

Zusammenfassung

EIN BEITRAG ZU UNSEREM
VORTRAG BEI „NOW TO GO
(ONLINEFORTBILDUNG)
MEETS FORM“

AM 24.10.2020



EINWILLIGUNGS-
FÄHIGKEIT



TRANSPORT-
VERWEIGERUNG



„SIE WOLLEN NICHT? WIR SCHON!“

EIN KURZTRIP DURCH DIE WIRREN DER PRÄKLINIK



Egal was wir mit, am und im Patienten machen, bedarf es immer der Einwilligung, bzw. Zustimmung und damit der Einwilligungsfähigkeit von jenem.

Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligungsfähigkeit ist ein wesentlicher Teil des Selbstbestimmungsrechts, welches seinerseits dem Einzelnen die Freiheit gibt, grundsätzlich selbst über Art und Reichweite einer ärztlichen Behandlung zu entscheiden. (1)

Das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper gehört zum Kernbereich der verfassungsrechtlich geschützten Würde und Freiheit des Menschen. (2)

Bereits vor 63 Jahren hat der Bundesgerichtshof (3) die Einwilligungsfähigkeit immer dann angenommen, wenn Art, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme erfasst wird:

„Das in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes (BGHSt 11, 111 (113)BGHSt 11, 111 (114)) gewährleistete Recht auf körperliche Unversehrtheit fordert Berücksichtigung auch bei einem Menschen, der es ablehnt, seine körperliche Unversehrtheit selbst dann preiszugeben, wenn er dadurch von einem lebensgefährlichen Leiden befreit wird. Niemand darf sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden. Diese Richtlinie ist auch für den Arzt verbindlich. Zwar ist es sein vornehmstes Recht und seine wesentlichste Pflicht, den kranken Menschen nach Möglichkeit von seinem Leiden zu heilen. Dieses Recht und diese Pflicht finden aber in dem grundsätzlichen freien Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper ihre Grenze. Es wäre ein rechtswidriger Eingriff in die Freiheit und Würde der menschlichen Persönlichkeit, wenn ein Arzt - und sei es auch aus medizinisch berechtigten Gründen - eigenmächtig und selbstherrlich eine folgenschwere Operation bei einem Kranken, dessen Meinung rechtzeitig eingeholt werden kann, ohne dessen vorherige Billigung vornähme. Denn ein selbst lebensgefährlich Kranker kann triftige und sowohl menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe haben, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte.“

Dem Patienten steht es grundsätzlich frei, jede medizinische Maßnahme, auch eine lebenserhaltende, abzulehnen. Das Selbstbestimmungsrecht umfasst insoweit auch das Recht zur Selbstgefährdung. Eine unvernünftige Entscheidung lässt jene nicht automatisch entfallen. (4)

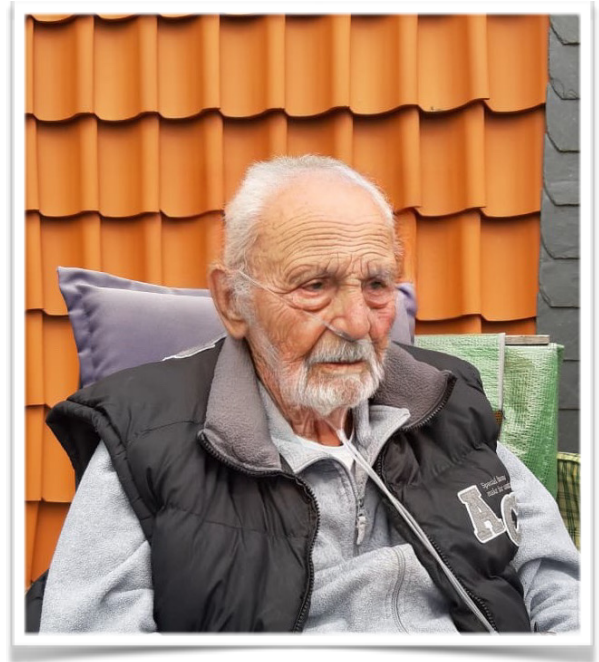
Entscheidend für die Einwilligungsfähigkeit ist die natürliche Willensfähigkeit des Patienten. (5) Das Einsichtsvermögen und die Urteilkraft des Patienten müssen ausreichen, um die vorherige Aufklärung (dazu später mehr) zu verstehen, den Nutzen einer Behandlung gegen deren Risiken abzuwägen, um schließlich eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen. Es kommt hierbei auf eine rein natürliche, bzw. medizinische und nicht auf eine rein juristische Betrachtung an.

Ein Patient gilt bezüglich einer konkreten medizinischen Maßnahme dann als einwilligungsfähig, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien gegeben sind (6):

Informationsverständnis

mögliche Fragen an den Patienten (7):

- Was haben Sie verstanden?
- Haben Sie Fragen zu ...?
- Welche Behandlung habe ich vorgeschlagen?
- Welches Ziel hat die Behandlung?
- Was ist der Zweck/Sinn der Untersuchung?
- Welche Risiken bestehen?
- Was ist der Nutzen?
- Warum schlagen wir Ihnen diese Behandlung vor?
- Was soll das Medikament bewirken?
- Woran merken Sie, dass Sie die Tabletten nicht vertragen?
- Wie sollen Sie die Tabletten einnehmen?
- Was genau wird bei der Untersuchung gemacht?



Einsichtsfähigkeit und

mögliche Fragen an den Patienten (8):

- Wie beurteilen Sie aktuell ihren Gesundheitszustand?
- Können Sie einen möglichen Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung nennen?

Urteilsfähigkeit

mögliche Fragen an den Patienten (9) :

- Was glauben Sie, ist das Beste für Sie?
- Warum haben Sie diese Entscheidung getroffen (wichtig ist der Begründungsprozess bzw. die Art und Weise, wie die Entscheidung getroffen wurde)?
- Können Sie Konsequenzen der Entscheidung benennen (Schlussfolgern)?
- Bitte vergleichen Sie mögliche Konsequenzen miteinander für den Fall, dass Sie die Behandlung durchführen oder nicht durchführen.
- Welche Auswirkungen hätte das auf Ihren Alltag?
- Was sind aus Ihrer Sicht die Vorteile dieser Behandlung/Methode für Sie?
- Was ist Ihnen im Leben wichtig (z. B. persönliche Wertvorstellungen, religiöse, spirituelle und weltanschauliche Überzeugungen)?
- Welche Vorerfahrungen können Sie für Ihre Entscheidung nutzen?
- Wie haben Sie früher wichtige Entscheidungen getroffen?

- Was ist auf lange Sicht der Vorteil/der Nachteil? Ggf. kurz, mittel- und langfristige Folgen differenzieren.
- Was ist die Gefährdung, wenn Sie die Maßnahme durchführen oder nicht durchführen?

Der Behandelnde muss sich davon überzeugen, dass der Patient die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit besitzt und Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme erfassen und seinen Willen hiernach ausrichten kann. (10)

Der Patient muss also in der Lage sein,

- einen bestimmten Sachverhalt zu verstehen;
- bestimmte Informationen, auch bezüglich der Folgen und Risiken, in angemessener Weise zu verarbeiten;
- die Informationen, auch im Hinblick auf Behandlungsalternativen, angemessen zu bewerten;
- den eigenen Willen auf der Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung der Situation zu bestimmen;
- und seinen eigenen Willen entsprechend kommunizieren können.
Diesbezüglich bietet sich bspw. folgende Frage an (11):

„Welche Entscheidung treffen Sie, nachdem wir alles besprochen haben?“

Wie bereits oben erwähnt, kommt es einzig und alleine auf eine natürliche Betrachtungsweise an, dh. es sind lediglich medizinische Aspekte, nicht aber juristische Umstände in erste Linie maßgebend.

Zur Klarstellung:

Die Einwilligungsfähigkeit ist nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil

- der Patient eine unvernünftige Entscheidung trifft, in dem er sich gegen eine notwendige Maßnahme ausspricht,
- der Patient nicht geschäftsfähig ist,
- der Patient minderjährig ist,
- oder der Patient unter Betreuung steht.

Ergo:

**Wer einwilligungsfähig ist, muss auch IMMER
selbst einwilligen.**

Die Einwilligungsfähigkeit fehlt dem Patienten auch immer erst dann, wenn die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit im **jeweiligen Einzelfall** hinsichtlich der **konkreten** Behandlungsmaßnahme fehlt (12) (!!!).

Kurzausflug in die Aufklärung

Einwilligung setzt aber immer eine Aufklärung voraus. Ohne Aufklärung kann es keine wirksame Einwilligung geben (Ausnahme: Unaufschiebbare/zeitkritische Maßnahmen)

Die Aufklärung ist immer adressatenorientiert zu gestalten, dh. kein Fachchinesisch, sondern so, dass es das Gegenüber in der Lage ist zu verstehen. Es umschließt die für die Entscheidung des Patienten medizinisch bedeutsamen Umstände. Dieser muss im „Groben und Ganzen“ wissen, worin er einwilligt.

Aufzuklären ist insbesondere über (13):

- Die Diagnose/Verdachtsdiagnose
- Die Art, den Verlauf, die Risiken und die Heilungschancen der Behandlung
- Die Alternativen und die Dringlichkeit.

Die Intensität und die Ausführlichkeit der Aufklärung richtet sich natürlich immer an dem Einzelfall und kann uU. gem. § 630e III BGB gänzlich entfallen. Kurz gesagt, der Umfang und die Genauigkeit der erforderlichen Aufklärung ist umgekehrt protortional zu der Dringlichkeit der angestrebten Maßnahme. (14) Aber Vorsicht, eine unaufschiebbare Maßnahme liegt immer nur dann vor, wenn sie überhaupt keinen Aufschub duldet, weil ansonsten erhebliche Gefahren für das Leben und die Gesundheit des Patienten drohen. (15) Also immer bei einem „echten“ Notfall.

Beachte aber: Auch wenn im Notfall die „formelle“ Aufklärung nicht erforderliche wäre, heißt dies aber nicht, dass der Patient nicht doch einwilligen muss.

Sollte die Einwilligungsfähigkeit fehlen, oder erheblich eingeschränkt sein, darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn sie dem „mutmaßlichen Willen“ entspricht (z.B. beim bewusstlosen Patient), wie das auszulegen ist, richtet sich nach dem individuellen hypothetischen Willen des Patienten. (16)

Eine Maßnahme unter Zwange ist ultima ratio und immer nur bei akuter Lebensgefahr, oder drohendem schwersten Gesundheitsschaden angeraten.

Was ist jedoch, wenn die Einwilligungsfähigkeit fehlt?

Liegen Zweifel bzgl. der Einwilligungsfähigkeit vor, so kann nicht ohne weiteres die Behandlung durchgeführt oder fortgesetzt werden.

Es wäre insoweit auch falsch, wenn der Behandelnde nun selbst den mutmaßlichen Willen, frei nach Sherlock Holmes Manier, ermitteln würde. Dies wäre im Rahmen eines Betreuungsverfahrens festzustellen (ausgenommen für unaufschiebbare Maßnahmen).

Liegt eine konkrete Patientenverfügung vor, ist es zwar juristisch umstritten, ob sich insoweit eine Betreuung erübrigen würde, der in ihr verschriftliche Wille ist **jedoch IN JEDEM FALL** zu beachten und zu befolgen (auch in Notfällen). Voraussetzung ist insoweit natürlich, dass ausreichend Zeit und Gelegenheit besteht, sich vom Inhalt und der Gültigkeit hinreichend zu überzeugen.

Eine Notstandsentscheidung (mit, der die Körperverletzung rechtfertigenden Wirkung) **gibt es nur für unaufschiebbare Heilbehandlungsmaßnahmen.**

Im Fall von **aufschiebbaren** Heilbehandlungsmaßnahmen ist dies ausgeschlossen: Es darf nicht stellvertretend eine Abwägung über die Rechtsgüter von Leben und Gesundheit einerseits und Selbstbestimmung andererseits gefällt werden. (17)

Im Vordergrund steht die Unterstützung bei der Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit und die Assistenz bei der Wahrnehmung der eigenen Rechts- und Handlungsfähigkeit. Das Instrument der stellvertretenden Einwilligung kommt **nur als Ausnahme** in Betracht.

Ein Freitod und wir fragen uns: „Sollen wir anfangen?“

Der freiverantwortliche Suizid ist zwar auch Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, setzt aber voraus, dass der Patient zum Zeitpunkt des Entschlusses voll einwilligungsfähig war, sich also nicht in einem die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit ausschließenden psychischen Ausnahmezustand befunden hat. Im Einsatz ist dies jedoch nur höchst selten sicher und mit der ausreichend Gewissheit feststellbar. Die Gefahr einer falschen Einschätzung ist gerade im Rahmen des Erstangriffs im Rettungsdienst zu groß (Zeit die verstreicht, bis eine Reanimation eingeleitet wird, ist in aller Regel vergeudete Zeit), daher sollte diesbezüglich immer mit einer Behandlung, meist mit der Reanimation, begonnen

werden. Eine Abklärung kann ggf. im Verlauf erfolgen, was wiederum u.U. zur Einstellung der Behandlung/Reanimation führen könnte. (18)

Eine kurze Stippvisite im Betreuungsrecht

Die heute gültige Betreuung wurde in Deutschland durch das am 1. Januar 1992 in Kraft getretene Betreuungsgesetz geschaffen. Sie tritt damit an die Stelle der früheren Vormundschaft über Volljährige und der Gebrechlichkeitspflegschaft, geht aber inhaltlich darüber hinaus. Das Betreuungsrecht ist in den §§ 1896 ff. BGB geregelt

Das gesetzgeberische Ziel war es, den Menschen nicht mehr zu entmündigen (wie es vorher hieß), sondern Hilfe zum freien, selbstbestimmten Leben zu leisten. Der immer anzulegende Maßstab ist das Wohl des Betreuten, nach welchem der Betreuer sich stets zu richten hat und der Betreute vorrangig selbst bestimmen kann. Das Betreuungsrecht hat auch weder Erziehungscharakter, noch sollen damit gesellschaftliche Wertmaßstäbe durchgesetzt werden.

Voraussetzung für eine Betreuung gem. § 1896 BGB ist folgendes:

Kann ein volljähriger Mensch aufgrund

- psychischer Krankheiten,
- geistiger Behinderungen,
- seelischer Behinderungen,
- körperlicher Behinderungen (**BEACHTET !!!**: Hier einzig durch Antrag des Betroffenen, nie durch Dritte möglich)

Teile seiner Angelegenheiten nicht mehr selbst organisieren, ist ein Betreuer zu bestellen, sofern keine anderen Hilfen, oder eine Vorsorgevollmacht vorhanden oder ausreichend ist.

Die Betreuung setzt also immer eine Erforderlichkeit voraus und kann im Umkehrschluss aber auch nicht unterbleiben, wenn sie an sich erforderlich wäre.

Gegen den freien Willen (der Betroffene hat die Fähigkeit, im Grundsatz die Bedeutung einer Betreuung intellektuell zu erfassen und die für und gegen eine Betreuerbestellung sprechenden Gesichtspunkte zu erkennen und gegeneinander abzuwägen und im Übrigen nach dieser Einsicht zu handeln (19)) darf ein Betreuer nicht bestellt werden, wie es bspw. im Fall der körperlichen Behinderung der Fall ist.

Die Betreuerbestellung darf nur für die Bereiche erfolgen, in denen die Betreuung erforderlich ist (§ 1896 II BGB).

Wichtig ist auch, dass einer schriftlichen Patientenverfügung ein Betreuer IMMER Geltung und Ausdruck zu verschaffen. Er ist auch nicht berechtigt, eine bestehende Patientenverfügung (§ 1901a II BGB) zu widerrufen. (20) Dh. es dürfen nicht eigene Wertmaßstäbe umgesetzt werden. Der Betreuer hat sich ansonsten immer an dem Wohl und dem Wollen des Betreuten zu orientieren.

Ein Betreuer selbst muss nicht 24h/365d erreichbar sein. Es wird zwar eine regelmäßige Erreichbarkeit vorausgesetzt und sicherlich kann im Einsatzfall ggf. versucht werden, den Betreuer zu erreichen, ein Erfordernis gibt es hierfür jedoch nicht.

Denn handelt sich um eine unaufschiebbare Behandlung/Maßnahme, kann diese notstandsmäßig vorgenommen werden. Ist diese jedoch aufschiebbar, bedarf es keiner Notfallentscheidung. Außerdem und auch das muss man sich immer wieder klar machen und vor Augen führen, erlischt mit einer Betreuung nicht automatisch die Einwilligungsfähigkeit auf Seiten des Betreuten, also bei dem Patienten.

Das Wichtigste aus unserer Sicht bzgl. einer rechtlichen Betreuung schlaglichtartig zusammengefasst:

- Eine Betreuung kann nur für einen Volljährigen eingerichtet werden.
- Eine Betreuung hat nicht automatisch die Geschäftsunfähigkeit zur Folge.
- Eine Betreuung kann für verschiedene Aufgabenbereiche eingerichtet werden, es muss nicht immer und automatisch die Gesundheitssorge und das Aufenthaltsbestimmungsrecht umfassen.
- Selbst wenn sie die Gesundheitssorge umfasst, hat dies nicht automatisch die Einwilligungsunfähigkeit zur Folge.
- Eine zwangsweise Unterbringung ist gem. § 1906 BGB nur möglich, wenn es für das Wohl des Betreuten erforderlich ist, fremdgefährdende Aspekte spielen keine Rolle.
- Eine Unterbringung gem. § 1906 BGB ist dem Zivilrecht zugehörig, eine Unterbringung gem. der landesgesetzlichen PschyKGs hingegen dem Öffentlichenrecht. Es handelt sich um unterschiedliche Verfahren. (21)

Kein Sonderfall, aber eine Besonderheit: Minderjährige

Ein Minderjährige kann durchaus Einwilligungsfähig sein. Feste Grenzen sieht das Gesetz bei diesen Menschen nicht vor, es wird vielmehr auf die jeweilige Reife und Entwicklung abgestellt. Daher kann ein Minderjähriger Zustimmung in einen Eingriff uU. wirksam verweigern, aber umgekehrt die Zustimmung der Sorgeberechtigten in einen Eingriff auch erforderlich sein. In jedem Fall ist aber auch § 1626 II BGB zu beachten: Das Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln ist immer mitentscheidend.

Will man im Einsatz auf Nummer sicher gehen, sollte die Haltung beider Seiten erfragt werden, da die, im Zweifelsfall erforderliche Entscheidung des Familiengerichtes nicht zeitnah eingeholt werden kann.

Angeraten scheint daher:

- Die medizinische Indikation jeglicher Maßnahme und eine Transportindikation streng prüfen.
- Entscheidungen immer am Kindeswohl auszurichten.

[Anmerkung]: Verweigern die Sorgeberechtigten eine lebensnotwendige Behandlung oder Therapie, kann dies den Straftatbestand „Misshandlung von Schutzbefohlenen“ erfüllen. (22)

Noch ein wichtiger „Sonderfall“: Der Minderjährige / Betreute sollte ärztlich vorgestellt werden, aber die Eltern / Betreuer weigern sich

Liegt bei dem Betreuten oder dem Minderjährigen die Einwilligungsfähigkeit vor, stellt sich die Frage nicht, ob der Patient mit ins Krankenhaus genommen und dort vorgestellt wird, im Fall der Behandlungsbedürftigkeit. Lediglich die Durchführung könnte ggf. gewisse Komplikationen bereithalten, sollten sich der Betreuer oder die Sorgeberechtigten dagegenstellen. Diese Problematik dürften jedoch durch Hinzuziehen der Polizei (was in diesem Fall berechtigt, aber auch angeraten wäre), als überwindbar anzusehen sein.

Rein von der Definition läge aber kein Fall der Transportverweigerung vor, gleichwohl jedoch ein fordernder Einsatz.

Anders sieht jedoch die Konstellation aus, wenn der Patient nicht über die notwendige Einwilligungsfähigkeit verfügt, also selbst keine wirksame Verweigerung aussprechen kann, jedoch aufgrund der Erkrankung oder Verletzung mindestens einer notfallmedizinischen Untersuchung bedarf, der Betreuer oder die Sorgeberechtigten nun ihrerseits jedoch, eine Behandlung/Transport ablehnen und verwehren.

Wir würden folgende Möglichkeiten anstreben:

- Beharrlich eine **diplomatische Lösung versuchen** zu suchen und mögliche Hinderungsgründe herausfinden und ggf. lösen.

- Im Fall des Betreuten ggf. ermitteln, ob der Betreuer in seiner Verweigerung nur den, in einer **Patientenverfügung** festgehaltenen Willen des Betreuten versucht durchzusehen, bzw. Nachdruck zu verleihen.
- u.U. auf die straf- und zivilrechtliche Haftung des jeweiligen Entscheiders (Betreuer oder Sorgeberechtigter) hinweisen
- u.U. aber auch gerade im Fall des Verdachts der akuten **Kindeswohlgefährdung**, die Notwendigkeit einer Krankenhausvorstellung, unter einem Scheinvorwand mit Nachdruck anzustreben.
- Sind alle Versuche gescheitert, bleibt als ultima ratio nur noch der Anruf der Polizei, sei es um einen Transport durchzusetzen, oder sei es, weil die Sicherheit des Rettungsteams nicht mehr gegeben ist (z.B. gewalttätiges Gegenüber).
Aber VORSICHT!: Polizei nur dann hinzuziehen, wenn es die Einsatzlage tatsächlich erfordert. Ansonsten besteht eine nicht unerhebliche Gefahr, sich des strafrechtlichen Vorwurfs der Schweigepflichtverletzung auszusetzen.

Am Ende sollte aber klar sein:

Wenn der Patient gesundheitlich akut und schwerwiegend gefährdet, selbst aber konkret nicht in der Lage ist sein Selbstbestimmungsrecht ausführen zu können, ihm also die Einwilligungsfähigkeit fehlt, ist dieser notfallmedizinisch vorzustellen und zu untersuchen.

Was ist im Fall der Transportverweigerung im Rettungsdienst?

Unter Transportverweigerung ist der Fall zu verstehen, dass es sich bei dem Patienten zwar um einen Notfallpatienten handelt (Vorliegen einer lebensgefährliche Verletzung oder Erkrankung, oder aber die Erwartung schwerer gesundheitlicher Schäden, sofern keine unverzügliche medizinische Versorgung erfolgt), bzw. nicht hinreichend sicher ausgeschlossen werden kann, dass es sich um einen solchen handelt.

Unserer Meinung nach sollte in diesen Fällen zunächst wie folgt vorgegangen werden (23):

- Ertseinschätzung nach dem ABCDE / bzw. XABCDE - Schema
- Notwendige körperliche Untersuchung.
- Vollständige Diagnostik und Monitoring.
- Eigen- und Fremdanamnese.
- Umfeldanalyse.
- Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten und
- Dokumentation (elementar wichtig). (24)

- Wehrt der Patient alles ab und finden sich kein, gegen eine Einwilligungsfähigkeit sprechenden Umstände, ist auch das in entsprechendem Umfang zu dokumentieren, jedoch gleichwohl zu akzeptieren.

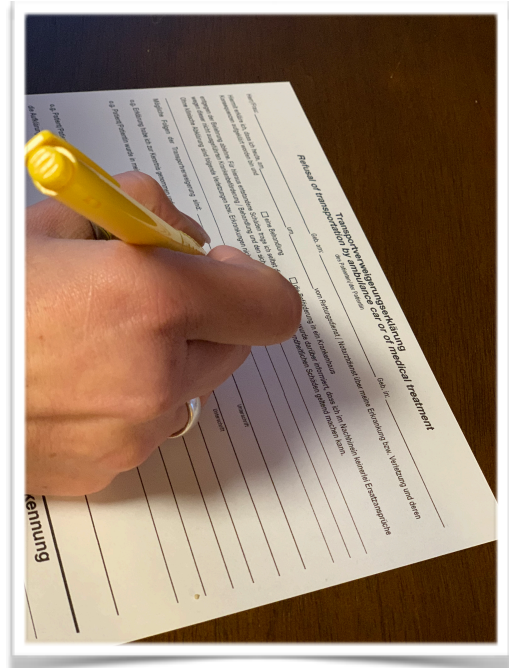
Erste mögliche Maßnahmen:

- Die Suche nach einem diplomatischen Weg.
- Lösungssuche für nicht-medizinische Hinderungsgründe (z.B. Unterbringung des Haustieres).
- Ggf. weitere Personen, im Einverständnis mit dem Patienten, mit einbeziehen.

Greifen alle Versuche ins Leere, oder sperrt der Patient sich mit Händen und Füßen gegen Alternativen, ist auch hier dem Willen des Patienten Folge zu leisten.

Voraussetzung für einen dann erfolgenden Transportverzicht:

- Aufklärung des Patienten.
Durch einen **Notfallsanitäter** sollte dies keinesfalls dann erfolgen (ansonsten unserer Ansicht nach durchaus möglich),
 - wenn regionale SOPs/Protokoll dies untersagen,
 - der Einsatz eine zwingende Notarztindikation darstellt
 - und wenn erhebliche Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit des Patienten bestehen.
 Dann sollte immer ein Notarzt hinzugezogen werden.
- Einwilligung des Patienten in die Aufklärung.



Liegt keine Einwilligungsfähigkeit vor und kann mit dem Patienten keine Einigung erzielt werden, sind als **ultima ratio** unaufschiebbare Handlungen/Maßnahmen zwangsweise im Rahmen des Notstandes durchzuführen (z.B. das Festhalten eines suizidalen Patienten, mit dem Ziel einer zwangsweisen Unterbringung und Weiteres). Natürlich besteht auch immer die Gefahr sich zu täuschen und zu Unrecht die Einwilligungsfähigkeit des Patienten abzulehnen. In diesem Fall läge dann möglicherweise ein strafbares Verhalten des Behandelnden vor (z.B. Körperverletzungsdelikte, Freiheitsberaubung u.a.).

Auch wenn es zunächst wild klingt und das Vorurteil stärkt, als Behandler steht man mit einem Bein im Gefängnis, ist gleichwohl unserer Meinung nach, relative Entspannung angesagt. Sofern nämlich die oben dargestellten Grundsätze eingehalten werden, also ein strukturiertes

Vorgehen erfolgt und auch alle nicht „invasiven“ Maßnahmen erfolglos geblieben sind, man außerdem zu recht in der Einsatzsituation von einer „Notfallsituation“ ausgehen durfte (keine zu große Sorge hinsichtlich der Anforderungen: Auch im Nachhinein wird immer die Frage zu stellen sein, wie durfte und musste ein verständiger Behandler in der jeweiligen Situation handeln, welche Annahmen drängten sich auf; es erfolgt eine ex ante Betrachtung und damit nur Umstände und Fakten, welche zu jenem Zeitpunkt bekannt oder offenkundig waren), wird man sich kaum vor dem Strafrichter wiederfinden. Denn in aller Regel ist dieser Irrtum dann beachtlich und lässt die strafrechtliche Verantwortlichkeit entfallen.

Ähnlich dürfte es sich auch in dem Fall verhalten, in welchem der Behandler zu Unrecht die uneingeschränkte Einwilligungsfähigkeit des Patienten annimmt und daher der Transportverweigerung des Patienten Folge leistet, dieser jedoch dann verstirbt, oder erheblichen Schaden erleidet. Auch wenn in diesem Fall wieder eine ex ante Betrachtung (also aus Sicht der Einsatzsituation) erfolgen würde, ist jedoch von einer voreiligen Annahme der Einwilligungsfähigkeit stets zu warnen. Denn so sollte nicht vergessen und vor allem nicht unterschätzt werden, dass im Trubel des Einsatzgeschehens leicht und vor allem dann aus juristischer Sicht möglicherweise „vermeidbar“ (dh. objektiv hätte es sich in der betreffenden Situation aufdrängen müssen) Anhaltspunkte übersehen werden können, welche ein Tätigwerden des Behandlers erfordert hätten. Dh. auch hier ist es wichtig, dass ein strukturiertes, gründliches und vor allem vollständige Vorgehen erfolgt, welches in seiner kompletten Breite entsprechend zu dokumentieren ist. Ist dies alles gegeben, erscheint eine strafrechtliche Haftung, aber auch eine zivilrechtliche Inanspruchnahme eher unwahrscheinlich. Denn auch ein Richter wird nur selten (wohl eher nie) von dem Behandler verlangen, dass er gottesgleich und damit unfehlbar zu haben sei.

Kommt es auch im Fall des Transportverzichts auf die Einwilligungsfähigkeit des Patienten an?

Ja, auch im Fall des Transportverzichts kommt es auf die Einwilligungsfähigkeit des Patienten an, doch zunächst kurz zum Transportverzicht als solches.

Unter Transportverzicht ist der Fall zu verstehen, dass der Patient zwar eine Beförderung im Rettungsmittel wünscht, der Rettungsdienst diesen jedoch ablehnt. Dies ist immer dann anzunehmen, wenn keine Transportpflicht seitens des Rettungsdienstes besteht. Ein solcher Fall liegt also dann vor, (25) wenn

- keine ärztliche Verordnung zu einem qualifizierten Krankentransport oder Intensivtransport, oder keine ärztliche Einweisung vorliegt;

- keine lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzungen vorliegt, bzw. kein schwerer gesundheitlicher Schaden zu erwarten
- die notwendige Sicherheit für das Personal und/oder den Patienten nicht gegeben ist.

[Am Rande: Sofern regional die Vorgabe erfolgt, dass grds. jedes Transportersuchen eines Menschen erfüllt werden muss, ist die Wirksamkeit dieser Regelung im Hinblick auf § 60 SGB V zumindest zweifelhaft. Denn hiernach bedarf es immer einer medizinischen Indikation, welche aber im Fall der des Transportverzichts gerade nicht gegeben scheint.]

Um nun festzustellen, ob die Voraussetzungen eines Transportverzichts vorliegen, muss zunächst erfüllt sein:

- Gründliche Erstsuntersuchung nach dem ABCDE-Schema.
- Alle notwendigen körperlichen Untersuchungen.
- Vollständiges Monitoring.
- Eigen- und Fremdanamnes.

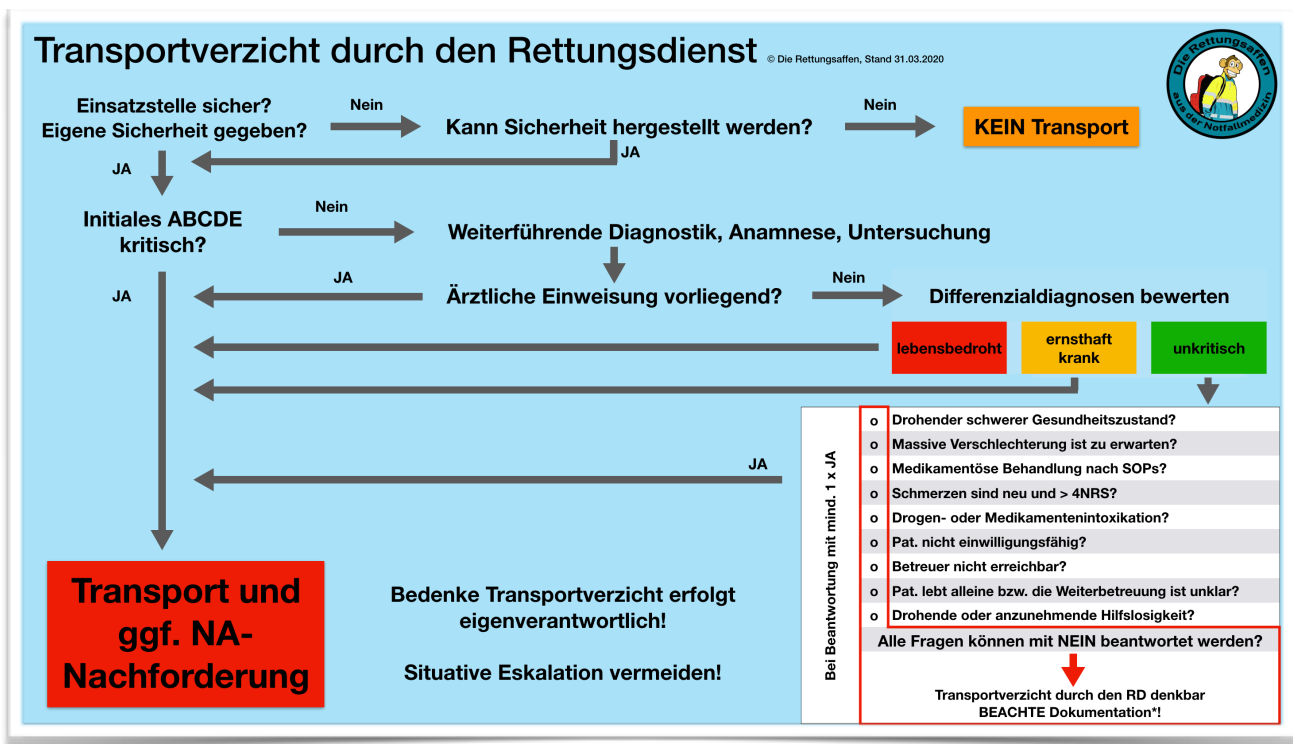
Steht am Ende dann fest, dass **keine notfallmedizinische Indikation** einer sofortigen Behandlung anzunehmen ist, sollte der Patient gleichwohl an einen niedergelassenen Arzt oder den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verwiesen, oder zumindest diese Möglichkeit vorgestellt werden. Ferner sollte der Patient auch ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass er sich spätestens dann in ärztliche Behandlung begeben sollte, sollten die Beschwerden in ihrer Intensität zunehmen oder weitere gravierende hinzutreten. Damit verbunden ist natürlich auch jederzeit ein weiterer Ruf des Rettungsdienstes.

Insoweit ist gerade auch im Rahmen des Transportverzichts die Einwilligungsfähigkeit des Patienten von Bedeutung. Es kommt nämlich gerade darauf an, dass der Patient in der Lage ist zu verstehen, was ihm im Rahmen des Einsatzes vermittelt wird, wie z.B. die Konsultation eines niedergelassenen Arztes, oder der erneute Ruf des Rettungsdienstes im Fall der unvorhersehbaren Verschlechterung. Auch wenn der Patient möglicherweise mit dem Vorgehen nicht einverstanden sein wird (ansonsten würde er wohl kaum einen Transport ins Krankenhaus erwarten und es läge kein Fall des Transportverzichts vor), wird man jedoch auch in diesem Fall ein ausreichendes Maß an Informationsverständnis, Einsichts- und Urteilsfähigkeit voraussetzen müssen, um z.B. hinreichend sicher annehmen zu können, dass Patient nun nicht eingeschüchtert zu Hause sitzt und sich in einem „richtigen“ Notfall nicht mehr trauen wird, den Rettungsdienst zu rufen.

Insoweit sollte eben auch ein Transportverzicht im Rettungsdienst nicht vollzogen werden, wenn erhebliche und möglicherweise berechtigte Zweifel an der vollen Einwilligungsfähigkeit des Patienten bestehen.

Das auch in diesen Fällen, wie eigentlich immer, eine ausführliche und vollständige Dokumentation wichtig ist, dürfte sich von alleine ergeben. Denn auch hier gilt: Schlechte und fehlende Dokumentation führt zu einer Beweislastumkehr, mit dann u.U. nicht absehbaren Folgen.

Eine Idee von uns für eine Hilfestellung im Rahmen der Entscheidungsfindung, unsere Taschenkarte zu „Transportverzicht durch den Rettungsdienst“ (26):



*Dokumentation

© Die Rettungsaffen, Stand 31.03.2020

- x Situationsbeschreibung
- x Untersuchungsergebnisse (inkl. aller erhobenen Werte)
- x Einschätzung
- x Getroffene Maßnahmen
- x Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit*1
- x Anwesende Personen (inkl. RD-Personal)
- x Darlegung Hilfsangebote (RD, Hausarzt, kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Betreuer, Ämter, etc.)
- x Mit wem hatte der RD Kontakt? (Hausarzt, kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Betreuer, Angehörige, etc.)
- x Aufklärung über Möglichkeit des jederzeitigen Wiederanrufs
- x Patientenzustand beim Verlassen
- x Uhrzeiten

*1Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligungsfähigkeit setzt ausreichende Urteils- und Entscheidungsfähigkeit voraus

Am Besten ist hierbei darauf zu achten, ob

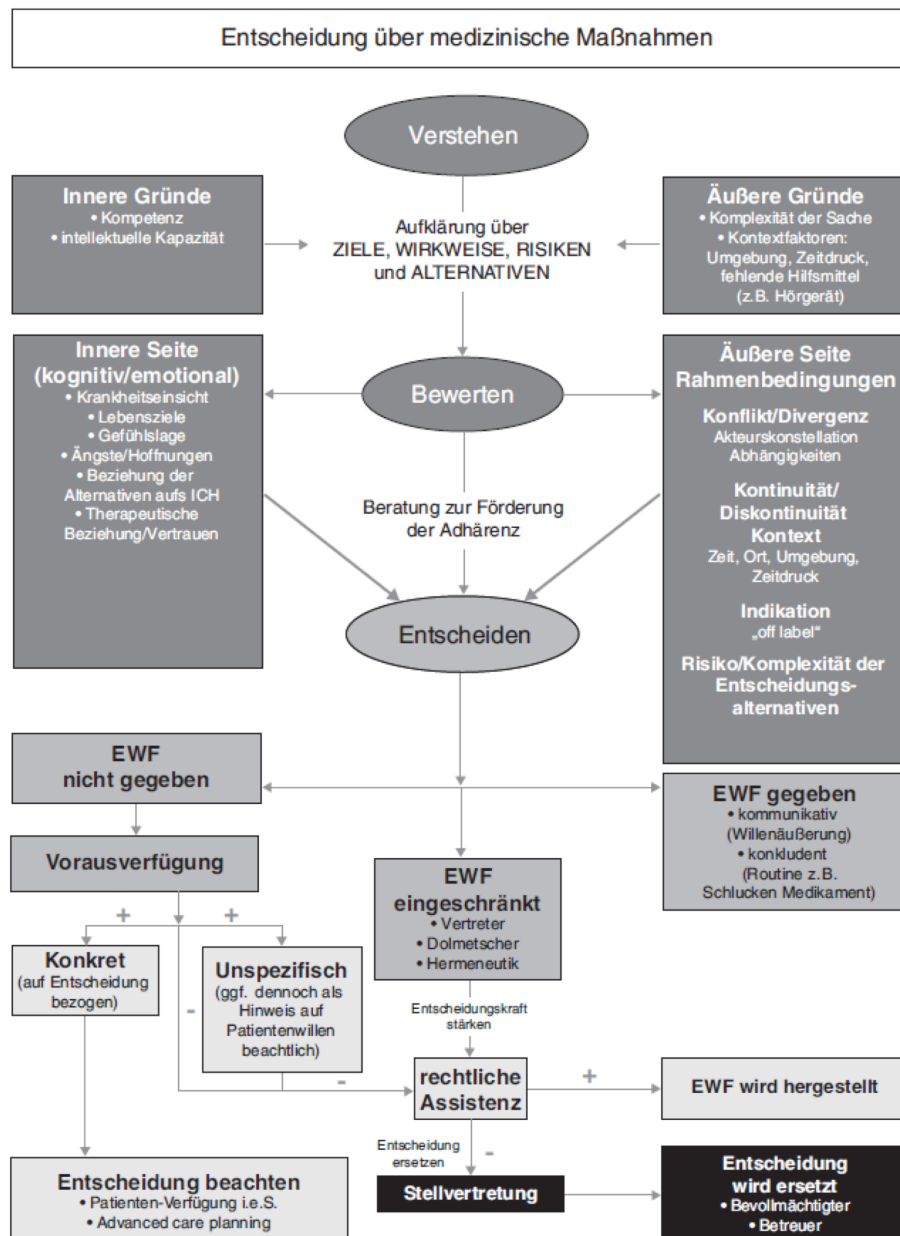
- ein ausreichendes Informationsverständnis
- eine ausreichende Informationsverarbeitung
- eine ausreichende Bewertung erhaltener Informationen
- eine genügende Bestimmbarkeit des eigenen Willen gegeben

Kann Urteils- und Entscheidungsfähigkeit nicht ausreichend festgestellt werden, ist im Zweifelsfall stets von der Unwirksamkeit einer Behandlungs- und Transportentscheidung auszugehen

Annex zur Frage der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit

S. 52 Abb. 3.1. aus: S2k Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen - Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die medizinische Praxis (AWMF-Leitlinie Registernummer 108 - 001)

Der Entscheidungsbaum wurde von Prof. Dr. Thomas Klie und Rechtsanwalt Jörg Leuchtner zur Verwendung in der Leitlinie erstellt.



[Anmerkung Der Rettungsaffen]: Zwar bezieht sich jene Leitlinie in ihren Empfehlungen nur auf den Umgang mit demenzerkrankten Menschen und spricht auch nur dahingehend entsprechende Empfehlungen aus, dennoch können unserer Auffassung nach die grundsätzlichen Überlegungen auf alle Fälle der Entscheidungsfindung zu der Frage der Einwilligungsfähigkeit übertragen, oder zumindest als Hilfestellung genutzt werden.

QUELLEN

(1) Verfassungsrechtliche Begründung für eine Beschränkung der Reichweite von Patientenverfügungen - Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages WD 3 - 471/08 - Stand 2009, Seite 4

(2) WD aaO.

(3) BGH Urteil vom 28. November 1957 Az. 4 StR 525/57

(4) BVerwG NJW 1989, 2960ff; Hufen in NJW 2001. 849ff

(5) Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, § 137 Rn. 7

(6) S2k-Leitlinie - Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen - AWMF-Leitlinie Registernummer 108-001; Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten, Dtsch Arztebl. 2019 116(22): A-1133 / B-933 / C-921

(7) S2k-Leitlinie - Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen - AWMF-Leitlinie Registernummer 108-001

(8) S2k-Leitlinie - Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen - AWMF-Leitlinie Registernummer 108-001

(9) S2k-Leitlinie - Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen - AWMF-Leitlinie Registernummer 108-001

(10) BT-Drucksache 16/8442, S. 12 (bezogen auf die Schaffung des § 1901a BGB - Patientenverfügung -, damit aber konsequenter Art und Weise auch auf die Einwilligungsfähigkeit an sich übertragbar)

(11) S2k-Leitlinie - Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen - AWMF-Leitlinie Registernummer 108-001

(12) S2k-Leitlinie - Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen - AWMF-Leitlinie Registernummer 108-001; Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten, Dtsch Arztebl. 2019 116(22): A-1133 / B-933 / C-921

(13) z.B. BGH, 26.06.1990 - VI ZR 289/89; BGH, 11.10.2016 - VI ZR 462/15; BT- Drucksache 17/10488 S. 24f

(14) OLG Brandenburg, Urteil vom 27.03.2008 Az. 12 U 239/06

(15) Palandt 79. Aufl., BGB, § 630e RdNr. 12

(16) Palandt 79. Aufl. BGB, § 630d RdNr. 4; BT- Drucksache 17/10488 S. 24

(17) BVerfG-Urteil vom 23.03.2011, AZ 2BvR882/08; jetzt geregelt in § 630d Abs. 1 S. 1-4 BGB

(18) mit weiteren Nachweisen <https://dierettungsaffen.files.wordpress.com/2020/02/kurzzusammenfassung-reanimation-sollen-wir-anfangen-feb.-2020-die-rettungsaffen.pdf>

(19) Palandt 79. Aufl. BGB § 1896 RdNr. 4 mwN

(20) Palandt 79. Aufl. BGB § 1901a RdNr. 25

(21) vgl. insoweit beispielhaft LG Itzehoe, Beschluss vom 07.07.2016, 4 T 4/16

(22) BGH, Urteil vom , Az. 1 StR 624/14

(23) <https://dierettungsaffen.files.wordpress.com/2020/02/zusammenfassung-des-patienten-wille-ist-sein-himmelreich-transportverweigerung-im-rettungsdienst-die-rettungsaffen.pdf>

(24) vollständige und ausführliche Dokumentation hinsichtlich aller Umstände, aller getroffenen Maßnahmen und aller erhobenen Befunde, sowie über die erfolgte Aufklärung

(25) <https://dierettungsaffen.files.wordpress.com/2020/04/das-rettungsaffenhandout-transportverzicht-unter-normalen-und-besonderen-umstc3a4nden-april2020.pdf>

(26) <https://dierettungsaffen.files.wordpress.com/2020/04/die-rettungsaffen-taschenkarte-transportverzicht-durch-den-rd.pdf>



Hinweis: Es dürfte zwar auf der Hand liegen, aber wir wollen der guten Ordnung zu liebe nochmals darauf hinweisen, dass wir hier immer nur unsere Meinung und unsere Sicht der Dinge kundgetan haben. Zitierung erfolgte nach bestem Wissen und Gewissen, Fehler können jedoch nicht ausgeschlossen werden

Hinweis

Disclaimer: Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir hier immer nur unsere Meinung und unsere Sicht darlegen. Die erfolgten Zitierungen erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen, Fehler können gleichwohl nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Copyright: Unsere Ausarbeitung kann frei und ohne jede Einschränkung verwendet werden,

Voraussetzung ist jedoch, dass wir als Quelle richtig und vollständig zitiert werden.