Journal für
Kardiologie
Austrian Journal of Cardiology
Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauferkrankungen

Ethik und Recht der Reanimation: Wann mus man anfangen, wann soll man aufhören?
Kletecka-Pulker M
Journal für Kardiologie - Austrian Journal of Cardiology 2014; 21 (Supplementum A), 5-8

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

www.kup.at/kardiologie

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

P.b.b. 02Z031105M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

16. LANDSTEINER TAGUNG

SCIENCE UPDATE: HERZ, HIRN UND GEFÄSSE

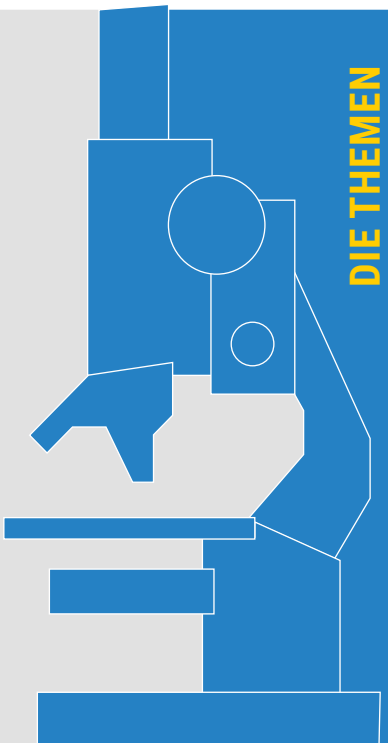
Sa, 7. Nov. 2026
ab 8:30 bis 13 Uhr

Klinik Floridsdorf,
Brünner Straße 68, 1210 Wien

ANMELDEN

Anmeldung & Information:
www.karl-landsteiner.at
events@karl-landsteiner.at

Die Teilnahme ist kostenlos.



DIE THEMEN

- Neue Methoden in der pAVK Therapie
  Thomas Rand
- Der Roboter in der Herzchirurgie
  Bernhard Winkler
- Der totalimplantierbare Herzschrittmacher
  Thomas Aschacher
- Interventionelle Septotomie
  Hubert Trnka
- Chronisches Koronarsyndrom: Revaskularisation vs konservative Therapie. Was ist prognoserelevant?
  Georg Delle-Karth
- Neues in der Sekundärprophylaxe des ischämischen Schlaganfalls
  Peter Lackner
- Vorhofflimmern 2026: Frühe Rythmuskontrolle und Antikoagulation. Was ist neu?
  Ekaterini Skyllouriotis
- Herzklappenersatz bei jungen Patientinnen und Patienten
  Dominik Wiedemann

DFP Die Veranstaltung ist mit 5 DFP-Punkten der ÖÄK approbiert (ID 1061761).

In Kooperation mit: Wiener Gesundheitsverbund | Für die Stadt Wien

Mit freundlicher Unterstützung durch: MSD INVENTING FOR LIFE

ABBOTT

HeartMate 3™ LVAD

Die LVAD-Therapie ist für ausgewählte Patient:innen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz in den **ESC-Leitlinien 2026 nun eine Klasse I Empfehlung.**

Abbott Medical Austria GmbH | Perfektastrasse 84A | 1230 Wien | www.cardiovascular.abbott

Kurze Zusammenfassung: Bitte beachten Sie vor der Anwendung dieser Produkte die vollständige Aufzählung der Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen, potenziellen Komplikationen und Anwendungsvorschriften in der Gebrauchsanweisung.
© 2026 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. | ™ Bezeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe. | MAT-2680469 v1.0 | Dieses Dokument ist nur zur Verwendung in Österreich zugelassen.

Ethik und Recht der Reanimation: Wann muss man anfangen, wann soll man aufhören?

M. Kletečka-Pulker

Kurzfassung: Ärzte dürfen im Fall drohender Lebensgefahr die Erste Hilfe nicht verweigern. Wie auch in allen anderen Bereichen der Medizin und Pflege ist hier freilich auch der Wille des Patienten maßgeblich. Im Fall einer Reanimation handelt es sich in der Regel um einen Notfall, in welchem der Patient nicht mehr zustimmen oder ablehnen kann. Wieweit kann in solch einer Situation der Wunsch des Patienten rechtlich relevant sein? Der folgende Beitrag zeigt auf, welche Möglichkeiten ein Patient hat, antizipiert eine mögliche Reanimation abzulehnen und inwieweit ein Arzt im Notfall an eine solche Verfügung des Patienten gebunden ist. Darüber hinaus wird untersucht, ob Ärzte jedenfalls immer eine Reanimation durchführen müssen bzw. wann eine solche möglicherweise beendet werden kann. Zuletzt wird auf die neue Empfehlung der Biomedizinkommission zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende eingegangen.

Schlüsselwörter: Patientenwille, Selbstbestimmung, Uneingeschränktes Vetorecht des Patienten, Verpflichtung zur Ersten Hilfe, Unterlassung der Ersten Hilfe, antizipierter Patientenwille, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht

Abstract: Ethical and Legal Aspects of Reanimation: When do you have to Start, and when should you Stop? Abstract: Doctors are not allowed to withhold first aid in case of impending danger of live. Akin to other areas of medicine and nursing, the patient's will has to be taken into account. If we are dealing with reanimation, normally, it is a medical emergency, in which the patient is unable to consent (or decline treatment). To what extent can the wish of the patient be legally relevant in such situations? The following contribution discusses the options of the patient anticipating the refusal of a possible reanimation and the extent a doctor is bound by such a refusal of the patient in emergency situations. Furthermore, it is discussed whether doctors have to conduct a reanimation in every case and when a reanimation can be terminated. Finally, the article will present the recent recommendation of the Austrian bioethics council on the terminology of medical decisions at the end of life. **J Kardiol 2014; 21 (Suppl A): 5–8.**

Key words: patient's will, autonomy, unrestricted right to veto medical decisions, duty to provide first aid, omission of first aid, anticipated patient's will, patient's living will, health care proxy

Einleitung

Das Ärztegesetz (ÄrzteG) legt fest, dass der Arzt die Erste Hilfe im Fall drohender Lebensgefahr nicht verweigern darf[1]. In Krankenanstalten wird diese Hilfeleistungspflicht noch verschärft, wonach niemandem die unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe verweigert werden darf[2]. Wie in allen anderen Bereichen der Medizin ist hier freilich auch der Wille des Patienten maßgeblich. Da es sich meist aber um Notfallsituationen handelt und viele Patienten keine antizipierten Willenserklärungen verfasst haben, liegt die Entscheidung, ob eine Reanimation durchzuführen ist, in der Regel beim betroffenen Arzt. In jedem Einzelfall muss entschieden werden, ob die Reanimation überhaupt noch medizinisch indiziert ist. In manchen Fällen kann das Unterlassen der Reanimation zulässig bzw. sogar rechtlich geboten sein.

Um den rechtlichen Handlungsspielraum dabei klarer aufzuzeigen, werden im folgenden Beitrag die rechtlichen Rahmenbedingungen näher dargelegt.

Dringend notwendige ärztliche Hilfe

Neben dem Ärztegesetz enthalten auch die meisten Berufsrechte der Gesundheitsberufe Bestimmungen, die vorsehen, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe im Notfall verpflichtet sind, notwendige Hilfsmaßnahmen zu ergreifen. Selbst wenn rechtliche Bestimmungen vorschreiben, dass eine dringend notwendige ärztliche Hilfe nicht verweigert werden darf, setzt dies voraus, dass der Patient der Maßnahme zustimmt bzw. bei akuten Notfällen, in denen der Patient nicht ansprechbar ist, dies zumindest nicht antizipiert abgelehnt hat. Diese Ausführungen zeigen bereits klar, dass es für die rechtmäßige Durchführung einer Heilbehandlung zweier Voraussetzungen bedarf: Einerseits darf eine medizinische Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn sie medizinisch indiziert ist. Ob eine medizinische Indikation vorliegt, entscheidet der behandelnde Arzt. Dies ist allerdings – vor allem in medizinischen Notfallsituationen – nicht immer einfach und eindeutig zu beurteilen.

Andererseits bedarf es für den Eingriff in die körperliche Integrität – also z. B. für eine Reanimation – unabhängig vom Vorliegen der medizinischen Indikation der Zustimmung des einsichts- und urteilsfähigen Patienten [1]. In der Regel ist der Patient in medizinischen Notfällen jedoch nicht einsichts- und urteilsfähig, weil er nicht ansprechbar ist. Da in medizinischen Notfällen grundsätzlich die Zeit nicht reicht, um einen etwaigen gesetzlichen Vertreter zu kontaktieren bzw. wenn es noch keinen gibt, einen solchen zu beantragen, hat der Gesetzgeber eine sogenannte Notfallsregelung geschaffen. Dies bedeutet, dass der Behandler ohne Einwilligung des Patienten behandeln darf, wenn durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre[3]. Hätte dem Behandler allerdings bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt bewusst sein können, dass die vermeintliche Gefahr nicht besteht, macht er sich der eigenmächtigen Heilbehandlung strafbar, wenn er ohne Zustimmung des Patienten eine Behandlung durchführt[4].

[1] § 48 ÄrzteG. Ähnliche Bestimmungen enthalten auch die Berufsrechte anderer Gesundheitsberufe, wie zB § 6 HebG, § 4 Abs 3 GuKG etc.

[2] § 23 Abs 1 KAKuG

Eingelangt am 8. Juli 2013; angenommen am 15. Juli 2013; Pre-Publishing Online am 7. März 2014

Aus dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Medizinische Universität Wien
Korrespondenzadresse: Mag. Dr. iur. Maria Kletečka-Pulker, Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Spitalgasse 2; E-Mail: maria.kletecka-pulker@univie.ac.at

[3] § 110 Abs 2 StGB

[4] Vgl. dazu näher Bertel C; in: WK2 § 110 Rz 34 [2]

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

Die Reanimation ist in der Regel ein medizinischer Notfall, sodass diese Maßnahme auch ohne die Zustimmung des Patienten durchgeführt werden darf bzw. muss – es sei denn, der Patient hat diese Maßnahme vorab schon abgelehnt[5].

Unterlassen bzw. Beenden der Reanimation mangels medizinischer Indikation

Wie schon eingangs erwähnt, haben die Angehörigen der Gesundheitsberufe im Fall von Lebensgefahr grundsätzlich die Verpflichtung, Hilfe zu leisten, sofern der Patient diese nicht ablehnt. Stellt der Arzt aber nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft fest, dass eine Behandlung medizinisch nicht indiziert oder mangels Wirksamkeit nicht mehr erfolgversprechend ist, besteht keine Behandlungspflicht. Eine medizinische Indikation ist nicht mehr gegeben, wenn die Behandlung mangels Wirksamkeit nicht mehr erfolgversprechend oder aussichtslos ist [2–4]. Ob eine Reanimation noch medizinisch indiziert ist, ist keine juristische Frage, sondern muss vom Mediziner beurteilt werden. Maßgeblich hierfür sind Leitlinien oder Empfehlungen der entsprechenden Fachgesellschaften (z. B. [5, 6].) Nach dem Erlass des Bundesministeriums für Justiz[6] gehören „insbesondere hier auch jene Fälle dazu, in welchen der Sterbeprozess bereits unaufhaltsam eingetreten ist und durch eine weitere medizinische Intervention nur verlängert würde." Die technisch-apparative und/oder medikamentöse Möglichkeit, das Leben eines Sterbenden künstlich zu verlängern, begründet für sich allein keine Rechtspflicht, dies auch zu tun [7]. Die palliative Betreuung, insbesondere die Schmerzlinderung, gehört jedenfalls zu den rechtlich gebotenen Leistungen (Patientenrecht auf würdevolles Sterben)[6].

In diesem Zusammenhang treten vor allem spannende ethische Fragestellungen auf, wie jene nach der Grenze zwischen sinnvoller Lebenserhaltung und unzumutbarer Leidensverlängerung [8]. Diese Situationen sind nicht nur für die Angehörigen, sondern auch für das Notfall- bzw. Behandlungsteam enorm belastend. Es stellt sich die Frage, wer nach welchen Bewertungskriterien zu entscheiden hat, ob die Reanimation überhaupt noch durchgeführt bzw. beendet werden soll. Ob mögliche erreichbare Behandlungsziele für den Patienten auch erstrebenswert sind, ergibt sich nicht aus dem medizinischen Fachwissen [9]. In Therapiezielen und Therapieentscheidungen sind Wertvorstellungen des Patienten unabdingbar. Sie sollten jedoch nicht in die Indikationsstellung einfließen [8].

Neue Empfehlung der Bioethikkommission

Im Jahr 2011 hat sich auch die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt mit diesem Thema beschäftigt und eine Empfehlung zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende [10] veröffentlicht. Zum einen wird darin empfohlen, von der bisher verwendeten Terminologie „aktiver", „passiver" und „direkter", „indirekter" Sterbehilfe abzugehen, da diese Begriffe nicht mehr zeitgemäß seien. Darüber hinaus sind die Ärzte oft verunsichert, inwieweit sie dem Willen des Patienten entsprechen müssen/dürfen, ohne dabei strafrechtliche Grenzen zu überschreiten. Die Empfehlung sieht die Begriffe „Sterbebegleitung", „Therapie am Lebensende" und „Sterben zulassen" vor. Für die Thematik „Reanimation von unheilbar Kranken" ist vor allem letzterer relevant. Die Bioethikkommission versteht unter „Sterben zulassen", dass eine unter kurativer Therapiezielsetzung als lebensverlängernd bezeichnete medizinische Maßnahme unterlassen werden kann, wenn der Verlauf der Krankheit eine weitere Behandlung nicht sinnvoll macht und/oder der Sterbeprozess dadurch verlängert wird. Die Begleitung und Unterstützung des Patienten ist immer erforderlich, sofern der Patient dies wünscht.

Unterlassen der Reanimation aufgrund der Ablehnung eines Patienten

In vielen Fällen ist aber die Reanimation nicht *per se* auch ein Notfall im Rechtsinn, da Patienten genau für diese Situation vorsorgen und die Reanimation ablehnen. Im Fall einer gültigen Ablehnung darf die Reanimation erst gar nicht begonnen werden. Die Zahl der Patienten, die sich mit den Themen Krankheit und Sterben auseinandersetzen, nimmt langsam zu, was dazu führt, dass die rechtlichen Möglichkeiten, eine medizinische Maßnahme auch antizipiert abzulehnen, wie z. B. die Reanimation oder die künstliche Ernährung, vermehrt vor allem in der letzten Lebensphase genutzt werden. Es kann jede medizinische – auch lebensnotwendige – Maßnahme abgelehnt werden [11]. Der Patient hat ein uneingeschränktes Vetorecht [4, 11]. Es ist nicht erforderlich, dass Gründe für die Ablehnung bekannt gegeben werden.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, eine Behandlung vorab abzulehnen. Die bekannteste davon ist die Errichtung einer verbindlichen oder beachtlichen Patientenverfügung, in welcher bestimmte medizinische Maßnahmen abgelehnt werden können [12]. Eine Patientenverfügung ist nur dann verbindlich, wenn sie die inhaltlichen Voraussetzungen und die strengen Errichtungsvorschriften erfüllt. In einer verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen[7]. Zudem ist es nötig, dass die verbindliche Patientenverfügung schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen errichtet worden und nicht älter als 5 Jahre ist[8]. Durch diese hohen Anforderungen soll gewährleistet werden, dass der Patient eine wohlüberlegte, ernsthafte Entscheidung trifft[9].

Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen der inhaltlichen und formellen Kriterien einer verbindlichen Patientenverfügung aufweist, stellt eine beachtliche Patien-

[5] § 110 Abs 2 StGB, § 146c Abs 3 ABGB, § 8 Abs 3 KAKuG

[6] Siehe dazu Erlass „Reanimation von Sterbenden" des BMJ unter GZ 1004168/0001-I 7/2008 veröffentlicht Aigner/Schwamberger, RdM 2009/14

[7] § 4 PatVG

[8] § 6 PatVG

[9] RV 1299 BlgNr 22. GP 6

tenverfügung dar, die für die Ermittlung des Willens des Patienten beachtlich ist[10]. Die 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[11]. In vielen Fällen geht auch aus einer beachtlichen Patientenverfügung der Wille des Patienten so eindeutig hervor[12], sodass die Ärzte sich an diese Weigerung halten müssen. Eine Studie des Institutes für Ethik und Recht in der Medizin [13] über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG) hat gezeigt, dass in Österreich z. B. viele ALS- (Amyotrophe Lateralsklerose-) Patienten bloß beachtliche Patientenverfügungen haben, die allerdings so klar den Willen des Patienten darstellen, dass sich die Ärzte an die Weigerung, künstlich beatmet zu werden, halten.

Entscheidend ist bei der Patientenverfügung, in welcher Lebenssituation der Patient diese Verfügung errichtet hat. Ist ein Patient bereits erkrankt und kennt den weiteren Verlauf seiner Erkrankung, ist es für ihn einfacher, eine Patientenverfügung zu erstellen, als für eine Person ohne konkrete Krankheiten, die die Patientenverfügung für ein sehr allgemein gefasstes, würdevolles Sterben einsetzen möchte [14].

Problem: Notfall

Ein Problem der Patientenverfügung ist für manche Patienten die Notfallregelung in § 12 PatVG, wonach Maßnahmen der medizinischen Notfallversorgung nicht durch die Suche nach einer Patientenverfügung hinausgezögert werden müssen[13]. Nach dieser Bestimmung kann die medizinische Notfallversorgung durchgeführt werden, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet. Ist aber in der Notfallseinrichtung oder in einer anderen Versorgungseinrichtung die Patientenverfügung bekannt, z. B. weil sie in der Krankengeschichte dokumentiert ist, muss diese beachtet werden. Aber gerade die Patienten, die an einer absehbaren oder unheilbaren Krankheit leiden, und auch diejenigen, die aus grundsätzlichen Erwägungen oder religiösen Gründen heraus bestimmte medizinische Maßnahmen ablehnen, wollen, dass auch der ankommende Notarzt sich an die Patientenverfügung halten muss. Sie wünschen sich, dass der Notarzt die Situation in ihrem Sinne als Sterben und nicht als Notfall interpretiert und entsprechend keine Maßnahmen außer Schmerzlinderung vornimmt.

Keine zentrale Registrierung der Patientenverfügung

Ein großer Nachteil der Patientenverfügung ist auch das Fehlen einer zentralen Dokumentation [13]. Zwar sind allfällige Patientenverfügungen in der Krankengeschichte einer Krankenanstalt zu dokumentieren[14], damit diese dann für die Behandlungsentscheidung in einem arbeitsteiligen Prozess zur Verfügung stehen; dies greift allerdings nur dann, wenn die Patientenverfügung bekannt ist. Durch die Schaffung einer zentralen Dokumentation oder Registrierung in Verbindung mit einer entsprechenden Abfragepflicht könnte es ermöglicht werden, dass auch anderen Einrichtungen bei Bedarf und ohne mühsame Recherchen eine Patientenverfügung zugänglich ist[15]. Bis zu einer möglichen gesetzlichen Änderung bzw. Schaffung eines zentralen Registers hat der Patient eine Art „Bringschuld“[16]. Er muss immer dafür sorgen, dass er die Patientenverfügung mit sich trägt bzw. den Ärzten rechtzeitig zur Kenntnis gelangt, was in einem medizinischen Notfall oft schwer möglich ist.

Ablehnung der Reanimation durch Vorsorgebevollmächtigten

Umfassender kann der Patient seine Selbstbestimmung antizipiert durch eine Vorsorgevollmacht wahrnehmen. Dazu schließt der Patient, solange er noch einsichts- und urteilsfähig ist, mit einer oder mehreren Personen einen Bevollmächtigungsvertrag, in welchem er festhält, welche Aufgaben und Verpflichtungen der Vorsorgebevollmächtigte hat. Er kann diesen Willen auch durch eine Patientenverfügung bestärken. Der Vorsorgebevollmächtigte muss dem subjektiven Willen des Vollmachtgebers dann entsprechen, auch wenn der subjektive Wille z. B. dem objektiven Wohl widerspricht. Darin liegt auch der Unterschied zum Sachwalter, der vom Gericht bestellt wird, wenn ein Patient nicht einwilligungsfähig ist, bestimmte Entscheidungen getroffen werden müssen und keine rechtlichen Vorsorgemaßnahmen getroffen hat. Anders als der Vorsorgebevollmächtigte hat der Sachwalter nicht so weitreichende Entscheidungsbefugnisse. So ist bei schwerwiegenden Behandlungen neben der Zustimmung des Sachwalters zusätzlich noch eine Bestätigung eines unabhängigen Arztes erforderlich. Aus dieser muss hervorgehen, dass der Patient nicht über die erforderliche Einsichts- und Urteils-

[10] § 8 PatVG

[11] § 9 PatVG

[12] In diesem Fall spricht man von einer qualifiziert beachtlichen Patientenverfügung.

[13] ErlRV 1299 BlgNR 22. GP, 9; vgl. auch Kopetzki C. Das Patientenverfügungs-Gesetz im System der Rechtsordnung – Wirkungen und Nebenwirkungen, in: Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker (Hrsg). Das österreichische Patientenverfügungsgesetz (2007) 127 (139 f); Kletečka-Pulker. Grundzüge und Zielsetzungen des Patientenverfügungs-Gesetzes. In: Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker (Hrsg). Patientenverfügungsgesetz 81 (86)

[14] § 10 Abs 1 Z 7 KAKuG

[15] Vgl. dazu das „Widerspruchsregister“ zur Organentnahme, welches beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (GÖG) seit Langem elektronisch geführt wird. Eine entsprechende Abfrageverpflichtung für entnehmende Krankenanstalten enthält § 62e KAKuG.

[16] Pesendorfer U. In: Barth/Ganner (Hrsg). HB Sachwalterrecht 430

fähigkeit verfügt und die Vornahme der Behandlung zur Wahrung seines Wohles erforderlich ist[17].

Unterlassen der Reanimation aufgrund von AND-Order

Ist ein Patient z. B. aufgrund einer chronischen Erkrankung immer wieder in ärztlicher Behandlung oder stationär aufgenommen, empfiehlt es sich, bestimmte medizinische Situationen, die eintreten können, vorab zu besprechen und den Willen des Patienten in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Darüber hinaus sollte man den Patienten auf die rechtlichen Möglichkeiten antizipierter Selbstbestimmung hinweisen. Wenn die Angehörigen der Gesundheitsberufe den Willen des Patienten genau kennen, erleichtert ihnen dies in der Regel ihre Entscheidung, wie sie im medizinischen Notfall vorgehen sollen. Sogenannte DNR- („do not resuscitate"-) Order – neuerdings genannt AND-Order („allow natural death") [15] – ist im Idealfall aufgrund des Willens des Patienten und nach ausführlicher Teambesprechung vermerkt worden. Aufgrund solcher Vermerke soll gewährleistet werden, dass dem Willen des Patienten Rechnung getragen wird und auch Angehörige von Gesundheitsberufen, die gerade neu zum Team dazu stoßen, sofort Bescheid wissen und entsprechend reagieren können. Der einzelne Arzt ist allerdings an diesen Vermerk rechtlich nicht gebunden. In besonders schwierigen Fällen empfiehlt sich eine fachliche Zweitmeinung, eine Ethikberatung oder das Einholen des Votums eines klinischen Ethikkomitees. Entscheidend ist, dass vor allem in sehr schwierigen Fällen oder bei Konflikten mit Angehörigen eine partizipative Entscheidung („shared decision making process") gefunden wird, die sich an dem geäußerten oder mutmaßlichen Willen bzw. den Vorstellungen des Patienten orientiert [8].

Berücksichtigung des Wunsches der Angehörigen?

Wie geht man nun mit Situationen um, wo Sanitäter oder Notärzte gerufen werden und eine Person vorfinden, an der eine sofortige Reanimation durchgeführt werden sollte, deren anwesende Ehegatte oder Angehörige allerdings mitteilen, dass der Patient eine Reanimation abgelehnt und sich immer einen raschen Tod gewünscht hat? In diesen Fällen ist große Vorsicht geboten, da weder der Ehegatte noch sonstige Angehörige *per se* gesetzliche Vertreter sind und eine solche Entscheidung treffen können. Darüber hinaus kann in keinerlei Weise nachgeprüft werden, ob sich die Angaben der Angehörigen mit dem Willen des betroffenen Patienten decken. Grundsätzlich können Angaben von Angehörigen wichtig sein, um einen etwaigen mutmaßlichen Willen des Patienten zu erforschen. Allerdings birgt dies immer eine große Gefahr und es muss sorgfältig geprüft werden – was in der Notfallsituation keinesfalls möglich ist. Daher kann in medizinischen Notfallsituationen auf solche Äußerungen vermeintlicher Angehöriger keine Rücksicht genommen werden. Ist der Wille des Patienten nicht bekannt und nicht feststellbar, ist im Zweifel anzunehmen, dass er weiterleben möchte, sodass jede erforderliche medizinische Maßnahme, wie z. B. die Reanimation, durchzuführen ist.

[17] § 283 Abs 2 ABGB

Resümee

Entscheidend für die Durchführung einer Reanimation sind die Selbstbestimmung des Patienten und die medizinische Indikation, die vom Arzt beurteilt werden muss. Im Hinblick auf die Stärkung der Mündigkeit und Autonomie der Patienten empfiehlt es sich, Patienten künftig intensiv über ihre Möglichkeiten bei Behandlungsentscheidungen zu informieren und die rechtlichen Möglichkeiten, antizipiert möglichst lange selbstbestimmt zu agieren, auszuschöpfen. Besonders in medizinisch schwierigen Fällen oder bei Konflikten mit Angehörigen erleichtert ein klarer Wille des Patienten bzw. Informationen über dessen Lebensvorstellungen oder Therapieziele die Behandlungsentscheidung. Letztlich empfiehlt sich im klinischen Alltag zur Unterstützung des Teams die Etablierung einer Ethikberatung oder eines Ethikkomitees, um Entscheidungen in komplexen Situationen partizipativ zu treffen.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Kletečka-Pulker M. Instrumente und Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten. In: Körtner U, Müller S, Kletecka-Pulker M, Inthorn J (Hrsg). Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Verlag Springer, Wien/New York, 2009.

2. Bertel C. In: Wiener Kommentar K2 StGB §110 RZ2. 87. Lieferung (Juni 2012). Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 2012.

3. Kletečka-Pulker M. Therapieentscheidungen am Lebensende aus rechtlicher Sicht. Klinik 2012; 1: 52 f.

4. Bernat E. Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten. JBl 2009; 129–32.

5. Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. Wien Klin Wochenschr 2004; 116: 763–7.

6. Nolan JP et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 2010; 81: 1219–76.

7. Aigner G, Kletečka A, Kletecka-Pulker M, Memmer M. Handbuch Medizinrecht. Verlag Manz, Wien, 2011; I/56.

8. Dinges S, Oehmichen F. Lebenserhaltung um jeden Preis?, Intensiv- und Notfallbehandlung 2012; 3: 146–51.

9. Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen. Dtsch Med Wochenschr 2011; 135: 570–4.

10. Empfehlung der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende vom 27. Juni 2011; abrufbar unter: http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=46713.

11. Kopetzki C. Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. iFamZ 2007; 4: 197–204.

12. Körtner UHJ, Kopetzki C, Kletecka-Pulker M (Hrsg). Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte. Verlag Springer, Wien/New York 2007; 81–96.

13. Kopetzki C. Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG) (2009) des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin; abrufbar unter www.ierm.at.

14. Inthorn J, Kletečka-Pulker M. Ergebnisse der ersten Phase der Evaluationsstudie zum Patientenverfügungs-Gesetz. Die Patientenverfügung als ein Weg zum „guten Sterben"?, iFamZ 2008; 5: 139–41.

15. Wallner J. Die richtigen Worte für medizinische Entscheidungen am Lebensende finden. Wien Klin Wochenschr 2008; 120: 647–54.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☑ Medizintechnik-Produkte

Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik

Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH

Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH

InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**