

Anästhesie Nachr
<https://doi.org/10.1007/s44179-024-00208-8>
Angenommen: 4. April 2024

© The Author(s) 2024



Sind Sanitäter:innen zur kardiopulmonalen Reanimation gegen den Willen von Patient:innen verpflichtet?

Eine ethisch-rechtliche Betrachtung

Elisabeth Medicus¹ · Andreas Valentin² · Alois Birklbauer³ · Sonja Fruhwald⁴ · Helmut Trimmel⁵ · Barbara Friesenecker⁶

¹ Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ² 1. Medizinische Abteilung Klinik Donaustadt, Wiener Gesundheitsverbund, Wien, Österreich; ³ Institut für Strafrecht, Johannes-Kepler-Universität Linz, Linz, Österreich; ⁴ Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich; ⁵ Abteilung für Anästhesie, Notfall- und Allgemeine Intensivmedizin, Landesklinikum Wiener Neustadt, Wiener Neustadt, Österreich; ⁶ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Problemstellung

Wenn Rettungssanitäter:innen vor der Notärzt:in am Einsatzort bei einer Person ohne suffiziente Vitalfunktionen eintreffen, resultiert daraus in der Regel der Beginn einer kardiopulmonalen Reanimation (CPR). Eine besonders herausfordernde Fragestellung besteht jedoch dann, wenn durch die betroffene Patient:in eine CPR bereits nachvollziehbar abgelehnt worden ist. Dies könnte z. B. im Falle einer verbindlichen oder anderen Patient:innenverfügung, die entweder vorgefunden oder durch anwesende Personen vorlegt wird, zutreffen (Infobox). Die entscheidende und in Rettungsorganisationen kontrovers diskutierte Frage lautet, ob Rettungssanitäter:innen in diesem Fall eine Reanimation selbstständig (also ohne notärztliche Entscheidung) unterlassen oder abbrechen dürfen.

Die Entscheidung, NICHT zu reanimieren, basierend auf einer verbindlichen oder

auch „anderen“ Patient:innenverfügung, in der lebenserhaltende Maßnahmen eindeutig abgelehnt werden, ist auch für Ärzt:innen durchaus herausfordernd. Im Sinne des Wohltuns- und Nicht-Schadens-Prinzips (Georgetown-Mantra [1]) und aus Respekt vor der Wahrung der Autonomie einer Patient:in muss diese Entscheidung (nicht zu reanimieren) aber so getroffen werden. Individuelle Richtlinien zuständiger Rettungsdienste, die in Österreich von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sein können, verpflichten jedoch Sanitäter:innen im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands mehr oder weniger verbindlich zur Reanimation. Dies steht in einem Spannungsverhältnis zum verfassungsrechtlich verankerten Grundrecht auf freie Selbstbestimmung, das der Verfassungsgerichtshof (VfGH) insbesondere in seiner Entscheidung der Verfassungswidrigkeit der Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid hervorgehoben hat [2].

Die Entscheidung, nicht zu reanimieren, wird infolge der angesprochenen unterschiedlichen Richtlinien – je nach Erfahrung der Rettungssanitäter:innen und entsprechend der Teamkultur der jeweiligen Notfallmannschaft – in der Praxis individuell unterschiedlich gehandhabt. Nicht zu reanimieren stellt jedenfalls für viele Sanitäter:innen eine schwere bis nicht hand-

habbare Herausforderung dar, sodass sie auch bei klarer Identität der Person und bei nachvollziehbar dokumentiertem Patient:innenwillen hinsichtlich Ablehnung einer CPR reanimieren würden, bis die zuständige Notärzt:in am Einsatzort eingetroffen ist und die Entscheidung zum Fortführen oder Abbruch der CPR trifft.

Aus ethisch-rechtlicher Sicht stellt sich jedenfalls zwingend die Frage, ob Sanitäter:innen, die vor der zuständigen Notärzt:in am Einsatzort ankommen, bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand unabdingbar mit einer CPR beginnen müssen, auch wenn die Identität der sterbenden Person klar ist und von dieser Person Wiederbelebungsmaßnahmen durch eine Patient:innenverfügung nachvollziehbar abgelehnt wurden.

Es wird einerseits argumentiert, dass Sanitäter:innen die Entscheidung, nicht zu reanimieren, nicht selbstständig treffen dürfen, da dies eine ärztliche Entscheidung sein muss, andererseits gilt es aber sehr wohl abzuwägen, ob nicht auch Sanitäter:innen auf den Beginn einer CPR verzichten dürfen bzw. sogar verzichten MÜSSEN, da der Beginn einer CPR gegen den Willen einer Patient:in gegen das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Patient:in verstößt und dieses aber höher zu priorisieren



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Infobox 1

Zur Wirksamkeit von „verbindlichen“ und „anderen“ Patient:innenverfügungen

Die Novelle des PatVG aus dem Jahr 2018 unterscheidet inhaltlich zwischen „verbindlichen“ und „anderen“ Patient:innenverfügungen. Für die sogenannte „verbindliche“ Patient:innenverfügung müssen bestimmte Formerfordernisse erfüllt werden. „Andere“ Patient:innenverfügungen erfüllen diese nicht oder nur teilweise. Auch wenn die Formkriterien nicht erfüllt sind, heißt dies nicht, dass andere Patient:innenverfügungen deshalb nicht zu beachten wären. Sie sind ebenfalls wirksame Instrumente, damit Menschen im Sinne der Selbstbestimmung medizinische Maßnahmen ablehnen können. Im Kontext dieses Statements geht es um jede Form der Patient:innenverfügung, in der eine CPR nachvollziehbar abgelehnt wird. Die Formerfordernisse für eine „verbindliche“ Patient:innenverfügung können, müssen aber dabei nicht zwingend erfüllt sein, damit der Patient:innenwille Beachtung finden muss. (www.ris.bka.gv.at/geltendefassung/bundesnormen/20004723/patvg,%20fassung%20vom%2022.08.2021.pdf; zuletzt geöffnet am 26.03.2023).

ist als die Richtlinien einer Berufsorganisation.

Rechtliche und ethische Perspektive

Aus den gesetzlichen Vorgaben lässt sich keinesfalls ableiten, dass Sanitäter:innen Patient:innenverfügungen immer missachten dürften (d.h. immer reanimieren müssten), bis die eintreffende Notärzt:in über das weitere Prozedere entscheidet. Gleich wie Ärzt:innen sind auch Sanitäter:innen an den verbindlich geäußerten Willen einer Patient:in gebunden, sofern sich dieser in der Notfallsituation erfassen lässt, und müssten auch formal nichtverbindliche Festlegungen beachten [3]. Dies ergibt sich auch aus dem in § 110 des Strafgesetzbuchs (StGB) normierten Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung, das nicht nur für Ärzt:innen gilt, sondern für alle Personen, die eine medizinische Maßnahme setzen, sei diese auch noch so niederschwellig [4]. Eine Ausnahme sieht § 110 Abs 2 StGB nur für Notfallsituationen vor, in denen der Patient:innenwille nicht eingeholt werden kann. Dies ist bei vorhandenen Voraussetzungen wie Patient:innenverfügung,

Vorsorgevollmacht oder einem ärztlich bestätigten Krisen-/Notfallblatt für das Behandlungsteam jedoch nicht der Fall. Halmich führt dazu aus: „... gibt es keine Hinweise auf die Unwirksamkeit der verbindlichen Patient:innenverfügung, so muss die Behandlung ohne Befassung einer Vertreter:in unterbleiben“ und „... bei allen anderen Vorsorgeinstrumenten hat der Sanitäter bzw. der Notarzt eine Entscheidungshilfe, muss jedoch im Einzelfall selbst die Aktualität und den Inhalt der Vorausverfügung bewerten“ [5]. Dies steht z. B. im Einklang mit der Tatsache, dass Sanitäter:innen im Rahmen ihrer Kompetenzen im Notarztwesen auch die Entscheidungsfähigkeit einer Patient:in beurteilen dürfen [6]. Auch nach Empfehlung des Europäischen Rats für Wiederbelebung (ERC) sollen professionelle Helfer:innen erwägen, eine Reanimation nicht zu beginnen, wenn unter anderem eine gültige und zutreffende Vorausverfügung vorliegt, sofern dies im Notfall zu erfassen ist oder wenn Reanimationsmaßnahmen gegen die Wertvorstellungen und Präferenzen der Patient:in verstoßen würden oder die Maßnahmen als aussichtslos zu betrachten wären [7]. Halmich empfiehlt rasch erfassbare Notfall- oder Krisenblätter bereitzulegen [8]. Weiters hält Halmich fest, dass „speziell Pflegepersonen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen bei Personen, bei denen das Sterben erwartet wird und dies ärztlich vorab geklärt wurde, feststellen dürfen, dass aktuell keine Lebensrettungsmaßnahmen mehr durchgeführt werden ...“ [9].

Retterungsanitäter:innen haben eine ausführliche Ausbildung (100 h) zu „Maßnahmen bei speziellen Notfällen“, davon 25 h Recht. Gleich wie es auch das Ärztegesetz in § 49 vorschreibt [10], müssen Rettungssanitäter:innen ihre Tätigkeit gewissenhaft ausüben und das Wohl der Patient:innen und der betreuten Personen nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen wahren. Sie müssen unter anderem selbstständig und eigenverantwortlich die Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen durchführen [11]. Es stellt sich also durchaus die Frage, ob eine Berufsgruppe, die für die Versorgung von Notfällen in besonderer Weise ausgebildet

und trainiert ist, das Recht haben soll, sich prinzipiell über den klar geäußerten Willen (nicht reanimiert werden zu wollen) einer Person hinwegsetzen zu dürfen. Die mit dem Willen des Betroffenen in Konflikt stehende (vermeintliche?) Berufspflicht einer Sanitäter:in, immer reanimieren zu müssen, bis Ärzt:in vor Ort ist, würde damit höher gewichtet werden als das Recht auf Autonomie der sterbenden Person. Dies würde eindeutig dem erwähnten verfassungsrechtlich verankerten Grundrecht auf freie Selbstbestimmung widersprechen.

Nach Meinung der Autor:innen entbindet eine Patient:innenverfügung, in der lebenserhaltende Maßnahmen abgelehnt werden, Medical Professionals und alle anderen Menschen, die zu einem Notfall kommen, nicht nur von der Verpflichtung zu reanimieren, sondern sie entzieht diesen vielmehr die Berechtigung zur Reanimation, denn die sterbende Person hat unter Wahrnehmung ihres Rechts auf Selbstbestimmung diese Maßnahme ausdrücklich abgelehnt. Eine CPR trotzdem durchzuführen stellt eine Verletzung des Rechts auf freie Selbstbestimmung dar und ist als eine eigenmächtige Heilbehandlung strafbar (§ 110 StGB). Die Pflicht, das Selbstbestimmungsrecht von Patient:innen im Rahmen medizinischer Entscheidungsfindung zu achten, gilt für alle Medical Professionals gleichermaßen und daher selbstverständlich auch für die Berufsgruppe der Notfall- und Rettungssanitäter:innen sowie für alle anderen Menschen, die von einer Patient:innenverfügung Kenntnis haben, der Sprache und Schrift mächtig sind, also lesen und hören und somit die Erfordernisse für die Wirksamkeit und Gültigkeit einer Patient:innenverfügung erkennen können.

Das von Sanitäter:innen häufig vorgebrachte Argument, *reanimieren zu müssen*, weil der/die Notärzt:in von Angehörigen (oder evtl. noch von Patient:in selbst) gerufen wurde, ist angesichts des in einer Patient:innenverfügung nachvollziehbar geäußerten Patient:innenwillens dahingehend, nicht reanimiert werden zu wollen, nichtig, da es sich beim Grundrecht auf freie Selbstbestimmung um ein höchstpersönliches Recht handelt, das vom Willen Angehöriger unabhängig ist. Das Rufen des/der Notärzt:in ist dementsprechend als ein Hilferuf nach bestmöglicher Sym-

ptomkontrolle angesichts eines hohen Leidensdrucks in der Sterbephase (z. B. Angst, Unruhe, Atemnot, Schmerzen) und nicht als zwangsläufiger Auftrag zur CPR zu verstehen. Dies gilt uneingeschränkt vor allem dann, wenn klar ersichtlich ist, dass Wiederbelebungsmaßnahmen von der sterbenden Person bewusst abgelehnt werden.

Sobald eine Notärzt:in vor Ort ist, geht die Entscheidungskompetenz über die Durchführung medizinischer Maßnahmen automatisch an diese:n über.

Die Überprüfung der Echtheit/Gültigkeit einer Patient:innenverfügung ist für alle an einem Notfall beteiligten Personen (alle Medical Professionals, damit auch Notfall- und Rettungsanitäter:innen und alle anderen anwesenden Personen) als selbstverständlich geboten. Ebenso ist es geboten, sich hinsichtlich der Identität der Person zu versichern und den Namen der betroffenen Person zu überprüfen. Bei Zweifel zur Identität der Person, bei Verdacht auf das Vorliegen einer illegalen Handlung oder wenn das Einholen der Information bzgl. des Patient:innenwillens nicht zeitgerecht möglich ist, gilt wie immer im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung „in dubio pro vita“, was letztlich auch in der Ausnahme des § 110 Abs 2 StGB zum Verbot eigenmächtiger Heilbehandlung verankert ist. Wiederbelebungsmaßnahmen sind bei ablehnendem Patient:innenwillen folglich nur im Zweifel einzuleiten.

Im Falle einer erfolgreichen Reanimation wird der/die Patient:in in notärztlicher Begleitung ins Krankenhaus gebracht, wo das weitere Prozedere ehebaldigst zu klären ist [12]. Dies kann die Beziehung einer ethischen (klinisches Ethik Komitee) oder juristischen Beratung erforderlich machen.

Fazit

Eine Reanimation durchzuführen oder auf eine Reanimation zu verzichten, ist sowohl für Ärzt:innen als auch für Sanitäter:innen immer eine faktenbezogene und situationsabhängige, oft nicht einfache Entscheidung. Es kann dennoch keineswegs eine Verpflichtung für Rettungsanitäter:innen abgeleitet werden, immer reanimieren zu müssen, bis eine Notärzt:in vor Ort ist und die Entscheidungskompetenz übernimmt, sondern im Gegenteil: Wenn kei-

ne Zweifel an der Identität der betroffenen, sterbenden/verstorbenen Person bestehen, die Legalität der Situation und der Patient:innenwille (dahingehend, nicht reanimiert werden zu wollen) verifiziert ist, dürfen und müssen auch Rettungsanitäter:innen auf eine Reanimation verzichten, selbst wenn noch keine Notärzt:in vor Ort ist. Auf eine zeitnahe schriftliche Dokumentation des medizinischen Entscheidungsprozesses und der getroffenen Maßnahmen ist aus Gründen der Absicherung zu achten. Die ARGE Ethik der ÖGARI empfiehlt bei Entscheidungsprozessen am Lebensende eine zeitnahe schriftliche Dokumentation – mindestens innerhalb von 24 h [13].

Korrespondenzadresse



© Privat

Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck
Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich
barbara.friesenecker@i-med.ac.at

Funding. Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

Interessenkonflikt. E. Medicus, A. Valentin, A. Birklbauer, S. Fruhwald, H. Trimmel und B. Friesenecker geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative

Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Georgetown M, Beauchamp TI, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1994. S. 100. 1979.
2. VfGH G139/2019 vom 11.12.2020. www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?SkipToDocumentPage=True&Abfrage=Vfgh&Dokumentnummer=JFT_20201211_19G00139_00. Zugegriffen: 27. März 2024.
3. Aigner, Kletečka, Kletečka-Pulker, Memmer. Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Wien: MANZ; S. 65–6. ISBN 978-3-214-25221-2.
4. Birklbauer, Lehmkühl, Tipold. Strafrecht Besonderer Teil I. 6. Aufl. facultas; 2022. S. 231.
5. Halmich. Recht für Sanitäter. 1. Aufl. EDUCA; 2021. S. 91.
6. Halmich. Recht für Sanitäter. 1. Aufl. EDUCA; 2021. S. 103.
7. www.grc-org.de/downloads/Leitlinien%20kompakt_26.04.2022.pdf. Zugegriffen: 25. Okt. 2023.
8. Halmich. Recht für Sanitäter. 1. Aufl. EDUCA; 2021. S. 177–8.
9. Halmich. Recht für Sanitäter. 1. Aufl. EDUCA; 2021. S. 179.
10. www.ris.bka.gv.at/normdokument.wxe?abfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=10011138&fassungvom=2023-04-30&artikel=¶graf=49&anlage=&uebergangsrecht=&ShowPrintPreview=True. Zugegriffen: 25. Okt. 2023.
11. Sladeček E, Marzi L-M, Meißl-Riedl S. Sanitäter. In: Recht für Gesundheitsberufe. 2021. S. 85.
12. Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI), Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, et al. Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag. Anästh Nachr. 2023;5:141–54. <https://doi.org/10.1007/s44179-023-00136-z>.
13. Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI), Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, et al. Therapiezieländerung auf der Intensivstation, Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2013;48:216–23.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.