

Rechtliches zur Beistandspflicht bei sterbenden COVID-19-Patient*innen

Das österreichische Gesundheitswesen ist durch die steigende Anzahl an COVID-19-Erkrankten herausgefordert. Auch das Gesundheitspersonal ist dadurch belastet. Hinzu kommen Unsicherheiten bezüglich der aktuell geltenden Rechtslage als auch neue ethische Fragestellungen. Mit Bezug zur Stellungnahme der Bioethikkommission sowie der Öst. Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und der Öst. Palliativgesellschaft (OPG) möchten wir uns als ÖGERN ausgewählten rechtlichen Aspekten widmen.

Internationale Daten aus Italien, Spanien und Frankreich haben gezeigt, dass durch die Covid-19-Pandemie das Gesundheitswesen rasch an die Grenzen der Versorgungsmöglichkeiten gebracht werden kann. Österreich hat frühzeitig umfassende Schutzvorkehrungen eingeleitet, sodass davon auszugehen ist, dass die COVID-19-Pandemie aktuell hierorts unter kontrollierten Bedingungen abläuft. Doch die zukünftigen Entwicklungen sind ungewiss, sodass eine Vorbereitung auf eine Verknappung von Ressourcen geboten erscheint.

Kommt es zur Überschreitung der Versorgungsmöglichkeiten, dann sind die Gesundheitsberufe (v.a. die Ärzt*innen) gezwungen zu triagieren. In Anbetracht der gegebenen Möglichkeiten bedeutet dies, Therapieziele individuell zu adaptieren.

Diese Adaptierung wird dazu führen, dass für einzelne Patient*innen frühzeitig ein palliatives Vorgehen definiert werden muss. Diese Therapiezieländerung ist eine rein medizinische Entscheidung, die sich an den aktuell vorhandenen Möglichkeiten, den verfügbaren medizinischen Versorgungsalternativen und den Überlebenschancen der einzelnen Patient*innen orientieren wird (ARGE Ethik der ÖGARI).

Die Definition eines neuen Therapieziels enthebt jedoch die behandelnden Gesundheitsberufe, insbesondere Ärzt*innen und die Pflegeberufe, nicht von einer ethischen Verpflichtung, eine angemessene palliative Versorgung der Patient*innen zu gewährleisten (OPG).

Von rechtlicher Seite wurde mit der Ärztegesetz-Novelle 2019 eine neue Berufspflicht für Ärzt*innen eingeführt; nämlich eine Beistandspflicht für Sterbende. Sie ist im § 49a Ärztegesetz geregelt und schafft somit auch im Pandemiefall eine sichere Basis für das ärztliche Handeln, sollte eine Anwendung nötig werden.

Nach den Erläuterungen zum Gesetz wurde diese Bestimmung in Anlehnung an die (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzt*innen formuliert. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung besagen, dass Ärzt*innen verpflichtet sind, Sterbenden, das heißt Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können. Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung.

Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden. Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf (Regierungsvorlage zur Ärztegesetz-Novelle 2019).

Diesbezüglich wurde im § 49a Ärztegesetz eine Klarstellung dahingehend getroffen, dass es im Sinne der Beistandspflicht bei Sterbenden insbesondere auch zulässig ist, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt. Auf den Punkt gebracht bedeutet dies, dass Medikamente im Rahmen der Palliative Care so zu dosieren sind, dass damit eine Symptomkontrolle hergestellt werden kann. Dabei sollte man sich symptomorientiert hochtitrieren. Wenn jedoch zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen solche Dosen nötig sind, die den Verlust vitaler Lebensfunktionen (so auch den Todeseintritt) beschleunigen, so ist dies juristisch zulässig. Ultima ratio ist auch eine palliative Sedierung zu erwägen (siehe dazu *Weixler et al.*, Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie, 2016).

Mit dem in § 49a Ärztegesetz verwendeten Begriff „Qualen“ sind Leiden oder Angstzustände gemeint, die wegen ihrer beträchtlichen Intensität oder weil sie einen gewissen Zeitraum andauern oder sich wiederholen, mit einer erheblichen Beeinträchtigung des psychischen der physischen Wohlbefindens des Betroffenen verbunden sind (OGH 12 Os 40/16y).

Durch die Worte „Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen“ soll klargestellt sein, dass keinesfalls eine Rechtsgrundlage für Euthanasie bzw. Sterbehilfe geschaffen wird, es sich vielmehr um eine indizierte ärztliche Maßnahme bei einem laufenden Sterbeprozess handelt (Regierungsvorlage zur Ärztegesetz-Novelle 2019).

Da es ohnehin zulässig ist, einem unaufhaltsamen Sterbeprozess seinen Lauf zu lassen (Sterben zulassen), ist laut *Birkbauer* der Verweis auf den „laufenden Sterbeprozess“ verwirrend. Gemeint sei wohl, dass es im Sinne des höheren Ziels z.B. einer Schmerzbehandlung zulässig ist, einen noch nicht unaufhaltsam begonnenen Sterbeprozess zu unterstützen. Die Grenze zur verbotenen Beschleunigung des Sterbeprozesses bildet der Umstand, dass die Schmerzbehandlung medizinisch indiziert und die verabreichte Dosis vertretbar sein muss (*Birkbauer*, JMG 4-2018).

Zuletzt ist noch auf die Wichtigkeit der nachvollziehbaren Dokumentation bei palliativen Behandlungsentscheidungen hinzuweisen. Wenn möglich, sollte eine Ethikberatung beigezogen werden. Zudem gelten die üblichen rechtlichen / ethischen Grundsätze von Behandlungsentscheidungen weiterhin, sodass primär die Indikation einer Behandlung zu klären ist und danach die Patient*innen-Zustimmung (aktuell oder vorgelagert kommuniziert bzw. Zustimmung eines befugten Vertreters) einzuholen ist. Es ist jedoch zu betonen, dass katastrophenmedizinische Grundsätze die Indikationsbeurteilung im Einzelfall verändern (siehe ARGE Ethik der ÖGARI). Im Falle einer erfolgten Triage kann demnach ein/e Patient*in eine (priorisierte) Behandlung nicht einseitig erzwingen.

Mit Bezug auf die in der Einleitung hingewiesenen Stellungnahmen sind auch Covid-19 Patient*innen, für die ein palliatives Therapieziel definiert wurde, unter den obigen Voraussetzungen als Sterbende im Sinne des § 49a Ärztegesetz anzusehen. Die Beistandspflicht bei Sterbenden schafft somit auch im Pandemiefall eine sichere Basis für das ärztliche Handeln. Es bleibt wohl zu hoffen, dass die zu definierenden Therapieziele im Rahmen der Pandemie nicht durch die Verknappung der intensivmedizinischen Kapazitäten (und somit katastrophenmedizinische Grundsätze) bestimmt werden.

Wien, am 8.4.2020

Für das Vorstands- und Mitgliederteam der ÖGERN zeichnet

Dr.iur. Michael Halmich LL.M.
(eigenhändig)

Stellungnahme-Hinweis:

- Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie, 31.3.2020, [Link](#)
- ARGE Ethik der Öst. Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid 19 Pandemie, 17.3.2020, [Link](#)
- Öst. Palliativgesellschaft (OPG), Positionspapier zu COVID-19, 20.3.2020, [Link](#)

Literaturhinweis:

- *Birklbauer*, Die gesetzliche Verankerung der „indirekten Sterbehilfe“: ein Schritt in die richtige Richtung, JMG 4-2018
- *Birklbauer/Hauer*, Entscheidung zur Komforttherapie bei infauster Prognose, RdM 2017/4
- *Halmich*, Recht in der Palliative Care (2019)
- *Öst. Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN)*, Notfallmedizin am Lebensende (2016)
- *Weixler et al.*, Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie. Ergebnisse eines Delphiprozesses der Österreichischen Palliativgesellschaft (2016)