒ Bei bereits großflächiger, fortgeschrittener Fäulnis oder bei sicher nicht mit dem Leben zu vereinbarenden Verletzungen (z.B. Dekapitation) sind keine weiteren medizinischen Maßnahmen indiziert.
 - ⇒ Dies kann ein Notfallsanitäter feststellen, eine weitere Notarztfahrt oder Nachforderung ist nicht erforderlich und zu vermeiden.
- **Liegen weder eine „großflächige, fortgeschrittene Fäulnis“ noch „sicher nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen“ (z.B. Dekapitation) vor**
 - ⇒ muss das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal immer eine komplette ABCDE-Beurteilung und ggf. daraus resultierende Maßnahmen durchführen sowie ein EKG (3 Kanal-Ableitung) anlegen.
 - ⇒ Dies gilt auch bei vermeintlich vorliegenden anderen „sicheren“ Todeszeichen.

- **Ergibt diese Untersuchung ein gemeinsames Vorliegen von Totenstarre, Totenflecken und Asystolie besteht keine weitere Behandlungsindikation.**

⇒ Auch wenn für die ärztliche Todesfeststellung grundsätzlich das Vorliegen nur eines der „sicheren“ Todeszeichen ausreicht, wird hier bei der Beurteilung durch Notfallsanitäter das Vorliegen von Totenstarre, Totenflecken und einer Asystolie im EKG gefordert, da bei den einzelnen Zeichen durchaus Verwechslungsgefahr mit anderen Erscheinungen besteht.

Insbesondere muss in diesem Zusammenhang an Intoxikationen mit Hautveränderungen, Unterkühlung, Kontrakturen (vorbestehend oder durch Stromeinwirkung, o.ä.), Kältestarre uvm. gedacht werden.

⇒ Die Ableitung einer Asystolie bis zum Ende des Einsatzes (mindestens aber 3 min) soll zusätzlich Restrisiken einer potentiellen Fehleinschätzung minimieren.

⇒ Wenn vom Notfallsanitäter alle hier geforderten Kriterien eindeutig festgestellt werden, besteht jedoch **keine Indikation** für die weitere Anfahrt oder den weiteren Anflug eines Notarztes oder gar für eine Notarzt-Nachforderung.

- **Liegen die genannten Kriterien nicht vor**

muss das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal in jedem Fall mit Wiederbelebensmaßnahmen beginnen und diese fortführen bis der Notarzt eintrifft und die weiteren Entscheidungen übernimmt.

⇒ Die Interpretation und korrekte Einordnung des Inhalts einer Patientenverfügung in den Kontext der aktuellen Notfallsituation oder gar die Einschätzung, ob es sich um ein inkurables Leiden handelt, bei dem auf ausgewählte medizinische Maßnahmen verzichtet werden kann, sind inhaltlich komplex, zeitaufwendig und erfordern weitreichende Kenntnisse.

⇒ Verzögerungen bezüglich der Aufnahme von Wiederbelebensmaßnahmen durch das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal im Rahmen eines Notfalleinsatzes sind deshalb zu vermeiden.

⇒ Sollte in diesen Fällen noch kein Notarzt auf Anfahrt sein, ist dieser unverzüglich nachzufordern.

▪ **Liegen die genannten Kriterien für das Fehlen einer medizinischen Behandlungsindikation bei einer leblosen Person vor**

⇒ meldet der Notfallsanitäter an die Integrierte Leitstelle zurück, dass der „**Patient verstorben** ist“.

Der Begriff „Todesfeststellung“ sollte in diesem Zusammenhang vermieden werden, da diese einem Arzt obliegt.

⇒ Bei der Rückmeldung „Patient verstorben“ durch einen Notfallsanitäter **soll** die **Integrierte Leitstelle** das Einsatzende für einen eventuell noch anfahrenden oder anfliegenden Notarzt veranlassen, in jedem Fall ist dieser dann für Duplizitätseinsätze vorrangig einzusetzen.

⇒ Der Einsatz wird seitens des Notfallsanitäters auf dem gängigen Rettungsdienstprotokoll **mit der üblichen Sorgfalt dokumentiert und ein Ausdruck am Einsatzort belassen.**

⇒ Die Ausstellung einer (vorläufigen) Todesbescheinigung durch einen Notfallsanitäter ist nicht zulässig.

⇒ **Das weitere Vorgehen des Rettungsdienstpersonals ist situationsabhängig:**

a)

Handelt es sich **um einen identifizierten Verstorbenen bei Angehörigen mit Zugangsrecht** (z.B. Schlüssel) bzw. **in einer Pflegeeinrichtung**

und

besteht kein offensichtlicher Anhalt für einen nicht-natürlichen Tod

⇒ **ist weder ein Notarzt noch die Polizei zu alarmieren.**

⇒ Die Angehörigen/Pflegekräfte sind an den Hausarzt und bei Nichterreichbarkeit des Hausarztes an den ärztlichen Bereitschaftsdienst über die Telefonnummer 116 117 zu verweisen.

⇒ Das Rettungsdienstpersonal wartet das Eintreffen eines Arztes nicht ab!

Bei Anhalt für Hilflosigkeit der Angehörigen

⇒ Sollte die Einsatzsituation zeigen, dass eine akute Überforderung der Angehörigen mit der Situation besteht, soll vom Rettungsdienstpersonal versucht werden weitere Unterstützung hinzuzuziehen.

Das können in erster Linie weitere Angehörigen, Bekannte, Nachbarn, Seelsorger, der Hausarzt oder ggf. auch ein über die Integrierte Leitstelle alarmierbarer Notfallseelsorger sein.

⇒ Nur wenn keiner der genannten Adressaten erreichbar ist, ist die Polizei zu verständigen.

⇒ Das Eintreffen der Unterstützung für die Angehörigen soll abgewartet werden, **wenn dies aus Sicht des Rettungsdienstpersonals als notwendig erachtet wird.**

⇒ **Für einen weiteren Notfalleinsatz darf das Rettungsmittel die Einsatzstelle in Rechtsgüterabwägung jedoch verlassen.**

b)

- bei **fortgeschrittener Fäulnis/Verwesung**
- wenn **Verstorbene**
 - **alleine** sind
 - sich **bei „Dritten“** (außer in Pflegeeinrichtungen) befinden
 - bei **Angehörigen ohne Zugangsrecht** (z.B. Schlüssel) sind
 - **nicht sicher identifiziert** sind
 - im **öffentlichen Raum** aufgefunden wurden
- wenn ein **offensichtlicher Anhalt für einen nicht-natürlichen Tod** **erkannt wird**

⇒ **ist die Polizei zu alarmieren.**

⇒ ist das Eintreffen der Polizei grundsätzlich abzuwarten.

⇒ Es besteht jedoch keine Verpflichtung für das Rettungsdienstpersonal aktiv nach Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod zu suchen bzw. einen nicht natürlichen Tod mit letzter Sicherheit auszuschließen oder zu bestätigen.

⇒ **Für einen weiteren Notfalleinsatz darf das Rettungsmittel jedoch auch in diesen Fällen die Einsatzstelle in Rechtsgüterabwägung verlassen.**

Impressum

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium des Innern, für
Sport und Integration,
Sachgebiet D3,
Odeonsplatz 3, 80539 München

Stand: März 2025