

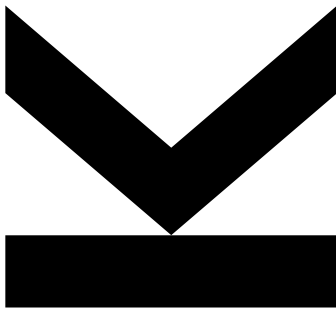
Eingereicht von
Hofmann Johannes

Angefertigt am
**Institut für
Strafrechtswissenschaften**

Beurteilerin
**Ass.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ingrid
Mitgutsch**

April 2017

Ausgewählte Probleme der Eigenmächtigen Heilbehandlung im Rettungsdienst



Diplomarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Magister der Rechtswissenschaften

im Diplomstudium

Rechtswissenschaften

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die vorliegende Diplomarbeit ist mit dem elektronisch übermittelten Textdokument identisch.

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	6
I.	Einleitung	8
II.	Grundlagen zu § 110 StGB	9
	A. Allgemeines.....	9
	B. Tatbestand	10
	1. Tatsubjekt/Tatobjekt.....	10
	2. Tathandlung	10
	a) Heilbehandlung	10
	b) Einwilligung.....	12
	3. Subjektiver Tatbestand	13
	4. Regelung des § 110 Abs 2 StGB	14
	5. Privatanklagedelikt	15
	6. Abgrenzung und Konkurrenzen	15
III.	Ausgewählte Probleme im Rettungsdienst	17
	A. Reanimation und Patientenverfügung.....	17
	1. Problemstellung	17
	2. Patientenverfügung allgemein.....	17
	a) Verbindliche Patientenverfügung.....	18
	b) Beachtliche Patientenverfügung	19
	c) Patientenverfügung und Notfälle:	20
	3. Vorgehensweise in der Praxis.....	21
	4. Patientenverfügung iZm § 110 StGB	22
	a) Missachten einer bekannten Verfügung	23
	b) Missachten einer unbekanntem Verfügung	23
	c) Missachten einer mitgeführten Patientenverfügung	24
	d) Uneinigkeit unter den Helfern	25
	5. Fazit	26
	B. Helmabnahme bei verunfallten Motorradfahrern.....	27
	1. Problemstellung	27

2. Vorgehensweise nach Lehrmeinung (lege artis).....	27
3. Aufnäher und Formen der Behandlungsverweigerung	28
4. Helmabnahme iZm § 110 StGB	31
a) Patient ist bei Bewusstsein	31
b) Patient ist ohne Bewusstsein.....	31
(1) Helm ohne Aufnäher	31
(2) Helm mit Aufnäher	31
5. Fazit	32
C. Ausreichende Aufklärung des Patienten	32
1. Problemstellung	32
2. Bedeutung der Aufklärung für die Einwilligung iSv § 110 StGB.....	33
a) Diagnoseaufklärung	33
b) Behandlungsaufklärung	34
c) Risikoaufklärung	35
d) Umfang der Aufklärung	35
e) Zeitpunkt der Aufklärung.....	36
3. Aufklärungspflicht iZm § 110 StGB	37
a) Behandlung ohne Aufklärung	37
b) Behandlung mit unzureichender Aufklärung	38
4. Fazit	38
D. Hilfeleistung nach versuchtem Suizid	39
1. Problemstellung	39
2. Suizidenten und deren Urteils- und Einsichtsfähigkeit.....	40
3. Grundlagen zur Mitwirkung am Selbstmord	40
a) Tatbestand	41
(1) Suizid	41
(2) Tathandlung	41
b) Subjektiver Tatbestand	42
c) Abgrenzung und Konkurrenzen	42

4. Suizid und Behandlungsverweigerung im Spannungsverhältnis von §§ 78 und 110 StGB.....	43
a) Garantenpflicht oder Garantenpflichtsperre.....	43
(1) Garantenpflicht im Rettungsdienst.....	44
(2) Garantenpflichtsperre iZm § 78 StGB.....	45
5. Suizidversuch als konkludente Behandlungsverweigerung	47
6. Exkurs: Abschiedsbrief als Behandlungsverweigerung	48
7. Behandlung von Suizidpatienten iZm §§ 78 und 110 StGB	49
a) Behandlungswilliger Suizidpatient	49
b) Nicht behandlungswilliger Suizidpatient	49
c) Nicht urteils- und einsichtsfähiger oder äußerungsunfähiger Suizidpatient.....	50
8. Fazit	50
Anhang	52
Patientenverfügungsgesetz	52
Literaturverzeichnis.....	54

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
Abs	Absatz
BgBl	Bundesgesetzblatt
BlgNR	Beilage(-n) zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates
BT	besonderer Teil
bzw	beziehungsweise
EBRV	Erläuternde Bemerkungen zur Regierungsvorlage
ErläutRV	Erläuterungsbemerkung zur Regierungsvorlage
etc	et cetera
evt	eventuell
ff	fortfolgende
gem	gemäß
GP	Gesetzgebungsperiode
hA	herrschende Ansicht
hL	herrschende Lehre
HS	Hauptsatz
HWS	Halswirbelsäule
idR	in der Regel
iFamz	interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht
iSd	im Sinne des
iSv	im Sinne von
iVm	in Verbindung mit
iZm	im Zusammenhang mit
JAP	Juristische Ausbildung & Praxisvorbereitung
KAKuG	Kranken- und Kuranstaltengesetz
Kripo	Kriminalpolizei
mE	meines Erachtens
MRT	Magnetresonanztomographie
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖJZ	Österreichische Juristen-Zeitung
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
RdM	Recht der Medizin
RFG	Recht & Finanzen für Gemeinden
Rspr	Rechtsprechung
Rz	Randziffer
S	Satz

SanG	Sanitätergesetz
SbgK	Salzburger Kommentar
sog	sogenannte
StA	Staatsanwalt/Staatsanwaltschaft
StG	Strafgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
StGN	Strafgesetznovelle
StPO	Strafprozessordnung
SWRÄG	Sachwalterrechts-Änderungsgesetz
uA	unter Anderem
UbG	Unterbringungsgesetz
uU	unter Umständen
va	vor allem
WK	Wiener Kommentar
zB	zum Beispiel
ZfG	Zeitschrift für Gesundheitsrecht

I. Einleitung

In Österreich wurde in jüngerer Vergangenheit das medizinische Selbstbestimmungsrecht der einzelnen Personen durch zahlreiche Bestimmungen ausgeweitet und gefestigt. Zusätzlich dazu soll durch das Delikt der Eigenmächtigen Heilbehandlung (§ 110 StGB) das Recht auf medizinische Selbstbestimmung geschützt und ein Zuwiderhandeln strafrechtlich sanktioniert werden. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit vier vom Autor ausgewählten Problemen der Eigenmächtigen Heilbehandlung im Rettungsdienst.

Nach einem kurzen Überblick über § 110 StGB soll zunächst aufgezeigt werden, inwieweit eine Patientenverfügung während eines Rettungseinsatzes die Sanitäter zu einem Behandlungsabbruch verpflichten kann, und ob daraus auch strafrechtliche Konsequenzen resultieren können. Danach soll durch einen Vergleich mit bereits gegebenen Möglichkeiten zur Behandlungsverweigerung geklärt werden, ob ein Aufnäher am Kinnriemen eines Motorradhelmes eine gültige Behandlungsverweigerung darstellen und entsprechend zu einer strafrechtlichen Haftung führen kann. Der dritte Teil dieser Arbeit widmet sich der Frage, wie detailliert die Aufklärung eines Notfallpatienten ausfallen muss, um nicht uU Gefahr zu laufen, sich gem § 110 StGB strafbar zu machen. Zu guter Letzt widmet sich diese Arbeit noch der Frage, ob ein Suizident nach einem Suizidversuch überhaupt behandelt werden darf, oder sogar, auch gegen dessen Willen, behandelt werden muss.

Auf diesem Weg möchte ich mich recht herzlich bei Frau Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ingrid Mitgutsch für die kompetente Betreuung meiner Diplomarbeit bedanken. Ein großer Dank gilt auch meinen Eltern, Großeltern, Geschwistern und meiner langjährigen Partnerin Elke, die mir während meines Studiums stets tatkräftig zur Seite gestanden sind.

II. Grundlagen zu § 110 StGB

A. Allgemeines

Die österreichische Rechtsordnung räumt dem Menschen als Individuum in allen ihn betreffenden Angelegenheiten ein Recht auf Selbstbestimmung ein.¹ Einer einsichts- und urteilsfähigen Person steht es zu, selbst darüber zu entscheiden, ob sie sich einer medizinischen Behandlung unterziehen will oder auch nicht.² Aus dem Recht auf medizinische Selbstbestimmung geht folglich hervor, dass eine sanitätsdienstliche oder medizinische Behandlung der Zustimmung des Patienten bedarf.³

Das Delikt der eigenmächtigen Heilbehandlung lässt sich in Österreich auf das Jahr 1937 zurückführen. Unter der Überschrift „*Von Übertretungen gegen die Sicherheit der Ehre und von Vergehen und Übertretungen gegen die persönliche Freiheit.*“ wurde damals mit der StG 1937 die eigenmächtige Heilbehandlung in das StG eingefügt.⁴ Seit 1.1.1975 sanktioniert das österreichische Strafrecht unter § 110 StGB die „*Eigenmächtige Heilbehandlung*“. Dabei hatte der Gesetzgeber zum Ziel, das Recht auf medizinische Selbstbestimmung zu schützen und ein Zuwiderhandeln strafrechtlich zu sanktionieren. Der Einzelne soll selbst entscheiden dürfen, ob er behandelt werden soll oder nicht.⁵ Zweck der Norm ist es nicht, Eingriffe in das Rechtsgut Leib und Leben zu sanktionieren, sondern vielmehr den freien Willen des Behandelten zu wahren.⁶ Auch wenn eine Behandlung notwendig erscheint, um vom Patienten ein potentiell größeres Übel oder sogar den Tod abzuwenden, steht es diesem frei, die Behandlung abzulehnen.⁷

Im Allgemeinen haben Sanitäter oder Ärzte eine Garantenstellung⁸ gegenüber dem Patienten, dessen Behandlung sie übernommen haben.⁹ Untersagt ein einsichts- und urteilsfähiger Patient jedoch die weitere Behandlung, so endet dadurch diese Garantenstellung. Folglich bedeutet also die Freiheit des Patienten, eine Behandlung abzulehnen, eine Begrenzung der generellen Behandlungspflicht durch Mediziner.¹⁰

¹ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² 95; Aicher in Rummel/Lukas, ABGB⁴ § 16 Rz 1 ff.

² Ploier/Petutschnigg, Patientenverfügung 15.

³ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² 95.

⁴ Strafgesetznovelle BGBl 1937/202.

⁵ Soyer/Schumann in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 1.

⁶ Birklbauer in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht² X. Rz 76; Bertel/Schweighofer/Venier, BT I¹³ § 110 Rz 1; Brandstetter/Zahl, Die strafrechtliche Haftung des Arztes, RdM 1994, 17; Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ § 110 Rz 1.

⁷ Fuchs/Reindl-Krauskopf, BT I⁵ 108f; Andreaus, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 141.

⁸ Eine ausführliche Erläuterung der Garantenstellung und Garantenpflicht im Rettungsdienst siehe III.D.4.a).

⁹ Kneihls, Die "tobende Psychose" und die Rolle des Rettungsdienstes, RdM 2005/31 (37 f).

¹⁰ Birklbauer/Hilf/Tipold, BT I³ § 110 Rz 2.

B. Tatbestand

Den Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung erfüllt gem § 110 Abs 1 StGB, wer einen anderen ohne dessen Einwilligung vorsätzlich medizinisch behandelt. Darüber hinaus sieht Abs 2 noch eine Fahrlässigkeitsstrafbarkeit vor: Abs 2 erfüllt, wer einen anderen in einer vermeintlichen Lebens- oder Gesundheitsgefahr ohne dessen Einwilligung vorsätzlich medizinisch behandelt und dabei fahrlässig annimmt, dass eine solche Lebens- oder Gesundheitsgefahr besteht.

1. Tatsubjekt/Tatobjekt

Tatsubjekt des § 110 StGB kann idR jeder sein.¹¹ Es ist keineswegs erforderlich, dass es sich beim Täter um einen Arzt oder um medizinisches Personal handelt. Das Tatsubjekt der eigenmächtigen Heilbehandlung reicht dabei vom Angehörigen¹² über den Ersthelfer¹³ und Sanitäter¹⁴ bis hin zum Arzt.¹⁵

Tatobjekt kann eine jede vom Täter verschiedene Person sein.¹⁶ Auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Opfers kommt es hier nicht an. Ist ein Kind noch nicht bzw eine besachwaltete Person nicht einsichts- und urteilsfähig, so sehen § 173 Abs 1 und § 283 Abs 1 ABGB vor, dass die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters einzuholen ist.¹⁷

2. Tathandlung

a) Heilbehandlung

Die Tathandlung der eigenmächtigen Heilbehandlung liegt in einer medizinischen Behandlung ohne Einwilligung.¹⁸ Dabei wird der Begriff der Heilbehandlung weit interpretiert, weshalb unter einer Heilbehandlung nicht nur bloße therapeutische Maßnahmen zur Heilung von Krankheit, also Heilbehandlung ieS, zu verstehen sind.¹⁹ Darüber hinaus gelten auch diagnostische,²⁰ vorbeugende²¹ oder bloße kosmetische Maßnahmen²² als Heilbehandlung

¹¹ Wessely in *Mitgutsch/Wessely*, Handbuch Strafrecht BT I § 110 Rz 2; *Soyer/Schumann* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 110 Rz 4.

¹² *Bertel/Schweighofer/Venier*, BT I¹³ § 110 Rz 1.

¹³ *Birkbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 110 Rz 5.

¹⁴ *Birkbauer*, Ist die Befassung von Strafgerichten mit ärztlichen Behandlungsfehlern noch zeitgemäß?, RdM 2009/165 (253, 256).

¹⁵ *Soyer/Schumann* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 110 Rz 2.

¹⁶ *Wegscheider*, StGB BT² 152.

¹⁷ *Fabrizy*, StGB¹² § 110 Rz 2.

¹⁸ *Birkbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 110 Rz 7.

¹⁹ *Schmoller* in *SbgK* § 110 Rz 23.

²⁰ *Soyer/Schumann* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 110 Rz 7.

²¹ *Fuchs/Reindl-Krauskopf*, BT I⁵ 108 f.

²² *Birkbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 110 Rz 7.

iSv § 110 StGB, wobei eine Mindestintensität des Eingriffs nicht erforderlich ist.²³ Eine generelle Ausdehnung des Begriffes auf sonstige Behandlungen wird von der Rsp aber abgelehnt. So hat der OGH ausgesprochen, dass wissenschaftliche oder experimentelle Versuche an Menschen, die keiner derartigen Behandlung des Betroffenen dienen, nicht unter eine medizinische Behandlung iSv § 110 StGB fallen.²⁴ Anders sieht dies jedoch die hL und geht davon aus, dass auch sog sonstige Behandlungen tatbestandsmäßig sind.²⁵ Wie bereits oben erwähnt dient § 110 StGB dazu, das medizinische Selbstbestimmungsrecht des Behandelten zu schützen. Neben medizinisch indizierten und lege artis durgeführte Behandlungen²⁶ werden vom Tatbestand auch Behandlungen erfasst, die nicht nach den Regeln der Schulmedizin vorgenommen wurden²⁷ bzw uU auch nicht medizinisch indiziert sind.²⁸

Da auch die Tätigkeit von Heilpraktikern, Homöopathen oder sogar Geisterheilern zu den von § 110 StGB erfassten Heilbehandlungen zählen, fallen jedenfalls auch sanitätsdienstliche Maßnahmen im Zuge der allgemeinen Tätigkeit eines Rettungssanitäters unter den Begriff der Heilbehandlung.²⁹ Zu den allgemeinen Aufgaben eines Sanitäters zählen neben der qualifizierten Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen unter anderem die selbstständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen, die Blutentnahme aus den Kapillargefäßen, die Hilfestellung bei auftretenden Akutsituationen, die Verabreichung von Sauerstoff sowie die Beurteilung, Wiederherstellung bzw Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen Körperfunktionen.³⁰ Unter dieses sehr allgemein gefasste Tätigkeitsbild eines Rettungssanitäters fallen unter anderem sanitätsdienstliche Maßnahmen wie zB die Blutzuckermessung, die Schienung von Extremitäten und der Wirbelsäule (einschließlich der Helmabnahme), die Wundversorgung, die Reanimation (inkl. Defibrillation mit halbautomatischen Geräten und Intubation mittels Larynxtracheotomie) etc. Jedenfalls nicht Teil der sanitätsdienstlichen Maßnahmen sind die Gabe von Medikamenten (ausgenommen Sauerstoff), die Intubation mittels Endotrachealtubus sowie das Legen einer Venenverweilkanüle. Sobald eine Maßnahme zu den medizinischen Heilbehandlungen iSv § 110 StGB zu zählen ist, ist es allerdings unerheblich ob der Sanitäter durch sein Handeln seine berufsbedingten Kompetenzen überschreitet, solange er ohne Einwilligung des Patienten behandelt.

²³ *Maleczky*, Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung ÖJZ 1994, 681.

²⁴ OGH 9 Os 121/84 = RS0093203; ÖJZ-LSK 1984/194.

²⁵ *Wessely* in *Mitgutsch/Wessely*, Handbuch Strafrecht BT I § 110 Rz 5; *Birklbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 110 Rz 7.

²⁶ *Fuchs/Reindl-Krauskopf*, BT I⁵ 108 f; *Zagler*, Strafrecht BT (2000) § 110 Rz 2.

²⁷ *Bertel/Schweighofer/Venier*, BT I¹³ § 110 RZ 4; *Tipold* in *Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 110 Rz 6; *Birklbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 110 RZ 7; *Kletečka* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap. I.4.1.

²⁸ *Schmoller* in *SbgK* § 110 Rz 24.

²⁹ *Birklbauer* in *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht² X. Rz 86.

³⁰ § 9 SanG.

b) Einwilligung

Von grundlegender Bedeutung ist, ob eine Einwilligung seitens des zu Behandelnden vorliegt oder nicht. Liegt eine wirksame Einwilligung in die Behandlung vor, schließt dies stets die Tatbestandsmäßigkeit des Handelns aus.³¹ Dabei muss die Zustimmung bereits zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns vorliegen und kann sowohl ausdrücklich (mündlich bzw schriftlich) als auch konkludent ergehen.

Bevor überhaupt eine Einwilligung erfolgen kann, ist zunächst eine Aufklärung über Art und Tragweite der Behandlung erforderlich. Durch die Aufklärung eines einsichts- und urteilsfähigen Patienten wird dieser miteinbezogen und somit Teil der medizinischen Behandlung. Der Aufklärende hat dabei darauf Rücksicht zu nehmen, dem Patienten die, zum Teil auch komplexen Eingriffe oder Behandlungsmethoden auf verständliche Art und Weise näher zu bringen.³² Auf diesem Wege sollen dem Patienten die notwendigen Informationen vermittelt werden, sodass dieser hinreichend abschätzen kann, welche Folgen die Behandlung oder die Ablehnung der Selbigen haben kann (informed consent).³³ Zu beachten ist jedoch, dass die Dringlichkeit einer Behandlung zugleich eine Einschränkung der Aufklärungspflicht sein kann. Umso dringender ein Eingriff von Nöten ist, umso bescheidener kann bzw muss aus Zeitgründen folglich die Aufklärung ausfallen.³⁴ Aufbauend auf den erhaltenen Informationen steht es dem Patienten frei, eine Entscheidung bezüglich der angedachten Behandlung zu treffen. Hat eine Person einmal einer Behandlung zugestimmt, steht es ihr jederzeit frei, die Zustimmung zu widerrufen.³⁵

Die Einwilligungsfähigkeit hängt im Allgemeinen nicht vom Alter, also der Volljährigkeit oder Erreichen der Mündigkeit ab. Vielmehr wird dabei auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit (Fähigkeit, die Tragweite seiner Entscheidung einschätzen zu können) der Person abgestellt.³⁶ Schütz führt dazu treffend aus: „Es kommt auf die Fähigkeit der konkreten Person im konkreten Einwilligungszustand bezogen auf den konkreten Einwilligungsinhalt an.“³⁷ Diese markiert die Schwelle zwischen fürsorglicher Fremdbestimmung und autonomer Selbstbestimmung.³⁸ Mit dem Erreichen der Volljährigkeit ist in der Regel vom Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit auszugehen, sie wird gem § 173 ABGB im Zweifelsfall bereits

³¹ Schmoller in SbgK § 110 Rz 35; Soyer/Schumann in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 14.

³² Birklbauer/Hilf/Tipold, BT I³ § 110 Rz 9.

³³ Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.1f; Brandstetter/Zahl, Die strafrechtliche Haftung des Arztes, RdM 1994, 17.

³⁴ Brandstetter/Zahl, Die strafrechtliche Haftung des Arztes, RdM 1994, 17.

³⁵ Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ § 110 Rz 13.

³⁶ Soyer/Schumann in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 16; Bertel/Schweighofer/Venier, BT I¹³ § 110 Rz 7; Wessely in Mitgutsch/Wessely, Handbuch Strafrecht BT I § 110 Rz 8.

³⁷ Schütz in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 90 Rz 32.

³⁸ Gleixner-Eberle, Die Einwilligung in die medizinische Behandlung Minderjähriger 41.

bei 14-Jährigen, also mündigen Minderjährigen, vermutet. Hat eine Person einmal die Urteils- und Einsichtsfähigkeit erlangt, kann sie diese auch wieder verlieren. Gründe, die zum temporären Verlust dieser Fähigkeit führen können, sind etwa der Konsum von Alkohol, Drogen oder die Einnahme von bewusstseinsstrübenden Medikamenten. Zu einem längerfristigen oder auch dauerhaften Verlust können unter anderem Krankheiten wie Alzheimer oder Demenz führen.

Ist der Behandelnde zur Auffassung gelangt, dass sein Gegenüber einsichts- und urteilsfähig ist, kann der Patient nur mehr persönlich in die Behandlung einwilligen. Einer weiteren Zustimmung eines Dritten bedarf es auf Grund der Ausgestaltung als höchstpersönliches Recht nicht mehr.³⁹

Unterlässt es der Behandelnde vor Behandlungsbeginn, die Einwilligung des Patienten einzuholen, so handelt er entsprechend dem Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung. Freilich ist gem § 110 StGB auch zu bestrafen, wer den Patienten entgegen einer ausdrücklichen Behandlungsverweigerung medizinisch behandelt.⁴⁰

3. Subjektiver Tatbestand

§ 110 StGB ist ein Vorsatzdelikt. Um den Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung auch auf subjektiver Seite zu erfüllen, muss der Täter bezüglich aller objektiven Tatbestandsmerkmale, also insbesondere auch hinsichtlich des Fehlens einer Einwilligung, zumindest mit *dolus eventualis* (§ 5 Abs 1 StGB) gehandelt haben, wobei bereits bloßes Mitbewusstsein ausreichend ist.⁴¹ Mitbewusstsein liegt dann vor, wenn der Täter zwar gerade nicht an bestimmte Umstände denkt, diese aber derart in seinem Bewusstsein gefestigt sind, dass er sie auch während der Tat in sein Bewusstsein rufen könnte.⁴² Kann das gefestigte Wissen vom Täter während der Tathandlung, nach entsprechendem Appell, aktualisiert werden, liegt bereits Mitbewusstsein vor.⁴³ Der Vorsatz muss sich daher zum einen auf die Behandlung an sich und zum anderen vor allem auch auf das Fehlen einer wirksamen Einwilligung beziehen.⁴⁴

³⁹ *Kletečka* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap. I.4.4.2.1.

⁴⁰ *Moos*, Sterbehilfe, Selbstmord und die ärztliche Behandlungspflicht von Suizidpatienten, in *Birklbauer*, Recht zu sterben oder Pflicht zu leben? 15.

⁴¹ *Wegscheider*, StGB BT² 152; *Soyer/Schumann* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 110 Rz 30.

⁴² *Steininger*, AT I² Kap 8 Rz 17; *Reindl-Krauskopf* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 5 RZ 17; *Schmoller* in *SbgK* § 5 Rz 39.

⁴³ *Steininger*, AT I² Kap 8 Rz 17.

⁴⁴ *Wessely* in *Mitgutsch/Wessely*, Handbuch Strafrecht BT I § 110 Rz 16.

4. Regelung des § 110 Abs 2 StGB

Gerade in der Notfallmedizin von großer Relevanz ist der besondere Rechtfertigungsgrund des § 110 Abs 2 StGB. Demnach ist der Behandelnde nicht zu bestrafen, wenn er die Einwilligung des Patienten nicht eingeholt hat, weil durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet gewesen wäre. Wichtig ist an dieser Stelle, dass der Behandelnde die Einwilligung des Patienten tatsächlich auf Grund der Dringlichkeit der Gefahrenlage nicht einholen konnte.⁴⁵ Hat also tatsächlich eine akute Gefahr für Leib und Leben bestanden, entfällt die Strafbarkeit des Täters, auch wenn er keine Einwilligung eingeholt hat. Zumal § 110 Abs 2 StGB den Willen des Patienten vermutet, im Notfall auch ohne ausdrückliche Einwilligung behandelt zu werden,⁴⁶ ist eine Rechtfertigung jedenfalls dann ausgeschlossen, wenn der Patient eine Behandlung bereits im Vorhinein ausdrücklich abgelehnt hat oder jedenfalls auch dann, wenn eine Patientenverfügung vorliegt.⁴⁷ Neben § 110 StGB sehen noch § 8 Abs 3 KAKuG, § 173 Abs 3 ABGB (einsichts- und urteilsunfähige Kinder) und § 283 Abs 3 ABGB (beschwaltete Personen) ähnliche Rechtfertigungserfordernisse vor.⁴⁸

Geht der Behandelnde jedoch fahrlässig davon aus, dass der Aufschub der Behandlung, um eine Einwilligung einzuholen, das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährden würde, so hat er grundsätzlich iSv § 8 StGB irrtümlich einen rechtfertigenden Sachverhalt angenommen, der folglich die Rechtswidrigkeit der Tat ausschließen würde. Dem entgegen hat jedoch der Gesetzgeber in § 110 Abs 2 StGB eine eigene Fahrlässigkeitsstrafbarkeit normiert. Nimmt der Täter objektiv sorgfaltswidrig an, dass der Aufschub der Behandlung, um eine Einwilligung einzuholen, das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährden würde, ist er ebenfalls nach Abs 1 zu bestrafen, sofern er auch subjektiv sorgfaltswidrig gehandelt hat.⁴⁹

§ 110 Abs 2 StGB erfasst somit jene Fälle, in denen es dem Behandelnden nicht möglich ist bzw nicht möglich erscheint, die erforderliche Einwilligung vom Patienten einzuholen. In Betracht kommen hier Fälle, in denen der Patient bewusstlos oder stark berauscht (z.B. Alkohol, Drogen) ist, sich in der Nachschlafphase nach einem epileptischen Anfall befindet, stark bewusstseinsverändert ist (zB Hypo-/Hyperglykämie) oder in denen sich während einer Operation (erweiterte Operation) die Umstände wesentlich verändern.

⁴⁵ Schmoller in SbgK § 110 Rz 23; Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ §110 Rz 17.

⁴⁶ Birklbauer/Hilf/Tipold, BT I³ § 110 Rz 9.

⁴⁷ Soyer/Schumann in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 32 f; Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ §110 Rz 19.

⁴⁸ Birklbauer/Hilf/Tipold, BT I³ § 110 Rz 19.

⁴⁹ Birklbauer/Hilf/Tipold, BT I³ § 110 Rz 16; Soyer/Schumann in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 33.

5. Privatanklagedelikt

Grundsätzlich gilt gem § 2 StPO in Österreich der Grundsatz der Amtswegigkeit (Offizialprinzip). Das Recht, jemanden wegen einer Straftat zu verfolgen, kommt somit eigentlich nur dem Staat zu. Die Ausnahme von dieser Regel stellen die sog Privatanklagedelikte dar. Anders als sonst wird hier die Straftat nicht von der StA und Kripo, sondern vom Privatankläger selbst verfolgt und aufgeklärt.⁵⁰ Das Opfer der Straftat hat es selbst in der Hand, ob es die Straftat verfolgen will oder nicht.⁵¹ Ob es sich bei einem Delikt um ein Privatanklagedelikt iSv § 71 StPO handelt, legt das materielle Recht selbst fest.⁵² Gem § 110 Abs 3 StGB ist der Täter im Fall einer eigenmächtigen Heilbehandlung nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen. Entsprechend handelt es sich bei der eigenmächtigen Heilbehandlung um ein Privatanklagedelikt, weshalb es somit nicht von der StA verfolgt werden kann und darf.⁵³ Das Strafverfahren leitet der Privatankläger in der Folge selbst ein, indem er beim zuständigen Gericht eine Anklage einbringt.⁵⁴ Als höchstpersönliches Recht berechtigt die Anklagelegitimation lediglich das Opfer selbst und kann nicht auf Angehörige oder sonstige Personen übertragen werden.⁵⁵ Nur für den Fall, dass die Heilbehandlung an einer besachswalteten oder noch unmündigen Person vorgenommen wurde, ist es Sache des gesetzlichen Vertreters, nach gerichtlicher Genehmigung das Privatanklagerecht auszuüben.⁵⁶ Das bedeutet, dass für den Fall, dass das Opfer der eigenmächtigen Heilbehandlung verstirbt, keine Anklage erhoben werden kann. Zumal im Falle der eigenmächtigen Heilbehandlung das Opfer selbst für die Strafverfolgung des Täters zuständig ist, kommt es nur sehr selten zu einer Anklage und in weiterer Folge zu einer Verurteilung wegen § 110 StGB.

6. Abgrenzung und Konkurrenzen

Während auf der einen Seite die §§ 83 ff StGB den Schutz der körperlichen Integrität zum Ziel haben, soll § 110 StGB lediglich den freien Willen des Patienten garantieren. Führt der Täter eine Heilbehandlung nicht iSd Schulmedizin durch, ist er für den Fall, dass die Behandlung misslingt, gem § 88 StGB (Fahrlässige Körperverletzung) strafbar. Sofern der Täter darüber hinaus eigenmächtig gehandelt hat, ist auch eine Strafbarkeit gem § 110 StGB denkbar.⁵⁷ Verletzt der Täter also beide Rechtsgüter, muss er damit rechnen, dass er sich

⁵⁰ Bertel/Venier, Strafprozessrecht⁸ Rz 12.

⁵¹ Seiler, Strafprozessrecht¹² Rz 29.

⁵² Korn/Zöchbauer in Fuchs/Ratz, WK StPO § 71 Rz 1.

⁵³ Bertel/Venier, Strafprozessrecht⁸ Rz 162.

⁵⁴ Kirschenhofer in Schmölzer/Mühlbacher, StPO Praktikerkommentar^{1.02} § 71 Rz 10.

⁵⁵ Wessely in Mitgutsch/Wessely, Handbuch Strafrecht BT I § 110 Rz 23; Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ § 110 Rz 21.

⁵⁶ Birklbauer/Hilf/Tipold, BT I³ § 110 Rz 22.

⁵⁷ Soyler/Schumann in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 37.

zusätzlich zum Körperverletzungsdelikt auch gem § 110 StGB strafrechtlich haftbar macht. Ist die durchgeführte Behandlung nicht medizinisch indiziert, gehen die Meinungen in der Lehre auseinander. Zwar ist man sich darüber einig, dass in der Folge durchaus eine Strafbarkeit iSv §§ 83 ff StGB in Frage kommen kann, jedoch nimmt ein Teil der Lehre an, dass dadurch § 110 StGB als subsidiär zurücktritt.⁵⁸ Ein anderer Teil der Lehre geht diesbezüglich jedoch von einer echten Konkurrenz aus.⁵⁹

⁵⁸ *Soyer/Schumann* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 110 Rz 37; *Schmoller* in *SbgK* § 110 Rz 29; *Wessely* in *Mitgutsch/Wessely*, Handbuch Strafrecht BT I § 110 Rz 22.

⁵⁹ *Birkbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 110 Rz 20; *Tipold* in *Leukauf/Steininger*, StGB⁴ §110 Rz 22.

III. Ausgewählte Probleme im Rettungsdienst

A. Reanimation und Patientenverfügung

1. Problemstellung

Eine Patientenverfügung im Reanimationsfall kann für die Sanitäter am Einsatzort zu einer außerordentlich schwierig zu lösenden Angelegenheit werden. Gerade dann, wenn das Einsatzteam feststellt, dass der Patient einen Atem-Kreislauf-Stillstand hat und entsprechend lebensrettende Sofortmaßnahmen (Reanimation) von Nöten sind, benötigt die Versorgung des Patienten die gesamte Aufmerksamkeit und Konzentration der Sanitäter. Wenn dann dem Einsatzteam mitgeteilt wird, dass eine Patientenverfügung für den Reanimationsfall vorhanden sei, bzw den Sanitätern bereits kurz nach dem Eintreffen am Einsatzort „unter die Nase gehalten wird“, entsteht jedenfalls auch aus juristischer Sicht eine schwierige Situation. Darf der Patient nun behandelt werden oder nicht? Macht man sich unter Umständen sogar strafbar, wenn man den Patienten behandelt?

2. Patientenverfügung allgemein

Gem § 9 Abs 1 Z 4 SanG gehört zum Tätigkeitsbereich eines Rettungssanitäters die qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen. Dabei definiert § 9 Abs 2 SanG lebensrettende Sofortmaßnahmen als die Beurteilung, Wiederherstellung bzw Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen, die Defibrillation mit halbautomatischen Geräten, die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die sanitätsdienstliche Durchführung des Transports. Dabei setzt, wie oben näher ausgeführt, jede Hilfeleistung die Einwilligung des Betroffenen voraus. Es steht dem Patienten auch frei, lebenserhaltende Maßnahmen wie zB eine Reanimation abzulehnen. Nachdem ein Patient in der Folge eines Atem-Kreislauf-Stillstandes aber jedenfalls, auf Grund der damit einhergehenden Bewusstlosigkeit, nicht mehr in der Lage ist, die Behandlung ausdrücklich abzulehnen, kann er für den genannten Fall von einer Patientenverfügung Gebrauch machen.

In Österreich gibt es die Möglichkeit der Behandlungsverweigerung durch eine Patientenverfügung seit dem 1.6.2006 – also bereits seit mittlerweile über 10 Jahren –, und sie ist im PatVG geregelt.⁶⁰ Unter einer Patientenverfügung iSd PatVG ist eine antizipierte Willenserklärung zu verstehen, mit der der Patient eine konkrete medizinische Behandlung ablehnt, und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht

⁶⁰ BGBl I 2006/55.

einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist.⁶¹ Ob eine Person eine Patientenverfügung errichten kann, ist nicht von einem bestimmten Mindestalter abhängig. § 3 PatVG knüpft diesbezüglich an der allgemeinen Urteils- und Einsichtsfähigkeit des Menschen an. Im Zweifel wird, wie oben bereits angeführt, gem § 173 Abs 1 S 1 HS 2 ABGB das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit bereits bei mündigen Minderjährigen vermutet. Eine Person kann per Patientenverfügung grundsätzlich alle erdenklichen Behandlungen ablehnen. Eine Ablehnung kann sich also unter anderem auch auf den Fall der Reanimation beziehen.⁶² Zurzeit ist in Österreich die aktive Sterbehilfe jedenfalls verboten, weshalb durch eine Patientenverfügung nur die Ablehnung einer Behandlung zulässig ist.⁶³ Anders als in Deutschland kann ein Patient in Österreich nicht bereits im Vorhinein per Verfügung in künftige Behandlungen einwilligen.⁶⁴

a) Verbindliche Patientenverfügung

Das PatVG unterscheidet zwischen zwei Arten, einer verbindlichen und einer beachtlichen Patientenverfügung.⁶⁵ Verfügt ein Patient über eine verbindliche Patientenverfügung iSd §§ 4-7 PatVG, so ist diese für das behandelnde Personal jedenfalls bindend und einer aktuellen Behandlungsverweigerung eines urteils- und einsichtsfähigen Patienten gleichzusetzen.⁶⁶ Auf Grund dessen ist die Errichtung einer verbindlichen Verfügung an strenge Formerfordernisse gebunden. Eine verbindliche Verfügung ist gem § 7 PatVG fünf Jahre lang gültig und muss unter Einhaltung aller Errichtungsschritte erneuert werden. Sollte der Patient innerhalb der Fünfjahresfrist seine Einsichts-, Urteils- oder Äusserungsfähigkeit verlieren, so bleibt die Verfügung gültig bestehen.⁶⁷ Die Voraussetzungen für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung gem §§ 4 ff PatVG werden im Folgenden geschildert:

Grundvoraussetzung für die Errichtung einer Patientenverfügung ist gem § 3 PatVG, wie oben bereits angeführt, dass der Patient bei der Errichtung einsichts- und urteilsfähig ist. Da die Errichtung höchstpersönlich zu erfolgen hat, ist die Errichtung durch einen Vertreter jedenfalls nicht möglich.⁶⁸ Weiters muss die medizinische Behandlung, die Gegenstand der Ablehnung ist, konkret beschrieben sein bzw eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen.⁶⁹ Es ist aber auch durchaus denkbar, dass der Patient durch die Verweigerung mehrerer Behandlungsmethoden erwirkt, dass nur eine ganz bestimmte

⁶¹ § 2 Abs 1 PatVG.

⁶² *Kerschner/Lang*, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht als neue Vorsorgeinstrumente RFG 2007, 175.

⁶³ *Hinteregger/Ferrari*, Familienrecht⁷ 288.

⁶⁴ *Gleixner-Eberle*, Die Einwilligung in die medizinische Behandlung Minderjähriger 100.

⁶⁵ §§ 4 ff PatVG.

⁶⁶ *Memmer*, Patientenverfügungen iFamZ 2006, 71; OGH 9 Ob 68/11g.

⁶⁷ § 7 Abs 3 PatVG.

⁶⁸ *Traar/Pesendorfer/Fritz/Barth*, Sachwalterrecht und Patientenverfügung (2015) § 3 PatVG Rz 1.

⁶⁹ § 4 PatVG.

Methode angewendet werden kann/darf.⁷⁰ Bezüglich der Begriffserklärung der medizinischen Behandlung kann an dieser Stelle auf oben⁷¹ verwiesen werden, da der Begriff der medizinischen Behandlung des PatVG dem des § 110 StGB entspricht.⁷² Darüber hinaus muss aus der Patientenverfügung hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Verfügung zutreffend einschätzt.⁷³

Zusätzlich zu den genannten inhaltlichen Voraussetzungen der Verfügung muss eine verbindliche Patientenverfügung zwingend unter Einhaltung folgender besonderer Formvorschriften errichtet werden:

- Der Errichtung der Patientenverfügung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung vorausgehen.
- Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt.
- Die Verfügung ist schriftlich vor einem Rechtsanwalt, Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretung unter Angabe des Datums zu errichten.
- Dabei ist der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs zu belehren.
- Der Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundige Mitarbeiter der Patientenvertretungen hat die Vornahme dieser Belehrung in der Patientenverfügung unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren.

b) Beachtliche Patientenverfügung

Wurde eine Verfügung nicht unter Einhaltung aller oben angeführten Voraussetzungen errichtet, hat dies nicht deren gänzliche Unwirksamkeit zur Folge.⁷⁴ Gem §§ 8 f PatVG ist eine solche – beachtliche Patientenverfügung genannt – für die Ermittlung des Patientenwillens heranzuziehen, wobei ihr umso mehr Beachtung zu schenken ist, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt.⁷⁵ Zumal beachtliche

⁷⁰ Kletečka-Pulker in Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 83.

⁷¹ siehe II.B.2.a).

⁷² Memmer/Till, Patientenverfügung und Rettungsdienst ZfG 2016, 4 (4); Weitzenböck in Schwimann, ABGB-TaKom³ § 173 Rz 2; Stabentheiner in Rummel, ABGB³ § 146d ABGB; Hopf in KBB³ § 146c Rz 2. § 4 PatVG.

⁷⁴ Ploier/Petutschnigg, Patientenverfügung 38ff; Kathrein in Memmer/Kern, Patientenverfügungsgesetz 28.

⁷⁵ § 9 PatVG; Welser in Rummel/Lukas, ABGB⁴ § 531 Rz 22; ErläutRV 1299 BlgNR 22. GP 8 f; Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.8.3.2.1.

Patientenverfügungen keine absolut bindende Wirkung entfalten und somit für die an der Behandlung Beteiligten nicht zwingend zu befolgen ist,⁷⁶ beziehen sich die unten folgenden Ausführungen ausschließlich auf verbindliche Patientenverfügungen.

c) Patientenverfügung und Notfälle:

Um sich überhaupt an eine Patientenverfügung halten zu können, muss diese dem behandelnden Personal zunächst einmal zugehen. Von eminenter Bedeutung ist dabei die Frage, ob die Rettungskräfte bezüglich einer Patientenverfügung eine Suchpflicht trifft, oder ob vielmehr der Patient dafür Sorge zu tragen hat, dass die Behandelnden zumindest die Möglichkeit haben, von der Patientenverfügung Kenntnis zu erlangen. Hat eine Person eine gültige Patientenverfügung iSd §§ 4 ff PatVG errichtet, hat sich diese nach hA im Fall der Fälle auch darum zu kümmern, dass sie dem Arzt oder den Sanitäter bekannt wird (Bringschuld).⁷⁷ Erst wenn die Verfügung iSd Empfangstheorie zugegangen ist, kann sie auch tatsächlich rechtliche Wirkung entfalten.⁷⁸ Da die Patientenverfügung eine Willenserklärung ist, gilt sie iSv § 862a ABGB als zugegangen, wenn sie derart in den Machtbereich des Empfängers (in casu Arzt oder Sanitäter) gelangt ist, dass nach den gewöhnlichen Umständen mit der Kenntnisnahme gerechnet werden konnte.⁷⁹ Aus einem Umkehrschluss zu § 12 PatVG kann man darauf schließen, dass zumindest geringfügige Nachforschungen angestellt werden müssen, ob eine Verfügung vorhanden ist oder nicht. Das heißt, dass es jedenfalls zumutbar ist, die mitgeführten Patientenpapiere oder Dokumente nach einer Patientenverfügung oder einer Hinweiskarte zu durchsuchen.⁸⁰ Eine solche Nachschaupflicht ergibt sich nicht zuletzt bereits auch aus der allgemeinen Tätigkeit eines Sanitäters oder Arztes. Es kann durchaus vorkommen, dass ein Patient Hinweise bezüglich etwaiger Vorerkrankungen (Epilepsie, Diabetes, etc.), seiner Medikamentierung oder Allergien bei sich trägt. Im Zuge einer ordentlichen Anamnese ist es grundsätzlich die Pflicht eines ordentlichen Sanitäters⁸¹ oder Arztes⁸², mögliche Vorerkrankungen des Patienten festzustellen. Auf Grund der Nachschaupflicht der behandelnden Personen kann der Patient davon ausgehen, dass nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge mit der Kenntnisnahme der Patientenverfügung gerechnet werden kann, diese also zugegangen ist.

⁷⁶ *Kathrein*, Das Patientenverfügungs-Gesetz, ÖJZ 2006/34 565 f.

⁷⁷ SWRÄG RV 1420 BlgNr 22. GP, 30; *Barth* in *Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker*, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 114 f; *Ploier/Petutschnigg*, Patientenverfügung 110; *Traar/Pesendorfer/Fritz/Barth*, Sachwalterrecht und Patientenverfügung (2015) § 12 PatVG Rz 4.

⁷⁸ *Kletečka-Pulker* in *Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker*, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 86.

⁷⁹ *Memmer*, Patientenverfügungen iFamZ 2006, 71 f; *Rummel* in *Rummel/Lukas* ABGB⁴ § 862a Rz 2; *Barth* in *Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker*, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 114 f;

Wiebe in *Kletečka/Schauer*, ABGB-ON^{1.02} § 862a Rz 2.

⁸⁰ *Barth* in *Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker*, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 114 f; so auch *Perner*, Ärztliche Nachforschungspflicht und ELGA, ÖJZ 2013/123 (1054).

⁸¹ Österreichisches Rotes Kreuz, Rettungshilfe (2014), A. 16 ff

⁸² *Memmer* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap. I.8.4.1.1.

Durch das PatVG bleibt die medizinische Notfallversorgung grundsätzlich unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.⁸³ In diesen Fällen geht zwingend die Versorgung sowie die Stabilisierung des Notfallpatienten gegenüber der Suche einer uU vorhandenen Patientenverfügung vor.⁸⁴ Unter einem Notfall werden im Zusammenhang mit § 12 PatVG all jene Situationen verstanden, in denen eine mit der Suche einer Patientenverfügung verbundene zeitliche Verzögerung notwendiger medizinischer Interventionen eine (wahrscheinliche und schwere) Lebens- oder Gesundheitsgefahr nach sich ziehen würde.⁸⁵ Aus dem Wortlaut von § 12 PatVG geht dabei im Umkehrschluss hervor, dass für eine an der Behandlung beteiligte Person, sofern keine akuter lebens- oder gesundheitsgefährdender Notfall vorliegt, eine zumutbare Nachschaupflicht besteht.⁸⁶ In der Lehre wird vertreten, dass es zumindest zumutbar ist, dass der Behandelnde die mitgeführten Papiere des Patienten durchsieht.⁸⁷ Die Notfallregelung des § 12 PatVG beschränkt sich dabei jedoch nicht nur auf die Suche nach einer uU vorhandenen Patientenverfügung, sondern erstreckt sich auch auf jene Fälle, in denen eine Verfügung bereits vorgelegt bzw gefunden wurde und in der Folge noch auf ihre Gültig- und Verbindlichkeit überprüft werden muss.⁸⁸ Das bedeutet, dass auch die nähere Prüfung einer bereits vorliegenden Patientenverfügung hintanzustellen ist, wenn durch den dafür benötigten zeitlichen Aufwand eine ernstliche Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit des Patienten droht.⁸⁹

3. Vorgehensweise in der Praxis

Im Jahr 2014 hat eine Studie des Instituts für Ethik und Medizin der Universität Wien ergeben, dass nur rund 4% der Österreicher errichtet haben,⁹⁰ wovon schlussendlich nur ca. ein Drittel verbindlich war.⁹¹ Dementsprechend ist klar, dass Patientenverfügungen in der Praxis kaum Bedeutung für Sanitäter haben. Zum einen wird diese Form der Behandlungsverweigerung in der Ausbildung nur am Rande behandelt, zum anderen kommt es bei Einsätzen nur äußerst selten vor, dass sich ein Sanitäter mit einer Patientenverfügung auseinandersetzen muss. So ist es eher die Regel, dass selbst altgediente oder berufliche

⁸³ § 12 PatVG.

⁸⁴ Ploier/Petutschnigg, Patientenverfügung 110 f.

⁸⁵ Leitner in ÖGERN, Notfallmedizin am Lebensende 88; Ploier/Petutschnigg, Patientenverfügung 111.

⁸⁶ Traar/Pesendorfer/Fritz/Barth, Sachwalterrecht und Patientenverfügung (2015) § 12 PatVG Rz 5; Barth in Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 114 f.

⁸⁷ Memmer/Till, Patientenverfügung und Rettungsdienst, ZfG 2016, 4 (6); Barth in Körtner/Kopetzki/Kletečka Pulker, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 114 f.

⁸⁸ Traar/Pesendorfer/Fritz/Barth, Sachwalterrecht und Patientenverfügung (2015) § 12 PatVG Rz 2.

⁸⁹ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² 166.

⁹⁰ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² 167.

⁹¹ Burgstaller, Sterbehilfe und Strafrecht in Österreich, JAP 2009/2010, 202.

Sanitäter im Dienst noch nie mit einer Patientenverfügung in Berührung gekommen sind. In der Ausbildungsmappe des Österreichischen Roten Kreuzes werden dem Thema Patientenverfügung nur zwei kleine Absätze gewidmet. Daraus geht kaum hervor, wie eine gültige Verfügung auszusehen hat. Zwar wird darauf hingewiesen, dass das Gesetz gewisse Formvorschriften vorsieht (Errichtung vor Notar/Rechtsanwalt/Patientenanwaltschaft, vorherige ärztliche Aufklärung, nicht älter als fünf Jahre),⁹² ob sich jedoch mit Hilfe dieser spärlichen Information ein Sanitäter tatsächlich im Stande sieht, im Ernstfall die Gültigkeit einer Verfügung zu bewerten, sei an dieser Stelle dahingestellt.

Betrachtet man die oben angeführten Formerfordernisse genauer, muss man feststellen, dass die genaue Gültigkeitsprüfung durchaus eine komplexe Angelegenheit werden kann. Zwar sind die im PatVG angeführten kumulativ erforderlichen Voraussetzungen – im Hinblick auf die Brisanz der zu regelnden Angelegenheit – jedenfalls notwendig, so führt jedoch die Vielzahl an Erfordernissen auch dazu, dass es kaum möglich sein wird, in kurzer Zeit festzustellen, ob es sich um eine verbindliche oder doch nur um eine beachtliche Patientenverfügung handelt. Angesichts der Tatsache, dass es somit für einen Sanitäter, sei es ein beruflicher/ehrenamtlicher Mitarbeiter oder Zivildienstler, kein Leichtes ist, die tatsächliche Verbindlichkeit einer Patientenverfügung festzustellen, wird eine solche in der Praxis von Sanitätern grundsätzlich nicht beachtet. Erst ein zur weiteren Versorgung hinzugerufener Arzt/Notarzt soll in der Folge über die Gültigkeit der Patientenverfügung und den damit verbundenen Behandlungsabbruch entscheiden.

4. Patientenverfügung iZm § 110 StGB

Nachdem eine verbindliche Patientenverfügung einer aktuellen Behandlungsverweigerung einer urteils- und einsichtsfähigen Person gleichzuhalten ist,⁹³ entsteht iZm § 110 StGB erst dann ein Problem, wenn eine solche vom Behandelnden missachtet wird. Ob sich der Behandelnde durch die Missachtung einer verbindlichen Verfügung tatsächlich strafbar macht, hängt jedoch stark von der konkreten Situation ab. Vor allem in Notfallsituationen kann eine eigenmächtige Behandlung auch dann gerechtfertigt sein, wenn der Patient eine gültige Patientenverfügung besitzt.⁹⁴

⁹² Österreichisches Rotes Kreuz, Rettungshilfe (2016), C 7.

⁹³ Traar/Pesendorfer/Fritz/Barth, Sachwalterrecht und Patientenverfügung (2015) § 1 PatVG Rz 4.

⁹⁴ § 12 PatVG; § 110 Abs 2 StGB.

a) Missachten einer bekannten Verfügung

Missachtet der Behandelnde eine verbindliche Verfügung des Patienten,⁹⁵ obwohl ihm diese samt Inhalt bekannt war, handelt er entgegen einer ausdrücklichen Behandlungsverweigerung, wodurch bereits der objektive Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung erfüllt ist. Handelt der Täter zudem vorsätzlich, wobei bereits *dolus eventualis* (§ 5 Abs 1 StGB) genügt, macht er sich iSv § 110 StGB gerichtlich strafbar. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die erfolgte Behandlung auf Grund eines Notfalls⁹⁶ erfolgt ist.⁹⁷ Der Arzt oder Sanitäter kann sich, sofern ihm die Verfügung bereits bekannt war, nicht iSv § 110 Abs 2 StGB darauf berufen, dass er die Einwilligung des Patienten nicht eingeholt hat, da ansonsten durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet gewesen wäre. Eine vorhandene und bekannte verbindliche Patientenverfügung ist einer vorhergegangenen ausdrücklichen Behandlungsverweigerung gleichzustellen und schließt eine Rechtfertigung nach § 110 Abs 2 StGB jedenfalls aus.⁹⁸ Ist dem Behandelnden lediglich bekannt, dass eine Patientenverfügung besteht, so ist es grundsätzlich seine Pflicht, sich vor Behandlungsbeginn mit der Verfügung vertraut zu machen, und er hat gegebenenfalls die Behandlung zu unterlassen.

Haben die Sanitäter oder der Arzt aber vor Behandlungsbeginn eine Patientenverfügung vorgelegt bekommen, und der Zustand des Patienten bedarf einer sofortigen Versorgung, da ansonsten das Leben oder die Gesundheit ernstlich gefährdet wäre, ändert sich die Situation. Zwar ist auch in dieser Fallkonstellation der objektive Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung erfüllt, jedoch lässt § 12 PatVG, wie oben angeführt, neben der Suche einer Verfügung auch eine nähere Prüfung derselben unberührt.⁹⁹ Das bedeutet in casu, dass hier eine Behandlung des Patienten der näheren Prüfung der Patientenverfügung vorgeht und somit eine Behandlung ohne Zustimmung gem § 110 Abs 2 StGB gerechtfertigt ist.

b) Missachten einer unbekanntem Verfügung

Hat der Patient eine Patientenverfügung und der Behandelnde missachtet diese, weil sie ihm gänzlich unbekannt war und auch nicht bekannt sein konnte, stellt sich die Frage, ob durch die Versorgung des Patienten ebenfalls der objektive Tatbestand der eigenmächtigen

⁹⁵ In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass der Patient zum Behandlungszeitpunkt nicht äusserungs- bzw urteils- und einsichtsfähig ist.

⁹⁶ Der Begriff des Notfalls bezieht sich in diesem Zusammenhang auf den oben näher ausgeführten Notfallbegriff der §§ 12 PatVG und 110 Abs 2 StGB.

⁹⁷ *Andreaus*, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 413.

⁹⁸ *Soyer/Schumann in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 32 f; Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ §110 Rz 19.*

⁹⁹ *Traar/Pesendorfer/Fritz/Barth, Sachwalterrecht und Patientenverfügung (2015) § 12 PatVG Rz 2; Andreaus, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 422.*

Heilbehandlung erfüllt ist und ob es folglich zu einer gerichtlichen Strafbarkeit kommen kann. Angesichts der Tatsache, dass eine Patientenverfügung für den Fall errichtet wurde, in dem der Patient selbst nicht mehr äusserungs- oder einsichts- und urteilsfähig ist,¹⁰⁰ kann der Patient selbst nicht mehr in die Notfallbehandlung einwilligen. Wird also ein einwilligungsunfähiger Notfallpatient im Zuge einer Erstversorgung medizinisch behandelt, hat der Behandelnde den objektiven Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung erfüllt. Fraglich bleibt in dieser Konstellation, inwieweit der Täter hier die subjektive Tatseite erfüllt. Damit der Täter § 110 Abs 1 StGB erfüllt, ist zumindest dolus eventualis erforderlich. Ob dem Arzt oder Sanitäter in diesem Fall ein Vorsatz angelastet werden kann, hängt davon ab, ob ihm bewusst war, dass er eigenmächtig handelt. Zwar wird man einem Arzt oder Sanitäter bei der Behandlung eines bewusstlosen Notfallpatienten nicht unterstellen können, dass er ausdrücklich daran denkt, das Opfer ohne dessen Einwilligung zu behandeln (Aktualwissen), allerdings kommt in casu jedenfalls Mitbewusstsein¹⁰¹ in Betracht. Auch wenn ein Arzt oder Sanitäter während der Behandlung eines bewusstlosen Notfallpatienten nicht daran denken wird, dass er gerade ohne Einwilligung, also eigenmächtig behandelt, kann er dieses Wissen, nach entsprechendem Appell, jederzeit abrufen. Ein Arzt oder Sanitäter weiß jedenfalls, dass eine Behandlung ohne Einwilligung des Patienten nicht vorgenommen werden darf. Auf Grund dessen ist in diesem Fall der Vorsatz des Täters, in casu dolus eventualis, zu bejahen. Ist der Täter jedoch kein Arzt oder Sanitäter, sondern ein normaler Ersthelfer, kann man wohl nicht von dessen Begleitwissen ausgehen, weshalb die Strafbarkeit des Ersthelfers bereits am Vorsatz scheitern würde.

Eine Strafbarkeit der Rettungskräfte entfällt jedoch, wenn sie ihr Handeln iSv § 110 Abs 2 StGB rechtfertigen können. Ausschlaggebend für die Rechtfertigung ist der Zeitpunkt, ab dem die Verfügung für den Behandelnden tatsächlich rechtlich von Belangen ist. Auf Grund der Tatsache, dass eine Patientenverfügung erst dann rechtliche Wirkung hervorruft, wenn sie iSd Empfangstheorie zugegangen ist,¹⁰² kann es nicht zum Ausschluss der Rechtfertigung iSv § 110 Abs 2 StGB kommen, wenn der Täter nicht einmal von der Existenz einer Verfügung wusste oder wissen musste/konnte. Eine medizinische Behandlung des Patienten wäre an dieser Stelle also iSv § 110 Abs 2 StGB gerechtfertigt.

c) Missachten einer mitgeführten Patientenverfügung

Trägt ein Patient seine verbindliche Patientenverfügung bei sich, kann er damit rechnen, dass die Verfügung von den behandelnden Personen auch tatsächlich zur Kenntnis

¹⁰⁰ § 2 Abs 1 PatVG.

¹⁰¹ siehe II.B.3

¹⁰² *Kletečka-Pulker* in *Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker*, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 86.

genommen werden kann. Aus dem, oben näher ausgeführten, Gegenschluss zu § 12 PatVG geht hervor, dass es dem behandelnden Personal zugemutet werden kann, den Patienten auf mitgeführte Dokumente zu durchsuchen.¹⁰³ Unterlässt es der Arzt oder Sanitäter also, den Patienten auf mitgeführte Patientenpapiere zu durchsuchen, ist die Verfügung iSd Empfangstheorie trotzdem zugegangen und entsprechend auch verbindlich. Wird der Patient in der Folge, entgegen seiner mitgeführten Verfügung, medizinisch behandelt, erfüllt der Behandelnde dadurch zumindest objektiv den Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung. Bezüglich des Vorsatzes kann in diesem Fall nach oben¹⁰⁴ verwiesen werden. Auf Grund des Begleitwissens von Arzt und Sanitäter ist der Vorsatz auch in dieser Konstellation zu bejahen. Die eigenmächtige Heilbehandlung lässt sich an dieser Stelle iSv § 110 Abs 2 StGB nicht mehr rechtfertigen, da die Verfügung dem Behandelnden auf Grund des Zugangs iSd Empfangstheorie bekannt sein hätte müssen. Der Täter handelt also entgegen einer ausdrücklichen Behandlungsverweigerung.

Schwieriger gestaltet sich die Situation hingegen im Falle eines Notfalls. Wie bereits erwähnt ist der Zugang iSd Empfangstheorie ausschlaggebend, ob eine verbindliche Patientenverfügung tatsächlich rechtliche Wirksamkeit, also Relevanz für Arzt oder Sanitäter, entfaltet. Nun kann gerade auch auf Grund der Nachschaupflicht des behandelnden Personals, mit der Wahrnehmung einer mitgeführten Verfügung gerechnet werden.¹⁰⁵ Nachdem aber § 12 PatVG für Notfälle vorsieht, dass die medizinische Notfallversorgung durch die Suche einer Patientenverfügung unberührt bleiben soll, muss es die logische Konsequenz sein, dass gerade in einer lebensbedrohlichen oder gesundheitsgefährdenden Notfallsituation nicht mit dem Zugang der Patientenverfügung gerechnet werden kann. Entsprechend kann die mitgeführte Patientenverfügung somit auch nicht rechtlich wirksam werden. Das heißt, dass eine mitgeführte Patientenverfügung im Notfall aus strafrechtlicher Sicht zu dem selbigen Ergebnis führt, wie im Falle des Missachtens einer unbekanntem Verfügung. Zwar ist hier, auf Grund der einwilligungslosen Behandlung, grundsätzlich das Delikt der eigenmächtigen Heilbehandlung objektiv erfüllt, jedoch rechtfertigen § 110 Abs 2 StGB iVm § 12 PatVG die eigenmächtige Behandlung auf Grund ihrer Dringlichkeit.

d) Uneinigkeit unter den Helfern

Durchaus denkbar ist auch der Fall, dass die Helfer am Einsatzort mit einer Patientenverfügung konfrontiert werden und während der Begutachtung Uneinigkeit über die

¹⁰³ *Barth in Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker*, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 114 f; so auch *Perner*, Ärztliche Nachforschungspflicht und ELGA, ÖJZ 2013/123 (1054).

¹⁰⁴ siehe diesbezüglich III.A.4.b)

¹⁰⁵ *Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap. I.8.4.1.1.

Verbindlichkeit der Verfügung entsteht. Kommt unter den Sanitätern Unsicherheit auf, ob die Verfügung nun verbindlich ist oder nicht und ob der Patient folglich behandelt werden darf oder nicht, ist der Behandlung des Patienten Vorrang einzuräumen.¹⁰⁶ Selbst dann, wenn sich nur einer von mehreren anwesenden Sanitäten oder Ärzten für eine Behandlung ausspricht, geht die Behandlung vor.¹⁰⁷ Das bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Behandlung des Patienten zwar ohne dessen Einwilligung erfolgt, die Patientenverfügung der Behandlung aber vorerst nicht im Weg steht. Entsprechend ist in diesem Fall wiederum der objektive Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung erfüllt, wobei aber die eigenmächtige Behandlung im Notfall gem § 110 Abs 2 StGB gerechtfertigt ist.

5. Fazit

Im Rettungsdienst geht bei Notfällen jedenfalls die Behandlung des Patienten vor. Erst dann, wenn es den anwesenden Einsatzkräften gelungen ist, den Patienten soweit zu stabilisieren, dass dieser nicht mehr die ungeteilte Konzentration und Aufmerksamkeit von Notarzt und Sanitätern benötigt, haben sich diese dem Thema Patientenverfügung zu widmen. Diesbezüglich hat auch das Gesundheitsministerium klargestellt, dass eine Patientenverfügung im Notfall, wenn es der Zustand des Patienten nicht zulässt, vorerst nicht zu beachten ist.¹⁰⁸ Nur dann, wenn eine verbindliche Verfügung bereits bekannt ist oder das Einsatzteam die nötige Zeit hat diese ausreichend zu begutachten, steht § 110 Abs 1 StGB der Behandlung des Patienten im Wege. Nach der Ansicht des Verfassers wird man im Grunde genommen im Rettungsdienst aber gut daran tun, sich im Zweifelsfall **immer** für das Leben, als höherwertiges Rechtsgut, zu entscheiden, auch wenn damit uU die Gefahr einhergeht sich gem § 110 StGB strafbar zu machen.

¹⁰⁶ Memmer/Till in Patientenverfügung und Rettungsdienst, ZfG 2016, 4 (5).

¹⁰⁷ Memmer/Till in Patientenverfügung und Rettungsdienst, ZfG 2016, 4 (5).

¹⁰⁸ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² 166.

B. Helmabnahme bei verunfallten Motorradfahrern

1. Problemstellung

In weiten Teilen der Bevölkerung hält sich bereits seit Jahren eisern der Irrglaube, dass einem gestürzten Motorradfahrer ohne ärztliche Anweisung der Helm nicht abgenommen werden darf.¹⁰⁹ Dabei kursieren durchaus schauerliche Mythen, warum der Helm am Kopf des Patienten verbleiben soll.¹¹⁰ Nun hat diese Diskussion, vor allem in der Vergangenheit, den einen oder anderen Motorradfahrer dazu veranlasst, am Kinnriemen einen Aufnäher anzubringen, der den Helfern die Helmabnahme nach einem Unfall untersagen soll („Im Sturzfall Helm nicht abnehmen!“). Aus der Sicht eines Sanitäters oder Notarztes gibt es diesbezüglich jedenfalls keinen Zweifel. Ist ein Motorradfahrer nach einem Unfall bewusstlos, gibt es nur eine richtige Vorgehensweise: Um die lebensnotwendigen Funktionen (Atmung und Kreislauf) kontrollieren und die notwendigen Maßnahmen setzen zu können, muss jedenfalls der Helm abgenommen werden.¹¹¹

Wie bereits oben näher ausgeführt steht es jedoch einem jeden frei, selbst darüber zu entscheiden, ob er sich behandeln lassen möchte bzw ob er eine Behandlungsmethode ablehnt. Ist die verunfallte Person nicht mehr bei Bewusstsein und hat am Kinnriemen einen entsprechenden Aufnäher angebracht, stellt sich die Frage, ob ein Ersthelfer oder Sanitäter den Helm abnehmen darf oder nicht.

2. Vorgehensweise nach Lehrmeinung (lege artis)

Werden Sanitäter zu einem Motorradunfall gerufen, ist es deren Aufgabe, die bestmögliche Erstversorgung des Verunfallten am Einsatzort zu gewährleisten. Diesbezüglich reihen sich mehrere sanitätstechnische Maßnahmen aneinander. Zunächst wird der Patient angesprochen und versucht, Kontakt aufzunehmen. Durch Ansprechen und Berühren des Patienten versuchen die Sanitäter festzustellen, ob der Patient bei Bewusstsein ist oder nicht. Danach richtet sich in der Folge die weitere Versorgung. Jedenfalls ist zunächst, unabhängig davon, ob der Patient bewusstlos ist oder nicht, der Helm abzunehmen, um weitere Maßnahmen (Schienung der HWS bzw stabile Seitenlage oder Reanimation) setzen zu können. Bei der Helmabnahme ist folgendermaßen vorzugehen:

¹⁰⁹ <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/die-mythen-der-ersten-hilfe-toter-als-tot-geht-nicht-a-546172-4.html>, zuletzt abgerufen am 03.04.2017; <http://www.lifeline.de/therapien/erste-hilfe/helm-abnehmen-nach-motorrad-unfall-id21443.html>, zuletzt abgerufen am 03.04.2017.

¹¹⁰ <http://www.retter.tv/de/weitere-organisationen.html?ereig=-Helm-Abnahme---so-geht-es-richtig-mit-Lehrvideo-&ereignis=24393>, zuletzt abgerufen am 03.04.2017; <http://derstandard.at/1308681074209/Mythen-der-Lebensrettung-Wenn-ich-den-Helm-abnehme-faellt-der-Kopf-auseinander>, zuletzt abgerufen am 03.04.2017.

¹¹¹ <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/die-mythen-der-ersten-hilfe-toter-als-tot-geht-nicht-a-546172-4.html>, zuletzt abgerufen am 05.04.2017.

- Ein Sanitäter kniet oberhalb des Kopfes und fixiert den Helm, indem er links und rechts unter den Helmrand fasst.
- Das Visier und der Kinnriemen werden durch den zweiten Sanitäter geöffnet. Trägt der Patient eine Brille, so wird sie entfernt und möglichst beim Patienten verwahrt.
- Danach fasst der Sanitäter mit der einen Hand an das Kinn des Patienten und mit der anderen Hand in dessen Nacken. Durch diesen Griff wird der Kopf des Patienten stabilisiert.
- Der Sanitäter am Kopfende kippt nun den Helm, bis die Nasenspitze des Patienten sichtbar wird, und zieht ihn langsam nach hinten ab. Dabei kann eine vorsichtige Gegenbewegung notwendig sein, um nicht die Helmkante in die Halswirbelsäule zu hebeln.
- Ist der Helm abgenommen, so wird der Kopf des Patienten vom Sanitäter stabilisiert und anschließend eine HWS-Schiene angelegt.¹¹²

Nach der erfolgten Helmabnahme sind Atmung und Kreislauf des Patienten zu kontrollieren. Stellen die Retter fest, dass der Patient bewusstlos ist und Atmung und Kreislauf intakt sind, ist dieser in die stabile Seitenlage zu bringen. Bei einer korrekt ausgeführten stabilen Seitenlage wird der Kopf des Patienten überstreckt, wodurch das Zurückrutschen des Zungengrundes und der dadurch drohende Erstickungstod verhindert wird. Das Überstrecken des Kopfes ist ohne die Abnahme des Helmes auf jeden Fall nicht möglich, weshalb gerade für einen bewusstlosen Motorradfahrer erhöhte Erstickungsgefahr besteht. Kann am Patienten allerdings keine Atmung vernommen werden, sind von den Helfern umgehend Wiederbelebensmaßnahmen einzuleiten.

3. Aufnäher und Formen der Behandlungsverweigerung

Im Zuge der Ersten Hilfe und vor allem auch im Zuge von sanitätsdienstlichen Maßnahmen am Unfallort ist es grundsätzlich Standard, dass dem Patienten zunächst der Helm abgenommen wird. Ist der Motorradfahrer noch bei klarem Bewusstsein, ist klar, dass er noch selbst in die bevorstehenden Maßnahmen einwilligen oder seine Zustimmung versagen kann. Fehlt es dem Verunfallten jedoch an der notwendigen Äußerungs- oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit, ist es nicht mehr möglich, die Helmabnahme zu versagen. Nun stellt sich an dieser Stelle die Frage, inwieweit ein Aufnäher am Kinnriemen eine gültige Behandlungsverweigerung darstellen kann.

¹¹² Österreichisches Rotes Kreuz, Rettungshilfe (2016), H 5.

Zumal der österreichische Gesetzgeber jedenfalls keine gesetzliche Regelung bezüglich einer Behandlungsverweigerung durch einen Aufnäher getroffen hat, bleibt in diesem Fall lediglich der Vergleich mit bereits bestehenden Möglichkeiten. Seit dem SWRÄG 2006 ist es in Österreich durchaus zu einer Stärkung des individuellen Selbstbestimmungsrechts gekommen.¹¹³ So besteht heute die Möglichkeit, in vielen Belangen für den Verlust der Geschäfts-, Einsichts-, Urteils- und/oder Äußerungsfähigkeit vorzusorgen. Im Falle von medizinischen Behandlungen ist neben der Patientenverfügung die sog. Vorsorgevollmacht ein geeignetes Mittel, um einer möglicherweise unerwünschten Behandlung vorzubeugen.¹¹⁴ Anders als bei der Patientenverfügung bestimmt in diesem Fall der Patient eine oder uU auch mehrere Personen seines Vertrauens (Bevollmächtigter/Bevollmächtigte), um im Falle der Urteils- und Einsichts- oder Äußerungsunfähigkeit die Einwilligung in medizinische Behandlungen zu geben oder auch nicht.¹¹⁵ Also ermächtigt der Vollmachtgeber in diesem Fall einen Dritten, um im Fall der Fälle im Namen und auf Verantwortung des Vollmachtgebers eine Entscheidung zu treffen. Vergleicht man nun den Aufnäher am Kinnriemen einerseits mit der Vorsorgevollmacht und andererseits mit der oben ausführlich dargestellten Patientenverfügung, muss man zu dem Schluss kommen, dass in casu am ehesten eine Ähnlichkeit zur Behandlungsverweigerung der Patientenverfügung besteht.

Nach einem Vergleich mit einer gültigen und verbindlichen Patientenverfügung steht fest, dass der Aufnäher, gerade im Hinblick auf die strengen Formerfordernisse einer verbindlichen Patientenverfügung, wohl keine bindende Wirkung entfachen kann.¹¹⁶ Zwar beschreibt der Aufnäher konkret die abgelehnte medizinische Behandlung iSv § 4 PatVG, jedoch kann in diesem Fall nicht die Rede davon sein, dass der Motorradfahrer die Folgen seiner Ablehnung zutreffend einschätzt, zumal es diesbezüglich auch einer umfassenden ärztlichen Aufklärung, hinsichtlich der Folgen der Behandlungsverweigerung fehlt.¹¹⁷ So sind laut Erfahrungsberichten teilweise Personen tatsächlich davon überzeugt, dass die Gefahr besteht, dass bei der Helmabnahme der Kopf auseinanderfallen kann.¹¹⁸ Nicht ganz so abwegig, aber trotzdem relativ unwahrscheinlich, ist die Befürchtung bei der Abnahme des Helms eine Querschnittslähmung oder einen Genickbruch zu verursachen.¹¹⁹ Hätte der Motorradfahrer zunächst ein aufklärendes ärztliches Gespräch iSv § 5 PatVG gesucht, hätte ihm bewusst sein müssen, dass die Gefahr eines Erstickungstodes wesentlich höher ist,¹²⁰

¹¹³ http://www.patientenverfuegung.or.at/pdf/Kurzinfo_SWRAEG_2006.pdf, zuletzt abgerufen am 03.04.2017.

¹¹⁴ Kletečka in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.4.4.3.2.

¹¹⁵ Kunz/Gepart, Erteilung einer Vorsorgevollmacht für künftige medizinische Behandlungen, iFamz 2006, 157; Andraus, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 419.

¹¹⁶ §§ 4-7 PatVG.

¹¹⁷ § 5 PatVG.

¹¹⁸ <http://derstandard.at/1308681074209/Mythen-der-Lebensrettung-Wenn-ich-den-Helm-abnehme-faellt-der-Kopf-auseinander>, zuletzt abgerufen am 03.04.2017.

¹¹⁹ <http://www.retter.tv/de/weitere-organisationen.html?ereig=-Helm-Abnahme---so-geht-es-richtig-mit-Lehrvideo-&ereignis=24393>, zuletzt abgerufen am 03.04.2017.

¹²⁰ Es ist an dieser Stelle von einem bewusstlosen Patienten auszugehen.

als durch die Helmabnahme ernsthafte Schäden an Genick oder Rückenmark zu erleiden. Unterstellt man den Motorradfahrern also, dass die Ablehnung eigentlich ein drohendes Übel (Genickbruch oder Querschnittslähmung) abwenden sollte, widerspricht die Ablehnung aus medizinischer Sicht dem eigentlichen Willen des Motorradfahrers. Bezieht man an dieser Stelle auch noch die weiteren Formerfordernisse des PatVG mit ein, steht jedenfalls fest, dass der Aufnäher einem Vergleich mit einer verbindlichen Patientenverfügung jedenfalls nicht standhält. Anzudenken ist damit noch die Frage ob es sich beim Aufnäher nicht um eine beachtliche Patientenverfügung handelt.¹²¹ Nachdem gem § 9 PatVG eine beachtliche Verfügung umso mehr zu berücksichtigen ist, inwieweit der Patient die Folgen der konkreten Ablehnung einschätzen konnte und je eher dabei die Voraussetzungen einer verbindlichen Verfügung erfüllt sind, ist der Aufnäher, wenn überhaupt, eine beachtliche, jedenfalls aber keine verbindliche Verfügung. Zum einen erfüllt er nur eine von vielen Formerfordernissen, zum anderen schätzt der Helmträger die Folgen der Ablehnung völlig falsch ein.

Sollte man in der Folge zu dem Schluss kommen, dass es sich beim Aufnäher um eine beachtliche Patientenverfügung handelt, ist darauf hinzuweisen, dass dieser auf Grund eines Willensmangels keine Wirksamkeit zukommt. Nach § 10 Abs 1 Z 1 PatVG ist eine Patientenverfügung unwirksam, wenn sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde. Hat der Verfügende eine fehlende oder falsche Vorstellung von der Wirklichkeit, etwa weil er die Konsequenzen der Verfügung falsch einschätzt, liegt ein Irrtum iSv § 10 Abs 1 Z 1 PatVG vor.¹²² Bringt somit ein Motorradfahrer einen Aufnäher am Kinnriemen an, um im Sturzfall die Helmabnahme abzulehnen, weil er einen Genickbruch oder eine Querschnittslähmung befürchtet, schätzt er die Folgen der Ablehnung tatsächlich falsch ein, denn die weitaus größere Gefahr geht in casu von einem drohenden Erstickungstod, durch Aspiration¹²³ oder zurückschlagen des Zungengrundes, aus. Unterliegt eine Person bei der Errichtung einer Patientenverfügung einem Willensmangel, führt dies jedenfalls zur Unwirksamkeit der Verfügung.¹²⁴

Darüber hinaus kommt es gar nicht so selten vor, dass sich jemand kurzfristig den Helm eines Bekannten oder Freund ausleiht. Weshalb immer auch die Frage zu klären bliebe, ob es sich im konkreten Fall tatsächlich um den Helm und folglich auch um den Willen des Verunfallten handelt. Angesichts der angeführten Tatsachen kann einem Aufnäher am Kinnriemen eines Motorradhelms rechtlich kaum bzw keine Bedeutung zukommen.

¹²¹ § 8 PatVG.

¹²² Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.8.2.1.3; Kerschner in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht² Kap V Rz 118.

¹²³ Das Eindringen von Material (Speichel, Nahrung, Erbrochenem, etc.) in die Atemwege.

¹²⁴ Traar/Pesendorfer/Fritz/Barth, Sachwalterrecht und Patientenverfügung (2015) § 10 PatVG Rz 5/1.

4. Helmabnahme iZm § 110 StGB

a) Patient ist bei Bewusstsein

Stellt der patientenorientierte Sanitäter bei der Kontaktaufnahme mit dem Patienten fest, dass dieser bei Bewusstsein und ansprechbar ist, kann der gestürzte Motorradfahrer selbstständig darüber entscheiden, ob ihm der Helm abgenommen werden soll oder nicht. Widersagt der Patient seine Zustimmung zur Abnahme des Helms, so ist diese ausdrückliche Verweigerung jedenfalls zu respektieren. Handeln die Sanitäter dieser ausdrücklichen Ablehnung zuwider, erfüllen sie durch ihr eigenmächtiges Vorgehen den objektiven Tatbestand von § 110 Abs 1 StGB. Zumal in dieser Konstellation der Helmabnahme eine ausdrückliche Behandlungsverweigerung entgegensteht, kommt hier auch jedenfalls keine Rechtfertigung iSd Abs 2 leg cit in Betracht.¹²⁵

b) Patient ist ohne Bewusstsein

(1) Helm ohne Aufnäher

Ist der Patient beim Eintreffen der Sanitäter bewusstlos und hat – wie in der Regel – keinen entsprechenden Aufnäher am Kinnriemen angebracht, so kann der Motorradhelm jedenfalls abgenommen werden, ohne dass sich die Sanitäter iSv § 110 StGB strafbarmachen. Zwar können die Sanitäter in casu jedenfalls keine Einwilligung des Patienten einholen, weshalb der objektive Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung erfüllt ist, jedoch lässt sich ihr Handeln gem § 110 Abs 2 StGB auf Grund des ansonsten drohenden Erstickungstodes also auf Grund der Gefahr im Verzug rechtfertigen. Werden hier nicht relativ zügig die richtigen Maßnahmen gesetzt, besteht für den Verunfallten auf alle Fälle Lebens- oder zumindest ernsthafte Gesundheitsgefahr.

(2) Helm mit Aufnäher

Hat nun der Motorradfahrer tatsächlich einen entsprechenden Aufnäher am Kinnriemen angebracht, kann diesem rechtlich keine Bedeutung zukommen. Wie oben ausgeführt, liegt dies vor allem in den mangelnden Formerfordernissen und an dem Irrglauben der Motorradfahrer, dass die Helmabnahme eher schädlich als hilfreich sei. Wer also einem bewusstlosen Motorradfahrer den Helm abnimmt, obwohl dies durch einen angebrachten Aufnäher untersagt wird, erfüllt zwar auf Grund der mangelnden Einwilligung in die Behandlung objektiv den Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung, braucht allerdings

¹²⁵ Soyer/Schumann in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 32f; Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ §110 Rz 19.

keine strafrechtlichen Konsequenzen zu fürchten, da gem § 110 Abs 2 StGB die eigenmächtige Helmabnahme gerechtfertigt ist.

5. Fazit

Im Zuge dieser Arbeit hat sich also herauskristallisiert, dass es lediglich einen Grund geben kann, weshalb einem verunglückten Motorradfahrer der Helm nicht abgenommen werden darf. Nur dann nämlich, wenn der Motorradfahrer selbst noch dazu in der Lage ist, ausdrücklich die Helmabnahme zu verweigern, steht das durch § 110 StGB auch strafrechtlich garantierte Selbstbestimmungsrecht des Patienten einer Helmabnahme im Weg. In der Regel lässt sich der zunächst skeptische Motorradfahrer den Helm aber nach ein paar überzeugenden Worten abnehmen. Darüber hinaus kann man sich jedoch getrost, auf der sicheren Seite fühlen, wenn man einem gestürzten Motorradfahrer den Helm abnimmt. Ein am Helm angebrachter Aufnäher ist mE wertlos und rechtlich nicht von Bedeutung. Findet man nach einem Motorradunfall einen nicht ansprechbaren Motorradfahrer vor, gilt für Ersthelfer, Sanitäter oder Ärzte auf alle Fälle die Grundregel „HONDA“ („Helm ohne nähere Diagnose abnehmen“).¹²⁶

C. Ausreichende Aufklärung des Patienten

1. Problemstellung

Werden Sanitäter zu Hilfe gerufen sind, oftmals Menschen in großer Not oder gar in Lebensgefahr. Ein Rettungseinsatz stellt deshalb in der Regel sowohl für die Einsatzkräfte, als auch für den Patienten eine außerordentliche Stresssituation dar. Anders als bei geplanten Eingriffen im Krankenhaus bleibt während eines Rettungseinsatzes oftmals nur wenig Zeit, um den Patienten darüber aufzuklären, welche Eingriffe durchgeführt werden und die notwendigen Maßnahmen zu setzen. Dass der Patient in der Folge nur entsprechend wenig Informationen über die bevorstehenden sanitätsdienstlichen oder notärztlichen Interventionen erhält, ist die logische Konsequenz. Inwieweit ein Patient auch in Notfällen über die zu setzenden Maßnahmen aufzuklären ist – um der Gefahr zu entgehen, sich eventuell iSv § 110 StGB strafrechtlich haftbar zu machen –, ist für Notarzt und Sanitäter im Einsatz jedenfalls schwer zu beurteilen.

¹²⁶ <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/die-mythen-der-ersten-hilfe-toter-als-tot-geht-nicht-a-546172-4.html>, zuletzt abgerufen am 05.04.2017.

2. Bedeutung der Aufklärung für die Einwilligung iSv § 110 StGB

Wer rechtsgültig in eine Behandlung einwilligen will, muss die Tragweite seiner Entscheidung erkennen und beurteilen können. Das bedeutet, der Patient muss, neben dem Besitz der Urteils- und Einsichtsfähigkeit, im Vorhinein über die Behandlung ausreichend aufgeklärt werden.¹²⁷ Dass eine vorhergehende Aufklärung für die Einwilligung nahezu unumgänglich ist, geht bereits aus der Definition der Einwilligungsfähigkeit hervor. Eine Person benötigt jedenfalls einen Grundstock an Informationen, um die Tragweite einer medizinischen oder sanitätsdienstlichen Maßnahme zu verstehen und demnach eine Entscheidung treffen zu können.¹²⁸ Zumal iSv § 110 StGB einer Heilbehandlung eine Einwilligung vorausgehen muss, geht daraus indirekt auch eine Pflicht zur Aufklärung hervor.¹²⁹ Wer es in diesem Sinne unterlässt, den Patienten vor der Durchführung einer medizinische Behandlung aufzuklären oder nur unzureichend aufklärt, muss trotz einer Einwilligung in die Behandlung damit rechnen, sich gem § 110 StGB strafrechtlich haftbar zu machen.¹³⁰

Wenn man im medizinischen Bereich von Aufklärung spricht, muss man grundsätzlich zwischen der sog Selbstbestimmungs- und der sog Sicherungsaufklärung unterscheiden,¹³¹ wobei im Folgenden vorwiegend auf die für die Einwilligungsfähigkeit maßgebliche¹³² Selbstbestimmungsaufklärung eingegangen wird. Die Sicherungsaufklärung bzw therapeutische Aufklärung hat zum Ziel, dem Patienten die Informationen zu übermitteln, die dieser benötigt, um durch sein Verhalten oder seine Mitwirkung den Behandlungserfolg zu optimieren oder zu garantieren.¹³³ Man muss die Sicherungsaufklärung deshalb als Teil der Behandlung sehen.¹³⁴ Die Selbstbestimmungsaufklärung hat hingegen drei Teilbereiche zu umfassen, nämlich die (Verdachts-) Diagnose, die Möglichkeiten hinsichtlich der Behandlung sowie die Risiken und Folgen der Behandlung.¹³⁵

a) Diagnoseaufklärung

Im Krankenhausalltag bzw während der ärztlichen Tätigkeit, ist der Patient über gesicherte Diagnosen in Kenntnis zu setzten, wobei ungesicherte Verdachtsdiagnosen vorerst außen

¹²⁷ *Soyer/Schumann* in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 19; *Tipold* in *Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 110 Rz 10.

¹²⁸ *Halmich*, Die Strafbarkeit unterlassener lebensnotwendiger Heilbehandlung bei Suizidenten 87.

¹²⁹ *Schmoller* in SbgK § 110 Rz 37.

¹³⁰ *Soyer/Schumann* in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 19; *Birklbauer* in *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht² Kap X Rz 79;

¹³¹ *Memmer* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.2.

¹³² *Soyer/Schumann* in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 19; *Schmoller* in SbgK § 110 Rz 54; *Burkowski/Halmich*, Sanitättergesetz (2016) § 7 Rz 4.

¹³³ *Memmer* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.2.2.1; *Andreas*, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 130.

¹³⁴ *Soyer/Schumann* in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 19.

¹³⁵ *Memmer* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.2.1; *Burkowski/Halmich*, Sanitättergesetz (2016) § 7 Rz 4.

vor zu lassen sind.¹³⁶ Eine Verdachtsdiagnose sollte in diesem Sinn nur dann dem Patienten gegenüber geäußert werden, wenn zur Abklärung ein weiterer medizinischer Eingriff notwendig ist.¹³⁷ Wird zB ein Patient zum MRT geschickt, um abzuklären, ob er einen Bandscheibenvorfall erlitten hat oder nicht, ist diesem natürlich die vorläufige Verdachtsdiagnose mitzuteilen. Zumal es im Rettungsdienst kaum möglich ist, eine gesicherte Diagnose zu stellen, ist es in diesem Fall zweckdienlich, dem Patienten die Verdachtsdiagnose mitzuteilen. Notwendig ist dies, weil aufbauend auf der Verdachtsdiagnose sanitätsdienstliche Maßnahmen gesetzt werden, um den Zustand des Patienten verbessern oder halten zu können. Hat ein Patient in der Folge eines Unfalls zB eine gespannte und harte Bauchdecke, kann dies darauf hinweisen, dass uU innere Organe verletzt sind. Ob und welches Organ verletzt ist, kann an dieser Stelle vom Sanitäter nicht beantwortet werden. Oberste Prämisse ist im Falle einer Diagnoseaufklärung stets die Wahrheit. Der Patient hat jedenfalls das Recht zu erfahren, was Sache ist.¹³⁸

b) Behandlungsaufklärung

Im Zuge der Behandlungsaufklärung soll dem Patienten die angedachte Behandlungsmethode nähergebracht werden. Der Behandelnde hat dabei den Patienten über die Art und Weise des Eingriffs, damit verbundene Risiken, Belastungen, die Erfolgsaussichten und Folgen der Behandlung in Kenntnis zu setzen.¹³⁹ Dem Patienten soll vorwiegend ein Bild von den üblicherweise zu erwartenden Belastungen, die auf ihn zukommen werden, vermittelt werden. Wenn vorhanden sind dem Patienten auch in Frage kommende Behandlungsalternativen näherzubringen, sodass für diesen eine echte Wahlmöglichkeit entsteht.¹⁴⁰ Es ist durchaus denkbar, dass es der Patient nicht nur zu schätzen weiß seine Alternativen zu kennen, sondern auch echte Alternativen fordert. So ist es zB allgemein bekannt, dass für Zeugen Jehovas die Hämotherapie¹⁴¹ aus religiösen Gründen nicht in Frage kommt, weshalb diese auf alternative Blutersatzstoffe zurückgreifen. Gerade im Rettungsdienst wird es jedoch äußerst schwierig werden, dem Patienten, neben der Behandlungsverweigerung, eine echte Wahlmöglichkeit zu liefern, da der sanitätsdienstliche Maßnahmenkatalog nur in manchen wenigen Bereichen Alternativlösungen vorsieht. Viel wichtiger erscheint in diesem Zusammenhang die Erläuterung von möglichen Folgen und Gefahren eines Unterlassens der Behandlung.¹⁴² Damit der Patient den Sinn und Zweck der angedachten Behandlung ausreichend begreifen

¹³⁶ Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.2.1.1.

¹³⁷ Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.2.1.1.

¹³⁸ Andreas, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 130.

¹³⁹ Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.2.1.2.1.

¹⁴⁰ Kerschner in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht² Kap V Rz 47.

¹⁴¹ Die Transfusion von Vollblut.

¹⁴² Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.2.1.2.3.

kann, muss ihm auch die Kehrseite der Medaille gezeigt werden. Dem Patienten muss klar sein, welcher Unterschied zwischen Behandlung und Behandlungsverweigerung besteht.

c) Risikoaufklärung

An die Diagnose- und Behandlungsaufklärung anschließend ist der Patient über die mit der Behandlung selbst verbundenen Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären.¹⁴³ Dabei ist vor allem auf die typischen Risiken, die mit der Behandlung einhergehen können, hinzuweisen, während äußerst seltene Folgen nur am Rande behandelt werden müssen bzw. uU auch außen vorgelassen werden können.¹⁴⁴ Unter typischen Risiken versteht man in diesem Zusammenhang solche Nebenwirkungen und Komplikationen, die auch bei korrekter Durchführung der Behandlung üblicherweise auftreten können.¹⁴⁵ Zumal nicht alle Menschen gleich sind, können die Risiken beim selben Eingriff von Patient zu Patient divergieren. Dabei spielen mitunter Faktoren wie Alter, Gewicht, Vorerkrankungen oder anatomische Regelwidrigkeiten eine Rolle.¹⁴⁶ Für einen Patienten mit Gerinnungsstörungen ist eine Operation klarerweise mit anderen bzw. größerem Risiken verbunden als für einen Patienten mit normaler Blutgerinnung.

d) Umfang der Aufklärung

In erster Linie sollte die Aufklärung zum Ziel haben, dem Patienten die Tragweite der zu treffenden Entscheidung näher zu bringen.¹⁴⁷ Wie ausführlich die Aufklärung auszufallen hat, hängt in der Regel stark von den gegebenen Umständen und der Gefährlichkeit des Eingriffs ab.¹⁴⁸ Dabei hat der Arzt oder sonst Behandelnde auf die Persönlichkeit, den geistigen Zustand, eventuelles medizinisches Vorwissen und den Bildungsstand des Patienten Rücksicht zu nehmen.¹⁴⁹ In der Praxis kann es durchaus vorkommen, dass sich der Patient selbst bereits derart vertiefend mit seinem Leiden beschäftigt hat, dass diesbezüglich der Wissensstand fast dem des Arztes gleicht. Den mitunter größten Einfluss auf den Umfang stellt die Dringlichkeit der Behandlung dar. Je dringender der Eingriff ist, desto geringer kann die Aufklärung ausfallen.¹⁵⁰ Das bedeutet aber auch zugleich, dass die Aufklärung umso umfangreicher ausfallen muss, je weniger die Zeit drängt. Nachdem gerade im Rettungsdienst die Zeit ein sehr wertvolles Gut ist, führt die angeführte Regel dazu, dass je

¹⁴³ Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.2.1.3.

¹⁴⁴ Kerschner in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht² Kap V Rz 46; Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ § 110 Rz 10.

¹⁴⁵ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² 95.

¹⁴⁶ Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.2.1.3.2.

¹⁴⁷ Andreas, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 132; Schmoller in SbgK § 110 Rz 58.

¹⁴⁸ Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ § 110 Rz 10.

¹⁴⁹ Burkowski/Halmich, Sanitätergesetz (2016) § 7 Rz 4; RV 872 BlgNr 21. GP 40.

¹⁵⁰ Kerschner in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht² Kap V Rz 55; Brandstetter/Zahl, Die strafrechtliche Haftung des Arztes, RdM 1994, 17.

nachdem wie akut der Zustand des Patienten ist, die Aufklärung bis auf ein Minimum reduziert werden und in manchen Grenzfällen (bei Gefahr im Verzug) sogar komplett entfallen kann.¹⁵¹ Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle festgehalten, dass ein bewusstloser Patient logischerweise auf Grund der Sinnlosigkeit nicht aufgeklärt werden muss und ohne dessen Zustimmung mit der Behandlung begonnen werden muss, da durch die Bewusstlosigkeit des Patienten grundsätzlich von Gefahr im Verzug auszugehen ist.

Ein urteils- und einsichtsfähiger Patient darf nur dann nicht aufgeklärt werden, wenn durch die Aufklärung selbst eine Gefahr für die Gesundheit oder das Leben des Patienten entstünde.¹⁵² Darüber hinaus steht es dem Patienten naturgemäß auch frei, auf die Selbstbestimmungsaufklärung zu verzichten.¹⁵³ Ein solcher Verzicht ist allerdings jedenfalls in den Krankenakten oder am Einsatzprotokoll zu vermerken.¹⁵⁴ Ein Verzicht auf die Aufklärung hat zur Folge, dass der Patient auch ohne Aufklärung rechtsgültig in die Behandlung einwilligen kann.¹⁵⁵ Nachdem der Umfang der Aufklärung jedes Mal nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen und von einigen Faktoren abhängig ist, liegt die Schwierigkeit vor allem bei den Sanitätern oder beim Notarzt, auszuloten wie ausführlich die Aufklärung auszufallen hat.¹⁵⁶ Man kann aber erwarten, dass ein Sanitäter dem Patienten die grundlegenden und zweckdienlichen Informationen über die angedachten sanitätsdienstlichen Maßnahmen mit einfachen Worten näherbringt.¹⁵⁷

e) Zeitpunkt der Aufklärung

Zumal eine ausreichende Aufklärung die Grundvoraussetzung für eine rechtsgültige Einwilligung in die Behandlung darstellt, ist die Aufklärung grundsätzlich vor dem Beginn der eigentlichen Heilbehandlung durchzuführen. Der Zeitpunkt der Aufklärung sollte im Optimalfall so gewählt werden, dass dem Patienten eine angemessene Überlegungsfrist bleibt, um sorgfältig über die anstehende Behandlung und deren Konsequenzen nachdenken zu können.¹⁵⁸ Ob die Bedenkfrist angemessen ist oder nicht, ist dabei von Einzelfall zu Einzelfall unterschiedlich zu beurteilen. Eine große Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Frage, wie dringend eine Maßnahme oder ein Eingriff vorgenommen werden muss.¹⁵⁹ Will eine Person zB ästhetische Korrekturen an seinem Körper durchführen lassen hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass dem Patienten nach der Aufklärung eine Wartefrist von

¹⁵¹ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² 95 ff; Burkowski/Halmich, Sanitättergesetz (2016) § 7 Rz 5.

¹⁵² Reischauer in Rummel³ § 1299 23d; Kerschner in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht² Kap V Rz 55; Tipold in Leukauf/Steininger, StGB⁴ § 110 Rz 10.

¹⁵³ Soyler/Schumann in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 110 Rz 26; Schmoller in SbgK § 110 Rz 64.

¹⁵⁴ Kerschner in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht² Kap V Rz 57.

¹⁵⁵ Schmoller in SbgK § 110 Rz 64.

¹⁵⁶ Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² 95; Burkowski/Halmich, Sanitättergesetz (2016) § 7 Rz 4.

¹⁵⁷ Burkowski/Halmich, Sanitättergesetz (2016) § 7 Rz 4; RV 872 BlgNr 21. GP 40.

¹⁵⁸ Andreus, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 131.

¹⁵⁹ Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.8.1.2.

mindestens zwei Wochen einzuräumen ist.¹⁶⁰ Im Rettungsdienst bleibt allerdings oftmals kaum bzw keine Zeit, den Patienten neben der Aufklärung zusätzlich noch eine Bedenkzeit einzuräumen. Zumal in manchen echten Notfallsituationen sogar die gesamte Aufklärung entfallen kann, ist es logisch, dass für den Fall, dass eine Aufklärung erfolgt ist, die Bedenkzeit auf wenige Sekunden reduziert werden bzw auch ganz entfallen kann.¹⁶¹ Hat der Patient zB eine stark blutende Wunde oder gar eine abgetrennte Gliedmaße, ist es dringend notwendig, die Blutung zu unterbinden um den Blutverlust im Interesse des Patienten möglichst gering zu halten.

3. Aufklärungspflicht iZm § 110 StGB

a) Behandlung ohne Aufklärung

Findet eine Rettungsmannschaft am Einsatzort einen verletzten und ansprechbaren Patienten vor und beginnt ohne weiteres mit der Untersuchung und Versorgung des Patienten, ist dadurch bereits der objektive Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung erfüllt. Dabei macht es keinen Unterschied ob der Patient dem Anschein nach mit der Behandlung einverstanden ist oder nicht. Falls nicht eine absolute Ausnahmesituation vorliegt, muss dem Patienten zumindest mit einfachen Worten erklärt werden, welche Verletzung(-en) oder Krankheit vermutet wird, welche sanitätsdienstlichen Maßnahmen angedacht sind und ob damit eventuell Risiken oder Folgen verbunden sein könnten. Wobei es allerdings bereits ausreichen kann, wenn der Patient anhand der Vorbereitungen sehen kann, was auf ihn zukommt. Nimmt der Behandelnde zB Blutdruckmanschette und Stethoskop zur Hand, weiß der Patient in der Regel, dass der Blutdruck gemessen werden soll. Es kommt also zu einer Art konkludenten Aufklärung. Werden die Maßnahmen der Sanitäter ohne Aufklärung gesetzt, ist eine Einwilligung durch den Patienten nicht rechtsgültig und das Handeln der Sanitäter gleichzeitig eigenmächtig. Sich gem § 110 Abs 2 StGB darauf zu berufen, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet gewesen wäre, kommt bei einem ansprechbaren Patienten nicht in Betracht.

Der Behandlung ohne Aufklärung ist eine Aufklärung im Nachhinein gleichzusetzen. Hat es der Behandelnde, aus welchem Grund auch immer, verabsäumt den Patienten rechtzeitig aufzuklären, ändert eine nachträgliche Aufklärung nichts mehr an der Tatsache, dass das Vorgehen des Täters dem objektiven Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung entspricht.

¹⁶⁰ § 6 Abs 1 ÄstOpG

¹⁶¹ *Burkowski/Halmich*, Sanitätergesetz (2016) § 7 Rz 5.

b) Behandlung mit unzureichender Aufklärung

Juristisch gesehen die viel interessante Frage ist, ab wann die Aufklärung ausreichend war, damit der Patient darauf aufbauend eine rechtsgültige Einwilligung in die medizinische Behandlung abgeben kann. Wie sich oben gezeigt hat lässt sich in diesem Zusammenhang keine Pauschallösung anbieten, zumal die Aufklärungsanforderungen von Patient zu Patient und Situation zu Situation stark divergiert können. Keine Aufklärung durchzuführen, wäre jedenfalls auch im Rettungsdienst falsch. Folgt man an dieser Stelle als Sanitäter dem Grundsatz, dass während dringlicher Einsätze die Aufklärung bis auf ein Minimum beschränkt werden kann,¹⁶² wird man gut daran tun, dem Patienten vor Behandlungsbeginn zumindest die Verdachtsdiagnose und die angedachte sanitätsdienstliche Intervention mitzuteilen, wobei auf die individuellen Umstände des Einzelfalls Rücksicht zu nehmen ist.¹⁶³ Auch wenn der Patient nach einer Aufklärung in die Behandlung einwilligt, bleibt das Tätigwerden von Arzt oder Sanitätern eigenmächtig iSv § 110 StGB, sofern die Aufklärung nur mangelhaft durchgeführt wurde. Eine Rechtfertigung gem Abs 2 leg cit kommt in diesem Fall ebenfalls nicht in Betracht.

4. Fazit

Es hat sich somit also gezeigt, dass die Aufklärungspflicht iZm der eigenmächtigen Heilbehandlung für Ärzte und sonstig Behandelnde eine nicht zu unterschätzende Problematik darstellt. Da eine rechtsgültige Einwilligung voraussetzt, dass der Patient ausreichend über den Eingriff informiert ist, schuldet der Behandelnde eine ausreichende Aufklärung. Nicht zuletzt auf Grund der Tatsache, dass der Umfang der Aufklärung von Situation zu Situation sehr stark auseinandergehen kann, liegt darin aber eine nicht zu unterschätzende Schwierigkeit der allgemeinen Heilbehandlung. Gerade im Rettungsdienst liegt es an den Einsatzkräften selbst abzuschätzen, wie viel Aufklärung die Situation zulässt. Anzuraten bleibt an dieser Stelle für den Rettungsdienst, dass man den Patienten vor Behandlungsbeginn mit einfachen Worten mitteilt, welche Krankheitsbilder oder Verletzungen er zeigt und welche Maßnahmen man als Sanitäter dagegen setzen möchte. Die Erfahrung zeigt im Übrigen als positive Nebenerscheinung der Aufklärung, dass die meisten Patienten nach einer Aufklärung allgemein viel ruhiger werden, weil sie wissen, was mit ihnen geschieht, was die Behandlung wesentlich erleichtert.

¹⁶² Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² 95.

¹⁶³ Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.3.1.

D. Hilfeleistung nach versuchtem Suizid

1. Problemstellung

Immer wieder kommt es vor, dass Menschen, aus welchem Grund auch immer, mit dem Leben abgeschlossen haben und versuchen, sich das Leben zu nehmen. Zumeist befindet sich der Betroffene in einer für ihn unerträglichen Situation und sieht dabei den Suizid als letzten oder auch besten Ausweg aus der Unerträglichkeit.¹⁶⁴ Glücklicherweise geht die Anzahl an Suiziden jährlich zurück. Haben im Jahr 1990 noch 1825 Personen Suizid begangen, waren es 2015 „nur mehr“ 1251 Personen.¹⁶⁵ Dass die Problematik des Suizids in Österreich aber nicht zu unterschätzen ist, zeigt zum einen die Tatsache, dass die Anzahl der Suizidversuche um einiges größer ist als die der erfolgreichen Suizide¹⁶⁶ und zum anderen gerade bei den unter 40-Jährigen der Selbstmord, neben Unfällen und Krebs, zu den häufigsten Todesursachen zählt.¹⁶⁷ Auffallend erscheint jedenfalls, dass der Selbstmord vorwiegend eine eher männliche Problematik – mehr als Dreiviertel der Suizidtoten 2015 waren Männer¹⁶⁸ – darstellt.

Bleibt es beim Suizid jedoch „nur“ beim Versuch, weil die Person glücklicherweise noch rechtzeitig gefunden wurde oder die Ausführung nicht wie geplant zum Tod geführt hat, sind es vorwiegend Sanitäter und Notärzte, die die Erstversorgung des Patienten zu übernehmen haben. Die an dieser Stelle aufkommende Frage ist, ob ein Patient nach einem noch nicht von Erfolg gekrönten Suizidversuch behandelt werden darf, sogar behandelt werden muss oder gar seinem Schicksal überlassen werden muss. Einerseits könnte man kurzerhand annehmen, dass der Suizident bereits durch seinen Suizidversuch schlüssig zu erkennen gibt, dass er nicht behandelt werden will, also eine konkludente Behandlungsverweigerung vorliegt. Andererseits könnte es wiederum auch logisch erscheinen, wenn man annimmt, dass ein Selbstmörder nicht zurechnungsfähig sein kann und entsprechend auch gegen eine ausdrückliche Behandlungsverweigerung behandelt werden muss. Darüber hinaus bleibt weiter die Frage, ob ein Sanitäter oder Notarzt nicht zuletzt gem § 78 StGB dazu verpflichtet ist, einen Suizidenten, auch gegen dessen ausdrücklichen Willen, zu behandeln.

¹⁶⁴ Bronisch, Suizid³ 12.

¹⁶⁵ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015 (2017) 92 f.

¹⁶⁶ Bronisch, Suizid³ 16.

¹⁶⁷ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015 (2017) 26 f.

¹⁶⁸ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015 (2017) 94 ff.

2. Suizidenten und deren Urteils- und Einsichtsfähigkeit

Gerade in der Vergangenheit wurde vertreten, dass Suizidenten nicht zurechnungsfähig seien. Zwar können die Gründe, die einen Menschen in den Suizid treiben, auf die unterschiedlichsten Auslöser zurückzuführen sein, so haben aber medizinische Untersuchungen gezeigt, dass tatsächlich nur ca. 10-20% der Suizide auf eine Geisteskrankheit zurückzuführen sind.¹⁶⁹ Darüber hinaus ist anzumerken, dass der Gesetzgeber, neben den bereits oben angeführten Varianten der Behandlungsverweigerung (Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht), mit § 36 UbG in den letzten Jahren gezielt die Autonomie, die medizinische Behandlung betreffend, gestärkt hat. Gem § 36 leg cit soll auch psychisch kranken Personen das Recht auf medizinische Selbstbestimmung eingeräumt werden, wenn sie die Bedeutung und die Folgen einer medizinischen Behandlung verstehen und einsehen. Auf der Hand liegt an dieser Stelle jedenfalls, dass sich ein Suizident zwar jedenfalls in einer psychischen Ausnahmesituation befindet,¹⁷⁰ daraus aber darauf zu schließen, dass Suizidpatienten nicht mehr frei und bestimmt handeln können, wäre falsch. Angesichts dessen ist davon auszugehen, dass auch Suizidenten über die entsprechende Urteils- und Einsichtsfähigkeit verfügen können.¹⁷¹ Per se davon auszugehen, Suizidenten seien nicht zurechnungsfähig, würde also jedenfalls zu weit gehen. Es ist somit auch hier Sache des behandelnden Personals, festzustellen, ob der Patient iSd allgemeinen Urteils- und Einsichtsfähigkeit die Folgen der Behandlung versteht oder eben nicht.

3. Grundlagen zur Mitwirkung am Selbstmord

Um die Problematik der eigenmächtigen Heilbehandlung im Zusammenhang mit Suizidenten behandeln zu können, ist es an dieser Stelle zunächst notwendig, das Delikt der Mitwirkung am Selbstmord gem § 78 StGB etwas näher zu betrachten. Will sich ein Patient nach einem Selbstmordversuch nicht medizinisch behandeln lassen, gehen die Meinungen durchaus weit auseinander, in welchem Verhältnis die eigenmächtige Heilbehandlung zur Mitwirkung am Selbstmord steht.¹⁷² Der Selbstmordversuch an sich war in Österreich bis 1850 mit Freiheitsstrafe bedroht, wurde in der Folge jedoch straffrei gestellt.¹⁷³ Nun bestraft die Mitwirkung am Selbstmord zum einen die Bestimmung und zum anderen den Beitrag zu einer straffreien Tat. Somit nimmt § 78 StGB in der österreichischen Strafrechtsordnung eine Sonderstellung ein und gilt als *delictum sui generis*.¹⁷⁴

¹⁶⁹ Halmich, Die Strafbarkeit unterlassener lebensnotwendiger Heilbehandlung bei Suizidenten 93 f.

¹⁷⁰ Maleczky, Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung, ÖJZ 1994, 686.

¹⁷¹ Halmich, Die Strafbarkeit unterlassener lebensnotwendiger Heilbehandlung bei Suizidenten 94.

¹⁷² Moos in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 78 Rz 32.

¹⁷³ Moos in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 78 Rz 1.

¹⁷⁴ Moos in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 78 Rz 1.

a) Tatbestand

Der Mitwirkung am Selbstmord macht sich gem § 78 StGB schuldig, wer einen anderen vorsätzlich dazu verleitet sich, selbst zu töten, oder ihm dabei Hilfe leistet.

(1) Suizid

Unter einem Selbstmord versteht man, im Gegensatz zum Mord, die eigenhändige Selbsttötung des Opfers.¹⁷⁵ Der Selbstmörder fügt sich dabei selbst Gewalt zu, um seinem Leben abrupt ein Ende zu setzen.¹⁷⁶ Wesentlich ist dabei, dass das Opfer selbstverantwortlich handelt. Das bedeutet, dass das Opfer die Tragweite und Folgen seines Vorhabens in seiner vollen Bedeutung erfassen kann. In diesem Sinne ist die Selbstverantwortlichkeit des Suizidenten mit der allgemeinen Urteils- und Einsichtsfähigkeit zu vergleichen.¹⁷⁷ Dies ist jedenfalls dann nicht der Fall, wenn ein Unmündiger (zB Kind oder Geisteskranker) dazu verleitet wird, sich selbst das Leben zu nehmen.¹⁷⁸ In diesen Fällen kann der Täter uU iSv § 12 iVm § 75 StGB wegen der Bestimmung oder des Beitrages zum Mord bestraft werden.¹⁷⁹ Darüber hinaus können auch Willensmängel die autonome Entscheidung einer Person beeinflussen und folglich die Selbstverantwortlichkeit des Selbstmordes ausschließen.¹⁸⁰ Da es sich bei § 78 StGB um ein Erfolgsdelikt handelt,¹⁸¹ tritt der Taterfolg des Delikts erst dann ein, wenn das Opfer tatsächlich tot ist. Daraus folgt, dass die Mitwirkung am Selbstmord nur beim Versuch geblieben ist, wenn das Opfer überlebt hat, auch wenn die Mitwirkungshandlung des Täters bereits abgeschlossen ist.¹⁸²

(2) Tathandlung

§ 78 StGB führt als Tathandlungen zum einen das Verleiten des Opfers zur Selbsttötung und zum anderen die Hilfeleistung zur Selbsttötung an. Verleiten bedeutet in diesem Zusammenhang nichts anderes als Bestimmen iSv § 12 2. Fall StGB.¹⁸³ Ein Verleiten ist somit etwa dann gegeben, wenn jemand einen anderen zum Selbstmord verleitet oder überredet und dadurch für die Selbsttötung ursächlich wird.¹⁸⁴ Unter Hilfeleistung wird allgemein iSv § 12 3. Fall StGB jeder sonstige Beitrag, sei er physischer oder psychischer

¹⁷⁵ *Birklbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 78 Rz 6.

¹⁷⁶ *Moos*, Sterbehilfe, Selbstmord und die ärztliche Behandlungspflicht von Suizidpatienten, in *Birklbauer*, Recht zu sterben oder Pflicht zu leben? 29.

¹⁷⁷ *Moos in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 78 Rz 20.

¹⁷⁸ *Birklbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 78 Rz 6.

¹⁷⁹ *Eichinger in Mitgutsch/Wessely*, Handbuch Strafrecht BT I § 78 Rz 5.

¹⁸⁰ *Nimmervoll in Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 78 Rz 6.

¹⁸¹ *Moos in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 78 Rz 13, *Birklbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 78 Rz 6.

¹⁸² *Moos in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 78 Rz 37.

¹⁸³ *Nimmervoll in Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 78 Rz 3.

¹⁸⁴ *Nimmervoll in Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 78 Rz 3; *Birklbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 78 Rz 7.

Natur, zum Suizid verstanden.¹⁸⁵ Nachdem es sich bei der Mitwirkung zum Selbstmord um ein Erfolgsdelikt handelt, kann, ganz im Gegensatz zum Verleiten, die Hilfeleistung zum Selbstmord auch in einem Unterlassen (§ 2 StGB) bestehen.¹⁸⁶ Diesbezüglich ist gem § 2 leg cit jedoch vorausgesetzt, dass den Täter eine Garantenstellung¹⁸⁷ trifft und er dadurch grundsätzlich verpflichtet ist, einen erfolgsabwendenden Eingriff durchzuführen.¹⁸⁸ Wer also einen Suizidenten vorsätzlich gewähren lässt, ist nur dann zu bestrafen, wenn iSv § 2 StGB eine Pflicht zum hindernden Eingreifen bestanden hätte.¹⁸⁹ Fehlt eine Garantenpflicht seitens des Täters, kommt zwar die Erfüllung der Mitwirkung am Selbstmord durch Unterlassung nicht in Betracht, ist aber die vorsätzliche Unterlassung der Hilfeleistung (§ 95 StGB) für jedermann strafbar, sofern keine Behandlungsverweigerung iSv § 110 StGB abgegeben wurde.¹⁹⁰

b) Subjektiver Tatbestand

Auf der inneren Tatseite ist es erforderlich, dass der Täter in Bezug auf den Selbstmord des Opfers und auch hinsichtlich der Verleitung bzw der Hilfeleistung vorsätzlich handelt, wobei bereits Eventualvorsatz, *dolus eventualis*, ausreicht.¹⁹¹

c) Abgrenzung und Konkurrenzen

Wer einen anderen tötet, ist grundsätzlich gem § 75 StGB wegen Mordes zu bestrafen. Wird die Tötungshandlung vom Täter und nicht vom Opfer gesetzt, hat der Täter grundsätzlich den objektiven Tatbestand des Mordes erfüllt.¹⁹² Zumal das Delikt des Mordes die Tötung eines anderen, also eines Dritten, verlangt, kann daraus keine Strafbarkeit des Suizidenten wegen der versuchten Selbsttötung iSd §§ 15 iVm 75 StGB abgeleitet werden. Eine Ausnahme dieser Grundregel stellt § 77 StGB dar. Dabei handelt es sich um eine privilegierte Form der vorsätzlichen Tötung.¹⁹³ Der Täter tötet sein Opfer auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen hin.¹⁹⁴ Um die Tötung auf Verlangen von der Mitwirkung am Selbstmord abzugrenzen ist es vonnöten festzustellen wer die Tötungshandlung vollzogen hat, da bei der Mitwirkung zum Selbstmord, anders als im Falle

¹⁸⁵ *Birklbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 78 Rz 6; *Moos in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 78 Rz 28; *Nimmervoll in Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 78 Rz 3.

¹⁸⁶ *Birklbauer/Hilf/Tipold*, BT I³ § 78 Rz 2.

¹⁸⁷ Eine ausführliche Erläuterung der Garantenstellung und Garantenpflicht im Rettungsdienst siehe unten III.D.4.a)(1).

¹⁸⁸ *Nimmervoll in Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 78 Rz 4.

¹⁸⁹ RS0092191.

¹⁹⁰ *Moos in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 78 Rz 34.

¹⁹¹ *Nimmervoll in Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 78 Rz 8; *Eichinger in Mitgutsch/Wessely*, Handbuch Strafrecht BT I § 78 Rz 6.

¹⁹² § 75 StGB.

¹⁹³ *Eichinger in Mitgutsch/Wessely*, Handbuch Strafrecht BT I § 77 Rz 2.

¹⁹⁴ § 77 StGB.

des § 77 StGB, nicht der Täter, sondern das Opfer die Tötungshandlung setzt.¹⁹⁵ Verleitet der Täter jedoch sein Opfer durch eine Täuschung (zB Vortäuschen einer unheilbaren Krankheit) zum Suizid, so haftet der Täter nicht gem § 78 StGB, sondern wegen Mordes. Ebenfalls nach § 75 StGB haftet der Täter, wenn er eine nicht selbstverantwortliche Person (unmündiger Minderjähriger, Geisteskranker oder Vollberauschter) dazu verleitet oder dazu Hilfe leistet, sich selbst zu töten.¹⁹⁶ Voraussetzung diesbezüglich ist jedoch jedenfalls, dass der Täter Kenntnis von der fehlenden Selbstverantwortlichkeit seines Opfers hatte.¹⁹⁷

4. Suizid und Behandlungsverweigerung im Spannungsverhältnis von §§ 78 und 110 StGB

Befindet sich ein Mensch auf Grund einer Krankheit oder einer Verletzung, einer endogenen Ursache, in einer lebensbedrohlichen Situation, so steht es ihm laut einhelliger Meinung von Lehre und Rsp jederzeit frei, die Behandlung zu verweigern und somit das Ende des Lebens, also den Tod, herbeizuführen.¹⁹⁸ Man ist sich einig, dass jeder Mensch selbst über das eigene Leben bestimmen kann, soweit natürliche Todesursachen zum Ende des Lebens führen würden. Durch das Selbstbestimmungsrecht im Zusammenhang mit endogenen Todesursachen wird in Österreich die passive Euthanasie möglich. Im Zuge der sog Palliativmedizin können dadurch die Leiden Todkranker während des Sterbeprozesses gelindert werden. Die Meinungen gehen jedenfalls dann auseinander, wenn sich eine Person selbst das Leben nehmen will. Va in der älteren Literatur sprechen sich einige Autoren für eine Behandlung von Suizidenten, auch gegen deren ausdrücklichen Willen, aus.¹⁹⁹

a) Garantenpflicht oder Garantenpflichtsperre

Verweigert der Suizident nach einem erfolglosen Versuch, sich das Leben zu nehmen, jegliche medizinische Behandlung, entsteht für Arzt und Sanitäter auf der einen Seite ein Behandlungsgebot (§ 78 StGB) und auf der anderen Seite aber auch ein Behandlungsverbot (§ 110 StGB).²⁰⁰ In diesem Zusammenhang ist gerade das Verhältnis von § 78 und § 110 StGB von Bedeutung. Unterlassen es Arzt und Sanitäter, auf Wunsch des Suizidenten die notwendigen lebenserhaltenden Maßnahmen zu setzen, stellt sich die Frage ob die

¹⁹⁵ *Nimmervoll* in *Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 78 Rz 11.

¹⁹⁶ *Eichinger* in *Mitgutsch/Wessely*, Handbuch Strafrecht BT I § 78 Rz 13.

¹⁹⁷ *Nimmervoll* in *Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 78 Rz 10.

¹⁹⁸ *Tipold* in *Leukauf/Steininger*, StGB⁴ § 110 Rz 6; *Schmoller* in *SbgK* § 110 Rz 76; *Moos*, Sterbehilfe, Selbstmord und die ärztliche Behandlungspflicht von Suizidpatienten, in *Birklbauer*, Recht zu sterben oder Pflicht zu leben? 36; *Wach*, Strafrechtliche Probleme des Selbstmords, ÖJZ 1978, (479) 483; *Kert*, Sterbehilfe, JAP 2005/2006 (207) 209 f; *Moos* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 78 Rz 9.

¹⁹⁹ *Harbich*, Das Recht zu sterben – Lebensverlängerung um jeden Preis?, Rz 1968, 123; *Leukauf-Steininger* Komm² § 110 Rz 15; *Moos* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 78 Rz 47,

²⁰⁰ *Moos* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 78 Rz 9.

unterlassenen Maßnahmen durch § 110 StGB gedeckt sind oder ob dies nicht uU zu einer Strafbarkeit wegen Mitwirkung zum Selbstmord gem § 78 iVm § 2 StGB führen kann. Eine Begehung durch Unterlassung iSv § 78 iVm 2 StGB kommt überhaupt nur dann in Betracht, wenn dem Arzt und den Sanitätern in der konkreten Situation eine Garantenstellung gegenüber dem Suizidenten zukommt. Die Frage, die an dieser Stelle aufkommt, ist, ob durch das gem § 110 StGB eingeräumte Selbstbestimmungsrecht des Patienten die Garantenpflicht auch im Falle eines Suizids durchbrochen werden kann.

(1) Garantenpflicht im Rettungsdienst

§ 2 StGB sieht vor, dass die Begehung durch Unterlassung nur dann zu einer Strafbarkeit führen soll, wenn der Täter es unterlässt, den Erfolg abzuwenden, obwohl er zufolge einer ihn im besonderen treffenden Verpflichtung durch die Rechtsordnung dazu verhalten ist. Der Garant hat dafür Sorge zu tragen, durch sein aktives Tun, eine drohende Gefahr oder einen drohenden Erfolg abzuwenden.²⁰¹ Aus § 2 StGB selbst geht dabei jedoch keine Garantenstellung hervor, sondern die Bestimmung verweist vielmehr auf die den Täter im besonderen treffenden Verpflichtungen der Rechtsordnung. So kann eine Garantenstellung jedenfalls aus dem Gesetz, aus einem Vertrag oder auch aus der Eröffnung einer Gefahrenquelle (Ingerenz) entstehen.²⁰² Hat der Patient selbstständig die Rettung zu Hilfe gerufen bzw die Rettung zur Beförderung in eine Krankenanstalt angefordert oder in die Behandlung eingewilligt, so ergibt sich die Garantenstellung aus dem Beförderungs- oder Behandlungsvertrag. Ein solcher Vertrag kommt meist, ohne ausdrückliche Zustimmung, schlüssig zustande, nachdem das Einsatzteam am Einsatzort eingetroffen ist, mit der Versorgung des Patienten begonnen hat und der Patient ein Verhalten setzt, auf Grund dessen drauf geschlossen werden darf, dass er mit der Behandlung einverstanden ist.²⁰³ Ist der Patient nicht bei Bewusstsein oder noch nicht ausreichend geschäftsfähig, ist die Garantenstellung zumeist nicht auf einen Vertrag zurückzuführen und wird in diesen Fällen durch das besondere Rechtsverhältnis gegenüber dem Patienten, aus der Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 1036 ABGB) begründet.²⁰⁴ Grundsätzlich macht es jedoch keinen Unterschied auf welcher Rechtsgrundlage die Behandlung beruht, zumal beide etwa dieselbe Wirkung entfachen.²⁰⁵ In diesem Sinne sind Notarzt und Sanitäter dazu verpflichtet, eine fachgerechte Versorgung und daran anschließend einen Transport in das nächste Krankenhaus durchzuführen.²⁰⁶ Das Überleben oder die vollständige Genesung des Patienten schulden die Retter jedoch nicht. Der Behandlungsvertrag begründet

²⁰¹ *Andreas*, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 62.

²⁰² *Hilf* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 2 Rz 82.

²⁰³ *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte² 141.

²⁰⁴ *Burkowski/Halmich*, Sanitätärgesetz (2016) § 4 Rz 8; *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte² 107.

²⁰⁵ *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte² 102.

²⁰⁶ *Burkowski/Halmich*, Sanitätärgesetz (2016) 50.

diesbezüglich lediglich eine Sorgfaltsverbindlichkeit. Als Erfolg geschuldet wird nur eine Versorgung *lege artis*, also nach der neuesten Lehrmeinung bzw nach den aktuellen Fachstandards.²⁰⁷

(2) Garantenpflichtsperre iZm § 78 StGB

Zunächst begründete man die Behandlungspflicht des Arztes damit, dass der Suizid selbst bereits rechtswidrig sei. Durch die Pönalisierung der Mithilfe zum Selbstmord gem § 78 StGB würde der Selbstmord indirekt in den Rang formeller Rechtswidrigkeit erhoben. So ging man davon aus, dass die Mithilfe nur deshalb strafbar sein kann, wenn der Selbstmord rechtswidrig ist.²⁰⁸ Zutreffender ist diesbezüglich mE die Meinung, der Suizid sei rechtlich neutral zu bewerten. Zwar ist das Leben Dritten gegenüber unverzichtbar, doch tötet sich eine Person selbst, resultiert daraus grundsätzlich kein Verstoß gegen die geltende Rechtsordnung.²⁰⁹

Heute geht vor allem *Moos* – entgegen der überwiegenden Lehre – davon aus, dass bezüglich des medizinischen Selbstbestimmungsrechts zwischen gewaltsamer Selbsttötung und natürlichen Todesursachen zu trennen ist und ein Suizident, entsprechen auch gegen seinen ausdrücklichen Willen, zu behandeln ist. Nach seiner Meinung sind die Fallgruppen der Begriffe von § 78 und § 110 StGB grundverschieden. Auf der einen Seite handelt es sich um natürliches Sterben und auf der anderen um eine gewaltsame Selbsttötung. Den großen Unterschied sieht *Moos* vor allem in der Todesursache. Während im Falle einer Behandlungsverweigerung iZm einer Krankheit, einem Unfall oder Fremdverschulden der Mensch will was sein Körper will, also den Dingen ein freier Lauf gelassen werden soll, stellt der Freitod einen widernatürlichen gewaltsamen Eingriff dar.²¹⁰ Somit soll das Recht auf medizinische Selbstbestimmung iSv § 110 StGB nur den „natürlich“ Sterbenden zukommen.²¹¹ Die Folge des hier beschriebenen Trennungsprinzips ist, dass Suizidpatienten, auf Grund des Durchbruchs der Garantenpflichtsperre, jedenfalls zu behandeln sind, ob diese wollen oder auch nicht.

Zwar geht auch *Moos* davon aus, dass der Selbstmord nicht rechtswidrig, sondern rechtlich neutral zu bewerten ist. Nach seiner Ansicht ist der Suizid aber jedenfalls sozialetisch verwerflich. Gerade aus den §§ 77 und 78 StGB geht hervor, dass sowohl der Selbstmord

²⁰⁷ *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte² 102, *Andreas*, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015) 185;

²⁰⁸ *Moos* in *Höpfel/Ratz*, WK¹ StGB § 78 Rz 3; Leukauf-Steininger Komm² § 110 Rz 15; EBRV 1971, 242.

²⁰⁹ *Wach*, Strafrechtliche Probleme des Selbstmords, ÖJZ 1978, (479) 483; *Moos*, Sterbehilfe, Selbstmord und die ärztliche Behandlungspflicht von Suizidpatienten, in *Birklbauer*, Recht zu sterben oder Pflicht zu leben? 33; *Schmoller*, Lebensschutz bis zum Ende?, ÖJZ 2000 (361), 363.

²¹⁰ *Moos*, Sterbehilfe, Selbstmord und die ärztliche Behandlungspflicht von Suizidpatienten, in *Birklbauer*, Recht zu sterben oder Pflicht zu leben? 29.

²¹¹ *Moos* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB Vorbemerkungen zu §§ 75-79 Rz 33.

als auch die Tötung auf Verlangen moralisch verwerflich sind, zumal ansonsten die Mitwirkung am Selbstmord nicht als strafwürdig erklärt werden dürfe.²¹²

Dem hält *Schmoller* entgegen und schließt sich damit der Meinung von *Maleczky*²¹³ an, dass es grundsätzlich keine generelle Ermächtigung gibt, die es erlaubt, lebenserhaltende Maßnahmen bei Suizidenten durchzuführen.²¹⁴ Die Verhinderung eines Selbstmordes soll nicht mit der medizinischen Heilbehandlung nach einem Selbstmordversuch verwechselt werden.²¹⁵ Gemeint ist damit, dass für den Fall, dass die Haupttat, der Suizid, scheitert, der überlebende Suizident in der Folge nun ein normaler Patient ist und eine Behandlungsverweigerung iSv § 110 StGB zur Garantenpflichtsperre führt.²¹⁶ Darüber hinaus führt *Schmoller* an, dass es auch zB einem Schwerverletzten, nach einem missglückten Mordversuch, zusteht, die Behandlung abzulehnen und die Todesursache hier jedenfalls auch keine „Natürliche“ darstellt.²¹⁷

Auf die Bezeichnung der „natürlichen Todesursache“ selbst kommt es *Moos* jedoch nicht an, vielmehr soll dadurch eine Abgrenzung zum Suizid geschaffen werden.²¹⁸ Zu den natürlichen Todesursachen sollen neben den biologischen Ursachen, wie zB Krebs oder andere letalen Krankheiten, auch schicksalhafte Ursachen, wie zB Unfälle, aus Verschulden anderer oder auch Nachlässigkeit des Opfers, zählen.²¹⁹ Weiter müssen der Suizidversuch und eine daran anschließende Behandlungsverweigerung sehr wohl als Einheit gesehen werden. Die Behandlungsverweigerung zeigt ganz offensichtlich, dass der Suizident die Tat noch nicht aufgegeben hat, weshalb von einer Sinneinheit auszugehen ist.²²⁰ Auch wenn sich die §§ 77 und 78 StGB auf den Zeitpunkt vor der Tat beziehen, bleibt der Sinn unmittelbar nach dem Suizidversuch der Selbe wie vor der Tat. Entsprechend wäre also der Selbsttötungswille vorher verpönt und danach anerkannt.²²¹

Es sprechen durchaus auch überzeugende Argumente für das Trennungsprinzip, jedoch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass dieses aus einer Zeit stammt, in der in Österreich die Patientenautonomie noch nicht so weit ausgeprägt war wie sie es

²¹² *Moos*, Sterbehilfe, Selbstmord und die ärztliche Behandlungspflicht von Suizidpatienten, in *Birklbauer*, Recht zu sterben oder Pflicht zu leben? 34.

²¹³ *Maleczky*, Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung, ÖJZ 1994, 686.

²¹⁴ *Schmoller* in SbgK § 110 Rz 77.

²¹⁵ *Schmoller* in SbgK § 110 Rz 34.

²¹⁶ *Moos*, Sterbehilfe, Selbstmord und die ärztliche Behandlungspflicht von Suizidpatienten, in *Birklbauer*, Recht zu sterben oder Pflicht zu leben? 38.

²¹⁷ *Schmoller* in SbgK § 110 Rz 77.

²¹⁸ *Moos* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB Vorbemerkungen zu §§ 75-79 Rz 47.

²¹⁹ *Schmoller* in SbgK § 110 Rz 33.

²²⁰ *Halmich*, Die Strafbarkeit unterlassener lebensnotwendiger Heilbehandlung bei Suizidenten 115; *Moos*, Sterbehilfe, Selbstmord und die ärztliche Behandlungspflicht von Suizidpatienten, in *Birklbauer*, Recht zu sterben oder Pflicht zu leben? 38; *Moos* in WK² StGB Vorbemerkungen zu §§ 75-79 Rz 48.

²²¹ *Moos* in *Höpfel/Ratz*, WK² StGB Vorbemerkungen zu §§ 75-79 Rz 48.

heutzutage ist.²²² Gerade durch das PatVG im Jahr 2006, die Vorsorgevollmacht²²³ im Jahr 2007 und mehrere andere Gesetzespassagen hat das medizinische Selbstbestimmungsrecht eine große Aufwertung erfahren,²²⁴ weshalb man davon ausgehen muss, dass die Patientenautonomie einen immer größer werdenden Stellenwert in der Gesellschaft und folglich auch in unserer Rechtsordnung einnimmt. Weiter lässt sich aus § 110 StGB kein Grund entnehmen, weshalb Suizidenten und normale Patienten unterschiedlich zu behandeln wären. Zumal zudem in § 78 StGB keine generelle Ermächtigung zur Behandlung von urteils- und einsichtsfähigen Suizidenten zu sehen ist,²²⁵ muss hier an dieser Stelle der Schluss gezogen werden, dass das Trennungsprinzip aus der heutigen Sicht abzulehnen ist.²²⁶ Daraus folgt, dass die volle Patientenautonomie unabhängig von endogenen oder exogenen Todesursachen jedem urteils- und einsichtsfähigen Patienten zustehen muss. In diesem Sinne geht der hL entsprechend § 110 StGB der Mitwirkung am Selbstmord nach § 78 StGB vor.²²⁷ Weiter resultiert daraus, dass eine Behandlungsverweigerung eines Suizidenten der eines „normalen“ Patienten gleichzusetzen ist und zur Garantenpflichtsperre des Behandelnden führt.

5. Suizidversuch als konkludente Behandlungsverweigerung

Die Frage, die an dieser Stelle noch zu klären bleibt, ist, ob nicht bereits der Versuch sich selbst zu töten gleichzeitig eine konkludente Behandlungsverweigerung für zu Hilfe kommende Einsatzkräfte darstellt. Also bereits die Tatsache, dass eine Person einen Suizidversuch unternommen hat, zu einer Garantenpflichtsperre führt. Von Bedeutung ist diese Frage dann, wenn der Patient nicht mehr ansprechbar ist oder auf Grund einer Bewusstseinsstrübung nicht in der Lage ist, klare Gedanken zu fassen. Hat eine Person einen Suizidversuch unternommen, könnte man gleichzeitig auch annehmen, dass er für den Fall, dass eine Rettung noch möglich ist, jegliche Hilfe ablehnt. Per se von einer konkludenten Behandlungsverweigerung des Suizidpatienten auszugehen, wäre mE falsch, zumal nicht jeder Patient durch seine suizidale Handlung den Exitus zum Ziel hat.²²⁸ So sind Suizidversuche oft auch eine Art Hilferuf des Patienten. Will der Suizident zum Beispiel durch seinen Selbstmordversuch vorrangig einen Appell an einen Mitmenschen richten, spricht man von einer sog. parasuizidalen Geste. Dabei versucht die Person durch das Arrangement des Suizidversuches einen Mahnruf zu übermitteln. Die Methode und der Ort des Suizids

²²² *Halmich*, Die Strafbarkeit unterlassener lebensnotwendiger Heilbehandlung bei Suizidenten 116.

²²³ §§ 284f ff ABGB

²²⁴ *Burgstaller*, Sterbehilfe und Strafrecht in Österreich, JAP 2009/2010, 200 ff (201).

²²⁵ *Maleczky*, Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung, ÖJZ 1994, 686.

²²⁶ *Halmich*, Die Strafbarkeit unterlassener lebensnotwendiger Heilbehandlung bei Suizidenten 117.

²²⁷ *Birkbauer in Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht² X. Rz 86; *Burgstaller*, Sterbehilfe und Strafrecht in Österreich, JAP 2009/2010, 200 ff (202); *Schmoller* in SbgK § 110 Rz 77.

²²⁸ *Bronisch*, Suizid³ 13 f.

werden entsprechend so gewählt, dass sich der Suizident sicher sein kann, noch rechtzeitig gefunden zu werden.²²⁹ Gerade im Zuge der Notfallversorgung des Patienten wird es fast ein Ding der Unmöglichkeit sein, herauszufinden ob es der Patient mit seinem Versuch tatsächlich ernst gemeint hat oder einen Hilferuf loswerden wollte. Zumal sich die wahre Intuition des Patienten während eines Rettungseinsatzes nur sehr schwer feststellen lässt, muss an dieser Stelle logischerweise eine konkludente Behandlungsverweigerung eines Suizidenten ausgeschlossen werden.

6. Exkurs: Abschiedsbrief als Behandlungsverweigerung

An dieser Stelle soll noch kurz die Relevanz einer etwaigen Behandlungsverweigerung in einem Abschiedsbrief erörtert werden. Unter einem Abschiedsbrief versteht man allgemein die letzten hinterlassenen Worte des Suizidenten, in denen der Betroffene oftmals seine Motive²³⁰ oder auch letztwillige Anordnungen mitteilen möchte. Es ist weiter auch durchaus denkbar, dass der Patient in seinem Brief darauf hinweist, dass er jegliche Hilfe ablehnt und nicht gerettet werden will. In diesem Fall bleibt wiederum der Vergleich mit bereits bestehenden Möglichkeiten der Behandlungsverweigerung. Wie bereits oben bei der Helmabnahme²³¹, ist hier ein Vergleich des Abschiedsbriefes mit der gesetzlich geregelten Patientenverfügung die zielführende Methode. Auch wenn sich ein Suizident vorm und während des Suizidversuchs in einer psychischen Ausnahmesituation befindet,²³² muss, wie bereits oben angemerkt, davon ausgegangen werden, dass der Suizident vor und während seiner Tatausführung urteils- und einsichtsfähig ist.²³³ Mangels gegenteiliger Hinweise muss davon ausgegangen werden, dass ein der Suizident auch während des Verfassens eines Abschiedsbriefes fähig war, selbstverantwortlich zu handeln. Zumal ein Abschiedsbrief mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nach einem ärztlichen Aufklärungsgespräch und vor einer in § 6 PatVG genannten Person errichtet worden sein wird, entspricht ein solcher auch dann, wenn eine konkrete Behandlungsmethode abgelehnt wird nicht den strengen Formerfordernissen der §§ 4-7 PatVG. Entsprechend muss man davon ausgehen, dass eine Behandlungsverweigerung in einem Abschiedsbrief jedenfalls keine bindende Wirkung entfachen kann und möglicherweise iSv § 8 PatVG zur Ermittlung des Patientenwillens herangezogen werden kann (beachtliche Verfügung).

Darüber hinaus sind die Retter im Notfall nicht verpflichtet, eine Patientenverfügung zu suchen oder eine vorliegende Verfügung näher zu begutachten, sofern es der Zustand des

²²⁹ Bronisch, Suizid³ 13 f.

²³⁰ https://de.wikipedia.org/wiki/Letzte_Worte, zuletzt abgerufen am 07.04.17

²³¹ siehe III.B.3.

²³² Maleczky, Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung, ÖJZ 1994, 686.

²³³ Halmich, Die Strafbarkeit unterlassener lebensnotwendiger Heilbehandlung bei Suizidenten 94.

Patienten nicht zulässt.²³⁴ Wenn sich die Einsatzkräfte im Notfall nicht mit einer vorhandenen Patientenverfügung befassen müssen, steht die Befassung mit einem Abschiedsbrief jedenfalls außer Frage. Das bedeutet zum einen, dass eine in einem Abschiedsbrief verfasste Behandlungsverweigerung nicht bindend ist, und zum anderen, dass Notarzt oder Sanitäter im Notfall nicht verpflichtet sind, einen Abschiedsbrief auf eine mögliche Behandlungsverweigerung zu untersuchen.

Wird also ein Suizident am Einsatzort erstversorgt, obwohl er in einem Abschiedsbrief gegenteiliges angeordnet hat, ist die daraus ergehende Behandlungsverweigerung nicht bindend. Daher ist im Notfall ein eigenmächtiges Vorgehen der Rettungskräfte, mangels eingeholter Einwilligung, gem § 110 Abs 2 StGB gerechtfertigt.

7. Behandlung von Suizidpatienten iZm §§ 78 und 110 StGB

a) Behandlungswilliger Suizidpatient

Ist der Patient beim Eintreffen des Rettungsteams ansprechbar und willigt sogar in eine Behandlung ein, weil er uU sogar selbst den Notruf abgesetzt hat, ergibt sich weder im Zusammenhang mit der eigenmächtigen Heilbehandlung noch im Zusammenhang mit der Mitwirkung am Selbstmord ein Problem. Haben die Sanitäter erst einmal die Behandlung des Patienten übernommen, sind sie iSd daraus resultierenden Garantenpflicht sogar zur fachmännischen Behandlung des Patienten verpflichtet.

b) Nicht behandlungswilliger Suizidpatient

Sowohl aus juristischer als auch aus menschlicher Sicht entstehen die größten Schwierigkeiten dann, wenn der Patient nach seinem Suizidversuch nicht mit der Behandlung einverstanden ist. Verweigert ein Suizident nach einem noch nicht erfolgreichen oder fehlgeschlagenen Suizidversuch, entgegen allen Überredungsversuchen, jegliche Behandlung, darf der Patient nach der überwiegenden Auffassung nicht behandelt werden. Zwar kommt den Sanitätern durch die Behandlungsübernahme eine Garantenpflicht gegenüber dem Patienten zu, jedoch führt auch eine Behandlungsverweigerung eines Suizidenten iSv § 110 StGB zur Garantenpflichtsperre. Die Behandlungsverweigerung des Suizidenten ist der eines „normalen“ Patienten gleichzusetzen und entlässt somit die Rettungskräfte aus ihrer Pflicht Hilfe zu leisten.

²³⁴ § 12 PatVG

Würde man an dieser Stelle der konträren Meinung von *Moos* folgen, wäre die Behandlungsverweigerung eines Suizidenten für Arzt oder Sanitäter nicht bindend. Vielmehr wären sie aus ihrer Garantenpflicht sogar dazu verpflichtet, den Suizidenten gegen dessen ausdrücklichen Willen zu versorgen. Weiters könnten sich die Rettungskräfte uU sogar gem §§ 78 iVm 2 StGB wegen Mitwirkung am Selbstmord durch Unterlassen strafrechtlich haftbar machen, wenn sie dem Willen des Suizidenten Folge leisten und keine Behandlung vornehmen.

Nachdem der österreichische Gesetzgeber das Selbstbestimmungsrecht in den letzten Jahren deutlich gestärkt hat, ist mE die Meinung von *Moos* überholt. Eine Unterscheidung zwischen Suizidpatienten und anderen Patienten, hinsichtlich der Patientenautonomie, ist nichtmehr einleuchtend und abzulehnen. Verweigert ein Suizident jegliche Versorgung, muss er, so hart dies auch scheinen mag, gem § 110 StGB seinem Schicksal überlassen werden.

c) Nicht urteils- und einsichtsfähiger oder äußerungsunfähiger Suizidpatient

Finden die Rettungskräfte am Einsatzort einen bewusstlosen, nicht urteils- und einsichtsfähigen oder gar reanimationspflichtigen Suizidenten vor, ist klar, dass es nicht möglich sein wird, vom Patienten eine gültige Einwilligung in die folgenden sanitätsdienstlichen Maßnahmen zu bekommen. Wird der Patient daraufhin von den Einsatzkräften versorgt, erfüllt ihr Handeln, mangels rechtsgültiger Einwilligung, den objektiven Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung. Zumal man nicht per se annehmen darf, dass ein Suizident durch den Suizidversuch zugleich konkludent jegliche Behandlung ablehnt, steht der Versorgung weder eine ausdrückliche noch eine konkludente Behandlungsverweigerung des Patienten entgegen. Vielmehr wird die Zustimmung des Suizidenten gem § 110 Abs 2 StGB vermutet, da gerade bei bewusstlosen oder stark bewusstseinsgetrübten Patienten von einer akuten Gefährdung für deren Leben bzw Gesundheit auszugehen ist. Die eigenmächtige Behandlung ist also jedenfalls gem § 110 Abs 2 StGB zu rechtfertigen.

8. Fazit

Festzuhalten ist somit an dieser Stelle, dass es falsch wäre, anzunehmen, dass der Suizident mit seinem Versuch sich selbst zu töten, konkludent jegliche Behandlung ablehnt. Außerdem muss von den behandelnden Personen bei jedem Suizidpatienten gesondert festgestellt werden, ob dieser urteils- und einsichtsfähig ist. Auch wenn sich eine Person während eines Suizidversuchs in einer psychischen Ausnahmesituation befindet, heißt das nicht, dass sie per se nicht zurechnungsfähig ist. Des Weiteren hat sich gezeigt, dass auch

einem Suizidenten, genauso wie jedem anderen Patienten, das Recht auf medizinische Selbstbestimmung zukommt. Zumal der Gesetzgeber das Selbstbestimmungsrecht in der jüngeren Vergangenheit stark ausgeweitet hat, ist die Ansicht von *Moos* jedenfalls überholt.²³⁵ Nach der Ansicht des Autors und der hL macht es keinen Unterschied, ob das Leiden oder eine Verletzung eines Patienten auf einen Suizidversuch zurückzuführen ist, oder nicht. In beiden Fällen kann ein Patient eine rechtsgültige Behandlungsverweigerung abgeben, sofern er natürlich urteils- und einsichtsfähig ist. Entsprechend ist auch bei Suizidenten vor dem Behandlungsbeginn eine Einwilligung einzuholen.

²³⁵ siehe III.D.4.a)(2).

Anhang

Patientenverfügungsgesetz

Gesamte Rechtsvorschrift für Patientenverfügungs-Gesetz, Fassung vom 18.04.2017

Langtitel

Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz - PatVG)
StF: BGBl. I Nr. 55/2006 (NR: GP XXII RV 1299 AB 1381 S. 142. BR: AB 7518 S. 733.)

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Anwendungsbereich

- § 1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen.
(2) Eine Patientenverfügung kann verbindlich oder für die Ermittlung des Patientenwillens beachtlich sein.

Begriffe

- § 2. (1) Eine Patientenverfügung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist.
(2) Patient im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, gleichgültig, ob sie im Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht.

Höchstpersönliches Recht, Fähigkeit der Person

- § 3. Eine Patientenverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden. Der Patient muss bei Errichtung einer Patientenverfügung einsichts- und urteilsfähig sein.

2. Abschnitt

Verbindliche Patientenverfügung

Inhalt

- § 4. In einer verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Aus der Patientenverfügung muss zudem hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt.

Aufklärung

- § 5. Der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung vorangehen. Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt, etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt.

Errichtung

- § 6. (1) Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§ 11e Kranken- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957) errichtet worden ist und der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt worden ist.
(2) Der Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundige Mitarbeiter der Patientenvertretungen hat die Vornahme dieser Belehrung in der Patientenverfügung unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren.

Erneuerung

- § 7. (1) Eine Patientenverfügung verliert nach Ablauf von fünf Jahren ab der Errichtung ihre Verbindlichkeit, sofern der Patient nicht eine kürzere Frist bestimmt hat. Sie kann unter Einhaltung der Formerfordernisse des § 6 nach entsprechender ärztlicher Aufklärung erneuert werden; damit beginnt die Frist von fünf Jahren neu zu laufen.
(2) Einer Erneuerung ist es gleichzuhalten, wenn einzelne Inhalte der Patientenverfügung nachträglich geändert werden. Dabei sind die Bestimmungen über die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung entsprechend anzuwenden. Mit jeder nachträglichen Änderung beginnt die in Abs. 1 genannte Frist für die gesamte Patientenverfügung neu zu laufen.
(3) Eine Patientenverfügung verliert nicht ihre Verbindlichkeit, solange sie der Patient mangels Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht erneuern kann.

3. Abschnitt

Beachtliche Patientenverfügung

Voraussetzungen

- § 8. Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen der §§ 4 bis 7 erfüllt, ist dennoch für die Ermittlung des Willens des Patienten beachtlich.

Beachtung der Patientenverfügung

- § 9. 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.

4. Abschnitt

Gemeinsame Bestimmungen

Unwirksamkeit

§ 10. (1) Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn

1. sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde,
2. ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder
3. der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat.

(2) Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.

Sonstige Inhalte

§ 11. Der Wirksamkeit einer Patientenverfügung steht es nicht entgegen, dass darin weitere Anmerkungen des Patienten, insbesondere die Benennung einer konkreten Vertrauensperson, die Ablehnung des Kontakts zu einer bestimmten Person oder die Verpflichtung zur Information einer bestimmten Person, enthalten sind.

Notfälle

§ 12. Dieses Bundesgesetz lässt medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.

Pflichten des Patienten

§ 13. Der Patient kann durch eine Patientenverfügung die ihm allenfalls aufgrund besonderer Rechtsvorschriften auferlegten Pflichten, sich einer Behandlung zu unterziehen, nicht einschränken.

Dokumentation

§ 14. (1) Der aufklärende und der behandelnde Arzt haben Patientenverfügungen in die Krankengeschichte oder, wenn sie außerhalb einer Krankenanstalt errichtet wurden, in die ärztliche Dokumentation aufzunehmen.

(2) Stellt ein Arzt im Zuge der Aufklärung nach § 5 fest, dass der Patient nicht über die zur Errichtung einer Patientenverfügung erforderlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, so hat er dies, gegebenenfalls im Rahmen der Krankengeschichte, zu dokumentieren.

Verwaltungsstrafbestimmung zum Schutz vor Missbrauch

§ 15. Wer den Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder den Erhalt solcher Leistungen davon abhängig macht, dass eine Patientenverfügung errichtet oder dies unterlassen wird, begeht, sofern die Tat nicht mit gerichtlicher Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 25 000 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 50 000 Euro, zu bestrafen.

5. Abschnitt

Schlussbestimmungen

Personenbezogene Bezeichnungen

§ 16. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Verweisungen

§ 17. Soweit in diesem Bundesgesetz auf andere Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

In-Kraft-Treten

§ 18. Dieses Bundesgesetz tritt mit dem auf den Monat seiner Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft. Patientenverfügungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits errichtet sind, sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nach diesem Bundesgesetz zu beurteilen.

Vollziehung

§ 19. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Justiz betraut.

Literaturverzeichnis

Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht (Stand: 2016)

(Quelle: rdb.at)

Andreas, Praxishandbuch Gesundheitsrecht (2015)

Bertel/Schweighofer/Venier, Österreichisches Strafrecht Besonderer Teil I¹³ (2015)

Bertel/Venier, Strafprozessrecht⁸ (2015)

Birklbauer, Ist die Befassung von Strafgerichten mit ärztlichen Behandlungsfehlern noch zeitgemäß?, RdM 2009

Birklbauer (Hrsg.), Recht zu sterben oder Pflicht zu leben? (2002)

Birklbauer/Hilf/Tipold, Strafrecht Besonderer Teil I³ (2015)

Brandstetter/Zahl, Die strafrechtliche Haftung des Arztes, RdM 1994

Bronisch, Der Suizid³ (1999)

Burgstaller, Sterbehilfe und Strafrecht in Österreich, JAP 2009/2010

Burkowski/Halmich, Sanitätergesetz (2016)

Fabrizy, Kommentar zum Strafgesetzbuch¹² (2016)

Fuchs/Ratz (Hrsg.), Wiener Kommentar zur Strafprozessordnung (Stand: 2017)

(Quelle: rdb.at)

Fuchs/Reindl-Krauskopf, Strafrecht Besonderer Teil I⁵ (2015)

Gleixner-Eberle, Die Einwilligung in die medizinische Behandlung Minderjähriger (2014)

Halmich, Die Strafbarkeit unterlassener lebensnotwendiger Heilbehandlung bei Suizidenten (2010)

Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² (2016)

Harbich, Das Recht zu sterben – Lebensverlängerung um jeden Preis?, Rz 1968

Hinteregger/Ferrari, Familienrecht⁷ (2015)

Höpfel/Ratz (Hrsg.), Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch¹ (Von 1979-1996 in Teillieferung)

Höpfel/Ratz (Hrsg.), Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch² (Seit 1999 in Teillieferung)

(Quelle: rdb.at)

Kathrein, Das Patientenverfügungs-Gesetz, ÖJZ 2006

Kerschner/Lang, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht als neue Vorsorgeinstrumente RFG 2007

Kert, Sterbehilfe, JAP 2005/2006

Kletečka/Schauer, ABGB-ON Kommentar zum Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch^{1.02}

(Stand: 2017) (Quelle: rdb.at)

Kneihs, Die "tobende Psychose" und die Rolle des Rettungsdienstes, RdM 2005

Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz (2007)

Koziol/Bydlinski/Bollenberger, Kurzkommentar zum ABGB³ (2010)

- Kunz/Gepart*, Erteilung einer Vorsorgevollmacht für künftige medizinische Behandlungen,
iFamz 2006
- Leukauf/Steininger* (Hrsg.), Kommentar zum österreichischen StGB² (1985)
- Leukauf/Steininger* (Hrsg.), Kommentar zum österreichischen StGB⁴ (2017)
- Maleczky*, Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung, ÖJZ 1994
- Memmer*, Patientenverfügungen, iFamZ 2006
- Memmer/Kern* (Hrsg.), Patientenverfügungsgesetz (2006)
- Memmer/Till*, Patientenverfügung und Rettungsdienst, ZfG 2016
- Mitgutsch/Wessely* (Hrsg.), Handbuch Strafrecht Besonderer Teil I (2013)
- Österreichisches Rotes Kreuz, Rettungshilfe (2014)
- Österreichisches Rotes Kreuz, Rettungshilfe (2016)
- Perner*, Ärztliche Nachforschungspflicht und ELGA, ÖJZ 2013
- Ploier/Petutschnigg*, Die Patientenverfügung: alles Wissenswerte für Patienten, Ärzte und
Juristen: Beispiele, Checklisten, Praxistipps, Muster (2007)
- Resch/Wallner* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht² (2015)
- Rummel* (Hrsg.), Kommentar zum Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch³ 1. Band (2000)
- Rummel/Lukas* (Hrsg.), Kommentar zum Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch⁴ (2014)
- Schmölzer/Mühlbacher*, StPO Strafprozessordnung Praktikerkommentar^{1.02} (2015)
(Quelle: lexisnexus.com)
- Schwimann*, ABGB-Taschenkommentar³ (2015)
- Seiler*, Strafprozessrecht¹² (2012)
- Statistik Austria*, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015 (2017)
- Steininger*, Strafrecht Allgemeiner Teil I (2013)
- Traar/Pesendorfer/Fritz/Barth*, Sachwalterrecht und Patientenverfügung (2015)
- Triffterer/Rosbaud/Hinterhofer* (Hrsg.), Salzburger Kommentar zum Strafgesetzbuch, Band 3
(§§ 80-120 StGB) 34. Lfg (2016) (Quelle: lexisnexus.com)
- Wach*, Strafrechtliche Probleme des Selbstmords, ÖJZ 1978
- Wegscheider*, Strafrecht Besonderer Teil² (2006)
- Zagler*, Strafrecht Besonderer Teil (2000)