

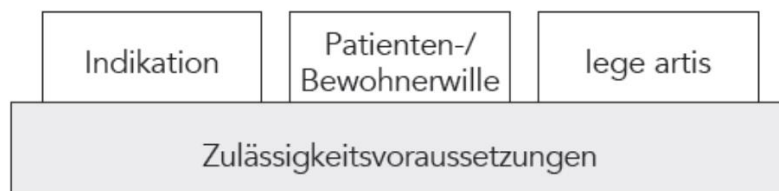
Stellungnahme zum neuen Erwachsenenschutzrecht und deren Auswirkungen für den Rettungs- und Notarztdienst

Mit 1. Juli 2018 ist das neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft getreten. Es löst die bisherigen Bestimmungen betreffend der Sachwalterschaft ab und sieht neue Modelle der Vertretung vor. Dabei soll die Selbstbestimmung schutzberechtigter Personen gestärkt werden. Als schutzberechtigt gelten Minderjährige und erwachsene Personen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer vergleichbaren Beeinträchtigung in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind.

Die gesetzlichen Änderungen haben auch Auswirkungen auf die rettungs- und notarztdienstliche Praxis. Denn auch im Bereich der Behandlungsentscheidungen gibt es Neuerungen. Und diese Bestimmungen gelten aufgrund einer klaren gesetzlichen Vorgabe nicht nur für Ärzte, sondern für alle gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe; so etwa auch für Sanitäter und Pflegepersonen.

1) Grundsätze einer Behandlungsentscheidung

Bei jeglichen Behandlungsentscheidungen müssen diese drei Voraussetzungen vorliegen, damit die Behandlung juristisch zulässig ist:



Dabei kann die Einwilligung vom Patienten selbst kommen, oder aber auch von einem befugten Vertreter. Im Notfall gelten Sonderregelungen, sodass in zeitkritischen Situationen eine Behandlung auch ohne Einwilligung begonnen werden kann.

Nach den gesetzlichen Bestimmungen nehmen psychisch/kognitiv beeinträchtigte Personen nur dann durch einen Vertreter am Rechtsverkehr teil, wenn

1. sie dies selbst vorsehen (= Vorsorgevollmacht) oder
2. eine Vertretung zur Wahrung ihrer Rechte und Interessen unvermeidlich ist.

Für eine strukturierte Vorgehensweise wird in dieser Stellungnahme anhand einer Dreiteilung vorgegangen:

1. Entscheidungsfähiger Notfallpatient
2. Fragwürdig entscheidungsfähiger Notfallpatient
3. Nicht entscheidungsfähiger Notfallpatient

2) Welche Vertretungsmodelle gibt es nun aufgrund des neuen Erwachsenenschutzrechts?



Quelle: Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz, 2018
(ÖZVV: Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis)

Ein Vertreter muss seine Vertretungsbefugnis (Vorsorgevollmacht, Erwachsenenvertretung) nachweisen können. Als „Beweis“ gilt ein Ausdruck aus dem ÖZVV oder ein Gerichtsbeschluss.

3) Entscheidungsfähiger Notfallpatient

Die Durchführung einer Notfallmaßnahme ist grundsätzlich nur dann gestattet, wenn der entscheidungsfähige Patient in diese einwilligt. Denn es ist allgemein anerkannt, dass das Vorliegen einer Notfallsituation nicht per se die Entscheidungsfähigkeit eines Patienten ausschließt. Vielmehr hat sich das jeweilige Gesundheitspersonal mit dem Patienten und seinem Willen zu beschäftigen und sich um die Einwilligung zur Maßnahme zu bemühen.

So ist auch in der rettungsdienstlichen Praxis primär die Einwilligung des Patienten selbst einzuholen, sofern aufgrund einer Kurzbeurteilung durch Sanitäter bzw. Notärzte die Entscheidungsfähigkeit vorzuliegen scheint.

Hier die gesetzliche Definition der Entscheidungsfähigkeit (§ 24 Abs. 2 ABGB):

Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet.

Und diese Einwilligung sollte sich nicht nur auf die konkret durchzuführende Notfallmaßnahme am Einsatzort beschränken, sondern auch das weitere Vorgehen inklusive die Auswahl der Zielklinik mitumfassen.

Bestandteil des Selbstbestimmungsrechtes ist auch ein Reversrecht. Im Gesundheitswesen ist dann von einem Revers auszugehen, wenn der entscheidungsfähige Patient bestimmte oder sämtliche gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach entsprechender Aufklärung ablehnt, obwohl aus fachlicher Sicht des Gesundheitspersonals die angebotenen Gesundheitsmaßnahmen indiziert, also angezeigt, erscheinen. Aufgrund der starken Verankerung des Selbstbestimmungsrechtes in unserer Rechtsordnung haben entscheidungsfähige Patienten das Recht, sich für oder gegen eine angebotene

Untersuchung, Behandlung als auch einen Kliniktransport zu entscheiden. Dies auch dann, wenn die Entscheidung offensichtlich den Fachstandards widerspricht und unvernünftig erscheint. Der entscheidungsfähige Patient hat somit auch ein Recht zur Unvernunft! Aus Gründen der Rechtssicherheit ist dies vom Gesundheitspersonal nachvollziehbar zu dokumentieren. Ratsam ist es, den Patienten ein Reversformular unterschreiben zu lassen. In vielen Rettungsorganisationen gibt es hierfür vorgefertigte Reversformulare.

Natürlich hat das Gesundheitspersonal ein Behandlungsveto – vor allem, wenn dies medizinisch unvernünftig erscheint – nicht einfach so hinzunehmen, sondern vielmehr im Rahmen einer eingehenden Beratung und Aufklärung die Gründe für die Ablehnung einer Maßnahme herauszufinden. So kann ein Revers unter Umständen auch darauf zurück zu führen sein, dass z.B. eine Person, die gerade einen epileptischen Anfall erlitten hat, nicht vom Rettungs-/Notarzdienst in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht werden möchte, weil es Angst um ihre Lenkberechtigung hat. Ebenso kann eine Person nach einem Drogenkonsum nicht in eine Krankenanstalt gebracht werden wollen, weil sie strafrechtliche Konsequenzen fürchtet. Auch denkbar ist, dass eine Person, die gerade Kinder zu betreuen hat, mangels Betreuungsalternativen nicht mit ins Krankenhaus kommen möchte. In all den Fällen sollte dann das Gesundheitspersonal Vertrauen aufbauen und bei der weiteren Lösung behilflich sein, und nicht ein im Affekt ausgesprochenes Nein zur Behandlung annehmen und sich zurückziehen. Beharrt jedoch der entscheidungsfähige Patient auf seinem Nein zur Behandlung und zum Rettungstransport, so ist dies zu beachten. Eine Zwangsbehandlung kommt hier nicht in Betracht. Der Rettungseinsatz ist als beendet anzusehen.

4) Fragwürdig entscheidungsfähiger Notfallpatient

Im Hinblick auf den Patienten, bei dem die Entscheidungsfähigkeit aktuell nicht sicher beurteilt werden kann, regelt das Gesetz, dass das Gesundheitspersonal sich primär (und auch nachweislich) darum zu bemühen hat, einen „Unterstützerkreis“ zu aktivieren, welcher den Patienten dabei unterstützt, seine Entscheidungsfähigkeit zu erlangen. Dieser Unterstützerkreis wird etwa gebildet von Angehörigen und Verwandten, anderen nahe stehenden Personen (Nachbar, Mitbewohner einer Betreuungseinrichtung bzw. Wohngemeinschaft, Arbeitskollege), Vertrauenspersonen (z.B. auch persönliche Assistenten) und im Umgang mit Menschen in solchen schwierigen Lebenslagen besonders geübten Fachleuten (z.B. Hospizbegleiter, Krankenhausseelsorger, Mitarbeiter von Besuchsdiensten).

Um hier das Patientenrecht auf Geheimhaltung von Daten nicht auszuhöhlen, regelt das Gesetz, dass das Gesundheitspersonal dies zu unterlassen hat, wenn die Person zu erkennen gibt, dass sie mit der beabsichtigten Beiziehung anderer und der Weitergabe von medizinischen Informationen nicht einverstanden ist. In diesem Zusammenhang stellen die parlamentarischen Erläuterungen zum Gesetz klar, dass für im Behandlungszeitpunkt äußerungsunfähige Patienten kein Unterstützer gefunden werden muss bzw. – soweit damit eine Informationsweitergabe verbunden ist – dies juristisch auch nicht zulässig ist.

Darüber hinaus ist auch die Verwendung von Piktogrammen, Applikationen (Apps) oder Informationsbroschüren in leichter Sprache oder in Fremdsprachen hilfreich, wodurch die Informationserteilung gegenüber dem Patienten einfacher erfolgen kann.

Kann durch die Mitwirkung der Unterstützerkreise bzw. auch der Verwendung einfacher Kommunikationsmittel die Entscheidungsfähigkeit der Person hergestellt werden, so ist ihre Einwilligung in die Behandlung (und ggf. den rettungsdienstlichen Transport) ausreichend. Diesen Entscheidungsfindungsprozess gilt es zu dokumentieren.

Diese Art der Hilfestellung bindet Zeit. Und gerade diese kann unter Umständen im zeitkritischen Notfall eben nicht zur Verfügung stehen, ohne das Wohl des Patienten zu gefährden. Aufgrund dessen gilt hier eine Gefahr-im-Verzug-Regelung: Von einer Aufklärung der von der Behandlung betroffenen Person oder ihrer Unterstützung (= Beziehung des Unterstützterkreises) ist abzusehen, wenn mit der damit einhergehenden Verzögerung eine Gefährdung des Lebens, die Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit oder starke Schmerzen verbunden wären (§ 252 Abs. 4 ABGB).

Somit gilt: Kann entweder durch diese Hilfsinstrumente die Entscheidungsfähigkeit nicht hergestellt werden oder liegt ein zeitkritischer Notfall vor, so ist nach den Regelungen betreffend nicht entscheidungsfähiger Patienten vorzugehen.

5) Nicht entscheidungsfähiger Notfallpatient

A) Grundsatz der Beziehung des Vertreters

Ist der Patient offensichtlich nicht entscheidungsfähig (z.B. völlige Desorientiertheit), so bedarf die Durchführung der medizinischen (Notfall-) Behandlung grundsätzlich der Zustimmung ihres Vorsorgebevollmächtigten oder Erwachsenenvertreters, dessen Wirkungsbereich diese Angelegenheit umfasst. Dies gilt auch im Notfall, sofern zum Zeitpunkt der Behandlung ein Vertreter vor Ort ist und es aufgrund der zeitlichen Umstände vertretbar ist, die Einwilligung einzuholen.

Dabei haben sich diese Vertreter vom Willen der vertretenen Person leiten zu lassen. Dieser Wille ist dem Vertreter in der Regel bereits zuvor bekannt. Nach den Erläuterungen zum Gesetz hat das Gesundheitspersonal nämlich keine „Willenserforschungspflicht“. Denn es ist ausschließlich Aufgabe des Vertreters, den Willen der zu vertretenen Person zu erforschen. Das Behandlungsteam hat sich auf das Behandlungsgeschehen zu konzentrieren, wobei naturgemäß die Vermittlung der medizinischen Inhalte, die zur Beurteilung der Entscheidung von Bedeutung sind, das jeweilige hierfür kompetente Gesundheitspersonal zu erteilen hat. Sowohl für den gesetzlichen Vertreter als auch für das Gesundheitspersonal gilt der Grundsatz, dass im Zweifel davon auszugehen ist, dass eine medizinisch indizierte Behandlung von der vertretenen Person auch gewünscht wird (§ 253 Abs. 1 ABGB). Eine Patientenverfügung kann aber Gegenteiliges ergeben (Details unter Punkt 5, F).

B) Pflicht zur Erläuterung

Das Gesetz legt weiters fest, dass der Grund und die Bedeutung der medizinischen Behandlung auch einer im Behandlungszeitpunkt nicht entscheidungsfähigen Person zu erläutern sind, soweit dies möglich und ihrem Wohl nicht abträglich ist (§ 253 Abs. 2 ABGB). Diese Erläuterungspflicht ist nicht gegeben bei komatösen sowie sonst völlig unansprechbaren Personen.

C) Zeitkritischer Notfall

Für den zeitkritischen Notfall, in dem ein Aufschub der Behandlung nicht geduldet werden kann, gilt aber: *„Die Zustimmung des Vorsorgebevollmächtigten oder Erwachsenenvertreters ist nicht erforderlich, wenn mit der damit einhergehenden Verzögerung eine Gefährdung des Lebens, die Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit oder starke Schmerzen verbunden wären“* (§ 253 Abs. 3 ABGB).

Diese Bestimmung, die vor allem für Sanitäter und Notärzte relevant ist, rechtfertigt bei entsprechender „echter Gefahr im Verzug“ ein eigenmächtiges therapeutisches Vorgehen ausschließlich nach medizinischen Kriterien.

Von einer Lebensgefahr ist etwa dann auszugehen, wenn im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf) eingetreten ist, einzutreten droht oder in engem zeitlichen Konnex nicht sicher

auszuschließen ist. Beispiele hierfür: Bewusstlosigkeit unklarer Genese, schwere Atemstörung/ Atemstillstand, Kreislaufstörung/Kreislaufstillstand, Starke Blutung, Schock, Krampfanfall, Polytrauma.

Im Hinblick auf die „schwere Schädigung der Gesundheit“ muss zumindest eine Beeinträchtigung der Gesundheit von der Qualität einer schweren Körperverletzung im Sinne des § 84 Strafgesetzbuch zu erwarten sein. Nach den strafrechtlichen Bestimmungen ist dann von einer schweren Körperverletzung auszugehen, wenn eine länger als vierundzwanzig Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit vorliegt oder die Verletzung/Gesundheitsschädigung an sich als schwer zu qualifizieren ist. Eine Verletzung ist an sich als schwer zu beurteilen, wenn wichtige Organe oder Körperteile in einer Weise beeinträchtigt werden, dass damit wesentliche Funktionseinbußen oder erhebliche Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes verbunden sind (Kienapfel/Schroll, 2003). Beispiele dafür: Knochenbrüche, Verletzungen innerer Organe, erhebliche Verbrennungen/Verätzungen, knöcherner Schädel-/Gesichtsverletzungen. Eine Gesundheitsschädigung ist als an sich schwer zu bewerten, wenn sie mit lebensgefährlichen Gesundheitsstörungen, der Gefahr einer schweren Dauerfolge oder mit beträchtlichen, die Lebensqualität deutlich herabsetzenden Folgebeschwerden verbunden ist. Dazu zählen auch psychische Beeinträchtigungen (Kienapfel/Schroll, 2003). Beispiele dafür: starke Schmerzen, Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, bleibende Hirnbeeinträchtigung, Lähmungserscheinungen, Blutvergiftung, Medikamentenvergiftung, lebensgefährlicher Fieberzustand.

Die Beurteilung der Schmerzsituation ist vordergründig nach dem subjektiven Erleben des Patienten zu bestimmen. Hier gibt es z.B. Schmerzskalen bei äußerungsfähigen Patienten, wie etwa Gesichter-Rating-Skala, visuelle Analogskala, verbale oder numerische Rating-Skala. Jedoch gibt es für psychisch/kognitiv beeinträchtigte Patienten eigene Schmerzerfassungsinstrumente, ebenso für Personen mit eingeschränkter oder nicht vorhandener Äußerungsfähigkeit; z.B. BESD-Skala, ECPA-Skala und Doloplus-2-Skala (Dür, 2011). Jedoch sind auch objektive Einschätzungen der Gesundheitsberufe zu berücksichtigen. Wann die Schmerzintensität als „stark“ anzusehen ist, bleibt eine Entscheidung im Einzelfall. Sie ist zu begründen.

Ist im Falle einer nicht sofort durchgeführten Akutbehandlung die Realisierung der oben beschriebenen Gefahren (Lebensgefahr, Gefahr der schweren Gesundheitsschädigung, starke Schmerzen) naheliegend, so ist ein Berufen auf diese „Gefahr-im-Verzug-Behandlungskompetenz“ geboten und für das Gesundheitspersonal auch verpflichtend. Eine entsprechende Dokumentation hat zu erfolgen. Eine Ausnahme stellt einzig die verbindliche Patientenverfügung dar, sofern sie im Notfall vorliegt und auch inhaltlich erfasst werden kann (Details unter Punkt 5, F).

D) „Vertretungsnot“ bei bislang unvertretenen Personen

Wird eine Notsituation aber aus rein medizinischen Gründen verneint, so kann aus juristischen/praktischen Gründen dennoch eine solche vorliegen. Ist nämlich die Behandlung nicht dringend im Sinne von sofort durchzuführen, aber dennoch zeitnah, so ist in dieser Zeitspanne die Einwilligung des Vertreters einzuholen. Um jedoch als befugter Vertreter aufzutreten zu können, ist diese Vertretungsabsicht im Österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) einzutragen oder eine Gerichtsbestellung nötig. Ein Ausdruck der Bestätigung über die Registrierung oder der Gerichtsbeschluss dient als Nachweis und beweist dem Gesundheitspersonal, dass der Vertreter nun für die vertretene Person handeln darf. Dies gilt sowohl für die Vorsorgevollmacht als auch für alle drei Arten der Erwachsenenvertretung.

Wenn nun eine nicht entscheidungsfähige Person bislang noch unvertreten ist und diese Vertretung erst aktiviert bzw. gerichtlich bestellt werden muss, so sind alle Behandlungen, die innerhalb dieser Zeitspanne bis zur positiven Erledigung der Vertretungsbefugnis aus medizinischen Gründen notwendig erscheinen, nach den Regeln der „Gefahr im Verzug“ abzuwickeln. Dies kann in der Praxis

– je nach zu erledigenden Angelegenheiten und Komplexität des Sachverhalts – durchaus mehrere Tage bis Wochen dauern (nach den Materialien zum Gesetz dauert die Bestellung eines gerichtlichen Erwachsenenvertreters durchaus zwischen einer Woche und einem Monat). Im Gesetz wurde aber bewusst keine Zeitspanne aufgenommen, in der jedenfalls von einer Notsituation auszugehen ist, da die Fälle der Praxis variieren.

E) Akutbehandlung und Behandlung darüber hinaus

Kann mit der Akutbehandlung die Lebens-/Gesundheitsgefahr abgewendet werden und ist darüber hinaus keine Behandlung erforderlich, so ist nachträglich auch keine Einwilligung mehr einzuholen, da die „Gefahr-im-Verzug-Kompetenz“ das eigenmächtige therapeutische Vorgehen entsprechend erlaubt hat.

Dauert aber die medizinische Behandlung voraussichtlich auch nach Abwendung dieser Gefahrenmomente noch an, so ist sie zu beginnen und unverzüglich die Zustimmung des Vertreters zur weiteren Behandlung einzuholen bzw. das Gericht zur Bestellung eines Vertreters oder zur Erweiterung seines Wirkungsbereichs anzurufen (§ 253 Abs. 3 ABGB). Diese Bestimmung zielt vordergründig auf Behandlungsteams ab, die den Patienten über den Notfall hinaus länger betreuen (z.B. Intensivstation). Für Rettungs- und Notarztdienste kommt diese Bestimmung nicht zum Tragen, zumal ihre Akutbehandlung auf den Einsatzort bzw. den Transport beschränkt ist und mit Übergabe des Patienten im Zielkrankenhaus ein Wechsel in der Patientenverantwortung stattfindet.

F) Patientenverfügung im zeitkritischen Notfall

Eine Patientenverfügung ist nach den gesetzlichen Bestimmungen eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht entscheidungs- oder äußerungsfähig ist.

Hat die im Behandlungszeitpunkt nicht entscheidungsfähige Person die medizinische Behandlung in einer verbindlichen Patientenverfügung abgelehnt und gibt es keine Hinweise auf die Unwirksamkeit der Patientenverfügung, so muss die Behandlung ohne Befassung eines Vertreters unterbleiben. Dies gilt für alle Gesundheitsberufe und nicht nur für Ärzte. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu beachten, ob im Notfall die Patientenverfügung vorliegt und diese auch vom Gesundheitspersonal inhaltlich erfasst werden kann.

Allgemein anerkannt ist, dass es sich bei der Patientenverfügung um eine sogenannte „Bringschuld“ des Patienten bzw. seines Vertreters handelt. So ist es im Rahmen einer planmäßigen und nicht zeitkritischen Aufnahme in einer Gesundheitseinrichtung möglich (und auch geboten), den Umstand, ob eine Patientenverfügung vorliegt und wie diese inhaltlich ausgestaltet ist, zu erfragen und zu dokumentieren. Im später eintretenden Notfall wäre demnach für das zuvor informierte Gesundheitspersonal eine Klarheit gegeben und ist ein Berufen auf die Notfallbestimmung nicht möglich.

Aber für den Fall der Notfallversorgung, in der sich der Patient und das Behandlungsteam (meist Sanitäter, Notärzte) das erste Mal begegnen, gilt eine gesetzliche Ausnahbestimmung: So gibt es für den zeitkritischen Notfall eine Notfallsbestimmung, nach welcher die medizinische Notfallversorgung Vorrang hat, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet (§ 12 PatVG). Dabei ist der Begriff „Suche“ in diesem Zusammenhang nicht streng wörtlich im Sinne einer umfassenden Suchpflicht zu interpretieren, sondern vielmehr als „Nachschauhalten nach entsprechendem Hinweis aus der Sphäre des Patienten in einem engen örtlichen Kontext“. Eine Nachschau wäre etwa dann möglich, wenn auf der Patientenverfügungs-Hinweiskarte, die der Patient z.B. bei der „e-card“ aufbewahrt, der Hinweis steht, dass sich die Patientenverfügung in der Dokumentenmappe im Beistelltisch neben dem Bett befindet. Aber nicht nur die Suche kann zu einem erheblichen Zeitaufwand führen, sondern auch die inhaltliche Beschäftigung mit den Gültigkeitsvoraussetzungen

einer verbindlichen Patientenverfügung als auch eine Abfrage in einem Register. Da die ersteintreffende Rettungsmannschaft bei einem reglosen (und bislang unbekanntem) Notfallpatienten in der Regel keine Zeit hat, die Patientenverfügung zu suchen oder sich inhaltlich im Detail mit ihr zu beschäftigen, sind lebensrettende Sofortmaßnahmen (vorerst) einzuleiten und das Eintreffen weiterer Sanitäter bzw. des Notarztes zu überbrücken. Sobald anwesendes Rettungsdienstpersonal über freie zeitliche Kapazitäten verfügt, hat unverzüglich eine inhaltliche Prüfung der Patientenverfügung zu erfolgen. Kann eine verbindliche Patientenverfügung zweifelsfrei ausgelegt werden, sind die abgelehnten Maßnahmen nicht einzuleiten bzw. bereits begonnene Maßnahmen nicht mehr weiter fortzusetzen. Eine entsprechende Dokumentation hat zu erfolgen.

Da nach dem Gesetzestext nur bei Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung die Behandlung zu unterbleiben hat, stellt sich die Frage, wie mit einer beachtlichen Patientenverfügung umzugehen ist. Nach dem Patientenverfügungs-Gesetz hat die beachtliche Patientenverfügung eine entsprechend schwächere Rechtsposition. Sie ist lediglich zur Ermittlung des Willens des Patienten relevant. Zum Ausmaß dieser Beachtung regelt § 9 PatVG: *„Eine beachtliche Patientenverfügung ist bei der Ermittlung des Patientenwillens umso mehr zu beachten, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, inwieweit der Patient die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen konnte, wie konkret die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, beschrieben sind, wie umfassend eine der Errichtung vorangegangene ärztliche Aufklärung war, inwieweit die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung abweicht, wie häufig die Patientenverfügung erneuert wurde und wie lange die letzte Erneuerung zurückliegt.“*

Je nach Sachlage ist somit dieser Patientenwille bei der Entscheidungsfindung zu beachten. In Anlehnung an das zuvor Beschriebene gilt im zeitkritischen Notfall jedoch das Behandlungsgebot, wenn die Suche nach bzw. die Beschäftigung mit der Patientenverfügung aus Zeitgründen nicht möglich ist. Entsprechend indizierte Notfallmaßnahmen sind einzuleiten.

Unabhängig vom Vorliegen einer Patientenverfügung haben Reanimationsbemühungen durch den (Not-) Arzt – nicht hingegen durch den Sanitäter – bei fehlender medizinischer Indikation zu unterbleiben. Nach den Leitlinien des Europäischen Rates für Wiederbelebung (ERC) gilt als fachliches Abgrenzungskriterium für den (Not-) Arzt u.a. eine therapieresistente 20-minütige Asystolie (= Stillstand der elektrischen und mechanischen Herzaktion; Hellwagner in ÖGERN, 2016).

G) Minderjähriger Notfallpatient

Unterhalb des Erwachsenenalters, also bei Kindern, ist die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit schwierig. Um jedoch in der Praxis einen Anhaltspunkt zu haben, arbeitet der Gesetzgeber hier ebenso mit einer Vermutungsregelung. Im Bereich von Einwilligungen in Gesundheitsmaßnahmen gilt, dass das entscheidungsfähige Kind nur selbst in diese einwilligen kann. Im Zweifel wird das Vorliegen dieser Entscheidungsfähigkeit bei mündigen Minderjährigen (= ab dem 14. Geburtstag) vermutet. Mangelt es an der notwendigen Entscheidungsfähigkeit, so ist die Zustimmung der Person erforderlich, die mit der gesetzlichen Vertretung bei Pflege und Erziehung betraut ist. Für schwere/nachhaltige Behandlungsentscheidungen gelten spezielle Einwilligungserfordernisse.

Als „Person, die mit der gesetzlichen Vertretung bei Pflege und Erziehung betraut ist“ gelten die Eltern bzw. ein Elternteil, Pflegeeltern oder eine sonstige „obsorge-/erziehungsberechtigte Person“ auf Anordnung des Kinder- und Jugendhilfeträgers bzw. des Gerichts. Auch möglich ist eine nur vorübergehende Vertretung im Rahmen einer Vollmacht, wie z.B. beim Lehr-, Kindergarten-, oder Hortpersonal. Bestehen Zweifel über die Vertretungsbefugnis, so sind Nachweise hierüber einzufordern.

Aber auch beim minderjährigen Patienten gibt es eine gesetzlich festgelegte Notfallsbestimmung, die bedauerlicher Weise nicht gleichlautend ist mit der des Erwachsenenschutzrechts. Nach dieser Regelung ist die Einwilligung des entscheidungsfähigen Kindes sowie die Zustimmung der Person, die mit Pflege und Erziehung betraut ist, dann nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung oder der Zustimmung verbundene Aufschub das Leben des Kindes gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre (§ 173 Abs. 3 ABGB).

Diese Bestimmung, die vor allem für Sanitäter und Notärzte relevant ist, rechtfertigt bei entsprechender „echter Gefahr im Verzug“ ein eigenmächtiges therapeutisches Vorgehen ausschließlich nach medizinischen Kriterien. In allen anderen Fällen (minderer Dringlichkeit) ist – sofern das Zuwarten bis zur Einwilligung aus medizinischen Gründen vertretbar ist – abzuwarten. Das zuvor Beschriebene gilt gleichermaßen.

Zu den Begriffen „Lebensgefahr“ bzw. „Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit“ wird auf die Ausführungen zuvor verwiesen. Jedenfalls hervorzuheben ist, dass zum Begriff der „Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit“ jedenfalls auch das Vorliegen starker Schmerzen zählt.

Juli 2018

Für die ÖGERN zeichnet,
Dr.iur. Michael Halmich LL.M.

Weiterführende Quellen:

Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz, Konsenspapier Erwachsenenschutzrecht für Gesundheitsberufe inkl. Entscheidungsbaum, 2018 (Download kostenfrei: www.justiz.gv.at)

Halmich M., Erwachsenenschutzrecht für Gesundheitsberufe, 2018
Erhältlich um € 32 im Webshop des Educa Verlages (www.educa-verlag.at)