

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI Neurochir Psychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Rechtliche Aspekte des Therapieabbruchs

Russegger T

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2003; 4 (2), 46-49

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroI Neurochir Psychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

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

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



DGNC



© engel.ac-book.ac.be

2026

7.–10. Juni

AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch

Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

dgnc-kongress.de

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



RECHTLICHE ASPEKTE DES THERAPIE- ABBRUCHS

VORTRAG BEI DER GEMEINSAMEN TAGUNG DER ÖSTERR. GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE UND DER ÖSTERR. GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, GMUNDEN, 24.–27. 4. 2002

T. Russegger

Salzburger Patientenvertretung

RECHT

EINLEITUNG

„Leben ist alles – und Sterben nur ein Betriebsunfall“ [1]. So lautete vor einiger Zeit die große Überschrift eines Artikels in einer österreichischen Tageszeitung. Dieser Artikel befaßte sich mit „Sterben“, mit dem Umgang mit dem Tod in unserem und anderen Kulturkreisen. „Der Tod“, so wurde ausgeführt, „war in der Geschichte der Menschheit immer in den Lebenszyklus integriert und wurde in der Romantik sogar ästhetisiert.“ Ein Soziologe und Ethnologe wurde wie folgt zitiert: „Seit dem 19. Jahrhundert betrachtet man den Tod jedoch zunehmend als schmutzig, peinlich, unschicklich – als unwiderwärtliches Scheitern und peinlichen Störfaktor des ärztlichen Tuns“ [1].

Das zuletzt Gesagte wird, beinahe provokant, ergänzt um folgende weitere Zeitungsschlagzeile: „Der Tod ist medizinisch nicht vorgesehen“ [2]. Es wurde über einen unheilbar erkrankten Neunzigjährigen berichtet, der mit einer hochdosierten Chemotherapie behandelt worden war.

In diesem Zusammenhang möchte ich eine Aussage von Papst Johannes Paul II. anschließen, der mit folgendem Satz anlässlich eines Empfanges für die Teilnehmer eines internationalen Krebskongresses im März 2002 in Rom zitiert wurde: „Man soll das Leben sterbenskranker Menschen nicht durch therapeutische Verbissenheit verlängern“ [2]. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2003; 4 (2): 41–3.

GRUNDSÄTZLICHES ZUM VERHÄLTNIS PATIENT–ARZT

Der ärztliche Behandlungsvertrag ist die Grundlage der Patient-Arzt-Beziehung. Der Arzt hat aus diesem Behandlungsvertrag heraus die Pflicht, dem Patienten die den Umständen

entsprechende bestmögliche medizinische Versorgung zuteil werden zu lassen, also eine sorgfältige medizinische Behandlung *lege artis* unter Bedachtnahme auf die einschlägigen Rechtsvorschriften. Einen bestimmten Erfolg schuldet der Arzt hierbei nicht. (Auf § 49 Ärztegesetz ist zu verweisen: „Der Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden oder Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich laufend ... fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.“) Der Patient hat, die Selbstbestimmungsfähigkeit vorausgesetzt, das Recht, über das „Ob“ und das „Wie“ einer Behandlung zu entscheiden. Dies leitet sich aus dem Persönlichkeitsrecht auf Selbstbestimmung ab.

Eine Behandlung ohne Einwilligung (eine rechtswirksame Zustimmung/ Einwilligung setzt eine vorherige Aufklärung voraus) des urteils- und einsichtsfähigen Patienten (die Urteils- und Einsichtsfähigkeit ist die Fähigkeit, Grund und Bedeutung einer Maßnahme einzusehen und seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen bzw. bestimmen zu können) ist rechtswidrig und ein Verstoß gegen § 110 Strafgesetzbuch („Eigenmächtige Heilbehandlung“). Auch einwilligungsunfähige Patienten dürfen, das sei an dieser Stelle angemerkt, nicht ohne jede Zustimmung behandelt werden. Ausgenommen sind sogenannte „Gefahr-in-Verzug-Situationen“ [4].

RECHTLICHE SITUATION DER STERBEHILFE IN ÖSTERREICH

Aktive (direkte) Euthanasie

Hier ist auf folgende Bestimmungen zu verweisen:

§ 75 Strafgesetzbuch: „Wer einen anderen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von zehn bis zu zwanzig Jahren oder mit lebenslanger Freiheitsstrafe zu bestrafen.“

Dieser Tatbestand umschreibt den Mord und ist dadurch gekennzeichnet, daß eine vom Patienten verschiedene Person eine Handlung setzt, und zwar absichtlich, mit dem Willen, den Patienten zu töten. Pflegepersonen wurden in der Vergangenheit wegen Mordes an zu betreuenden Personen verurteilt (Stichwort „Lainz“).

§ 77 Strafgesetzbuch: „Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

Eine aktive Tötung ist also auch verboten, selbst wenn sie der Patient eindringlich und ernstlich verlangt. Die Verabreichung einer „Todespritze“ mit dem Ziel, dadurch den Tod des Erkrankten herbeizuführen, auch wenn der schwerstkranken, lebensmüde Patient dies verlangt, ist unter keinen Umständen erlaubt.

§ 78 Strafgesetzbuch: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

In einigen Ländern Europas ist die Mitwirkung am Selbstmord nicht strafbar [5]. In der Schweiz ist die Verleitung oder Beihilfe zum Selbstmord strafbar, jedoch nur, wenn sie aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ geschieht [6].

Wann immer über Euthanasie diskutiert wird, ist ganz deutlich auf die genannten Bestimmungen zu verweisen. Aktive (direkte) Sterbehilfe („Hilfe zum Sterben“) ist in Österreich immer rechtswidrig, auch wenn sie ausschließlich zum Zwecke der Abkürzung qualvollen Sterbens geleistet werden würde, und erfüllt stets den Tatbestand eines Tötungsdelikts.

Indirekte Euthanasie

Darunter sind Maßnahmen zu verstehen, die zur Leidenslinderung ergriffen werden. Eine eventuelle Beschleunigung des Todeseintritts infolge dieser Maßnahmen wird in Kauf genommen, ist aber nicht beabsichtigt (z. B. Verabreichung eines hochdosierten Schmerzmittels zur Schmerzbekämpfung mit möglicher oder sogar sicherer lebensverkürzender Nebenwirkung).

Die indirekte Sterbehilfe ist dem Arzt nicht untersagt. Es wird dem Arzt nicht die Verpflichtung zugemutet, das Leben des Patienten um jeden Preis zu verlängern (Vorrang der Schmerzlinderung vor Lebensverlängerung – „Hilfe im Sterben“) [7].

Passive Euthanasie (Unterlassung/ Abbruch der Behandlung)Behandlungsverweigerung durch den urteils- und einsichtsfähigen Patienten

Die Behandlungspflicht des Arztes findet am Selbstbestimmungsrecht des Patienten seine Grenze. Ein Beispiel: Vor kurzem kontaktierte mich ein Arzt und fragte mich um rechtlichen Rat zu folgender Situation:

Eine 90jährige Patientin – die Urteils- und Einsichtsfähigkeit wurde durch einen beigezogenen Psychologen nochmals ausdrücklich bestätigt – verweigert nach Information über ihren gesundheitlichen Zustand (bevorstehender Magendurchbruch) die Einwilligung in die ärztliche Behandlung/ Operation. Eine Behandlung entgegen dem erklärten Willen der Patientin wäre eine „eigenmächtige Heilbehandlung“. Strafbar ist das Unterlassen einer medizinischen Maßnahme nur dann, wenn eine Rechtspflicht zum Handeln besteht. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten steht der Verpflichtung des Arztes zum Handeln entgegen. Es erlischt auch seine „Garantenstellung“ nach § 2 Strafbuch [8].

Bei urteils- und einsichtsfähigen Patienten, so die herrschende rechtliche Meinung, entfällt bei einer aktuellen Willensäußerung auch die Pflicht zur lebenserhaltenden Basisversorgung. Dies gilt grundsätzlich auch bei Patienten, die beispielsweise an der amyotrophischen Lateralsklerose erkrankt sind [9].

Der nicht urteils- und einsichtsfähige Patient/Behandlungsverweigerung durch den rechtlichen Stellvertreter

Grundsätzlich gilt: Auch Nichteinwilligungsfähige (das sind urteils- und einsichts unfähige Patienten) dürfen nicht ohne Zustimmung behandelt werden. An die Stelle der Einwilligung des Patienten nach erfolgter Aufklärung (informed consent) tritt die des rechtlichen Vertreters. Bei nicht einwilligungsfähigen Erwachsenen ist dies ein zu bestellender Sachwalter (Angehörige haben nicht automatisch diese Vertretungsbefugnis; ein Angehöriger kann jedoch zum Sachwalter bestellt werden), bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen, die zur Obsorge berechtigte bzw. verpflichtete Person (in der Regel Vater/Mutter).

So läßt sich folgern, daß auch eine Behandlungsverweigerung durch den rechtlichen Stellvertreter in Betracht kommt. Der Stellvertreter hat seine Entscheidung am Wohl des Patienten auszurichten. Das, was das „Wohl“ des Patienten in der konkreten Situation ist, ist an seinem „Willen“ festzumachen. Daher gilt es, den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten (z. B. frühere einschlägige Äußerungen; Lebenshaltung des Patienten) zu erforschen und heranzuziehen, wobei an die mutmaßliche Einwilligung strengste Anforderungen zu stellen sind [10]. Die Behandlungsverweigerung durch den Stellvertreter hat sich auf den ausreichend dokumentierten mutmaßlichen Willen des Patienten zu stützen. Die Ablehnung einer Behandlung durch den Stellvertreter, die medizinisch notwendig und sinnvoll wäre, orientiert sich somit dennoch am Wohl des Patienten, da

sie seine persönliche Einstellung wiedergibt. Anders, wenn sich der Patientenwille nicht erschließen läßt [11]: In einer solchen Situation ist dem Lebensschutz der Vorrang zu geben [12].

PATIENTENVERFÜGUNG

Darunter ist eine (am besten schriftliche) Willenserklärung betreffend die Einwilligung bzw. Nichteinwilligung in eine medizinische Behandlung (insbesondere eine lebensverlängernde) zu verstehen, die im vorhinein abgegeben wird und für einen Zeitraum Bedeutung erlangt, in dem die/ der betreffende Person/Patient nicht mehr kommunikations-, einsichts- oder urteilsfähig ist. Die Patientenverfügung ist also eine vorweggenommene Behandlungsanweisung an den Arzt, sie gestaltet das zukünftige Patient-Arzt-Verhältnis vorab [13].

Patientenverfügungen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Zentraler Punkt ist die Frage der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung für den Arzt in der zukünftigen konkreten Behandlungssituation [14].

§ 10 Krankenanstaltengesetz ordnet an, daß bei der Führung der Krankengeschichte Verfügungen des Patienten, durch die dieser erst für den Fall des Verlustes der Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentieren sind, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können. Damit ergibt sich für den behandelnden Arzt eine Dokumentations- und Einsichtspflicht in die Patientenverfügung. Offen ist die Frage, ob und in welchem Umfang auf eine Patientenverfügung ärztlicherseits einzugehen ist, wie verbindlich sie also ist. Manche sprechen von einer bloßen Indizwirkung bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens.

Ich meine, daß eine Patientenverfügung mehr ist, als ein bloßes Indiz für den mutmaßlichen Patientenwillen, hat doch der Patient selbst seinen Behandlungswunsch/-willen dargelegt und wurde der Patientenwille nicht nur durch Befragung von beispielsweise Verwandten oder Freunden erforscht. Natürlich kommt es dabei auf den Einzelfall und die individuelle Ausgestaltung der Patientenverfügung an. Jedenfalls verbindlich ist eine Patientenverfügung nach herrschender Meinung wohl dann, wenn sie sich auf eine konkret absehbare Situation bezieht (z. B. im Fall eines urteils- und einsichtsfähigen Patienten mit tödlich verlaufender Krankheit, der aufgrund ärztlicher Beratung weiß, was auf ihn zukommt und, so informiert, ganz bestimmte zukünftige Behandlungen in seiner Patientenverfügung ablehnt). Meine Tätigkeit in der Salzburger Patientenvertretung zeigt mir, daß auch zunehmend mehr gesunde Menschen Patientenverfügungen errichten wollen, auch für nicht konkret absehbare Situationen. Diese Menschen wollen, daß ihre zukünftigen Behandlungsanweisungen beachtet werden. Die Motive sind vielschichtig. Der Rechtssicherheit im Patient-Arzt-Verhältnis wegen ist es daher notwendig, Regelungen zu schaffen, die Klarheit hinsichtlich der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung bringen.

Nicht alles zur Thematik Patientenverfügung und zum Thema „Behandlungsabbruch“ ist hiermit geklärt oder beantwortet. Für meine Tätigkeit in der Salzburger Patientenvertretung bedeutet dies, die Patienten anliegen

in einem ständigen Dialog mit den Ärzten zu erörtern, um so in einem fruchtbringenden Miteinander, in einem Verständnis füreinander diesen Themen zu begegnen.

Literatur und Anmerkungen:

1. „Der Standard“ vom 31.10/1.11.2000; 2.
2. „Der Standard“ vom 27.4.1999.
3. „Der Standard“ vom 25.3.2002; 1 und 3. Die Schlagzeile auf Seite 1 hieß: „Papst gegen künstliche Verlängerung des Lebens – Aufsehen erregende Erklärung bei Krebstagung in Rom“. Weiters wurde in diesem Artikel der Mainzer Kardinal Karl Lehmann mit den Worten wiedergegeben, daß der Unterschied zwischen aktiver Hilfe und bloßem Unterlassen künstlicher Maßnahmen eine ethische Wasserscheide sei.
4. Vgl. die Regelung des § 8 Absatz 3 Krankenanstaltengesetz (KAG)
5. So z. B. in Deutschland (vgl. jedoch: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“, so die Deutsche Bundesärztekammer in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung), Finnland, Schweden
6. Artikel 115 Schweizerisches Strafgesetzbuch. Ausgehend von dieser Rechtslage haben sich in der Schweiz „Sterbehilfvereine“ gebildet („EXIT“, „Dignitas“). Diese bieten eine „Freitodbegleitung“ an. Es wird der „sterbewilligen Person“ das Medikament Pentobarbital (15 g) zur Verfügung gestellt. Das Barbiturat muß von der sterbewilligen Person selbständig eingenommen werden. Im Falle der Infusion muß sie selbst den Infusionshahn öffnen. Das GTFCh-Symposium vom 26.–28. April in Mosbach (Baden, Deutschland) befaßte sich u. a. mit den „Toxikologischen Aspekten der Sterbehilfe“. Briellmann/Dittmann gehen im anschließend erschienenen Tagungsband auf den Seiten 36–43 auf „Exit-Todesfälle in Basel 1995–2000“ ein. Sie berichten von einem Fall, wo der Tod erst 30 Stunden nach der Einnahme von Pentobarbital eingetreten ist! Die „Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften“ hält in ihren medizinisch-ethischen Richtlinien für die Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten fest, daß die Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist.
7. Vgl. Moos. Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, Vorbemerkungen zu den §§ 75–79 Strafgesetzbuch, Randziffer 20; Schmoller. Lebensschutz bis zum Ende? Österreichische Juristen-Zeitung (ÖJZ) 2000; 361: 371 f. Die deutsche Bundesärztekammer führt in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ in: Wiesing U (Hrsg). Ethik in der Medizin. Ph. Reclam jun, Stuttgart, 2000; 203–8 aus: „Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so

im Vordergrund stehen, daß eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.“

8. Ein Arzt hat Garantenstellung nach § 2 Strafrechtsgesetzbuch. Dieser lautet: „Bedroht das Gesetz die Herbeiführung eines Erfolges mit Strafe, so ist auch strafbar, wer es unterläßt, ihn abzuwenden, obwohl er zufolge einer ihm im besonderen treffenden Verpflichtung durch die Rechtsordnung dazu verhalten ist und die Unterlassung der Erfolgsabwendung einer Verwirklichung des gesetzlichen Tatbildes durch ein Tun gleichzuhalten ist.“

9. Vgl. Schmoller. Lebensschutz bis zum Ende? Österreichische Juristen-Zeitung (ÖJZ) 2000; 361: 372 f.

10. Vgl. die Entscheidung des Oberlandesgerichtes Frankfurt am Main vom 15.7.1998, Zahl 20W 224/98, in: BtPrax 5/98, 186 ff. sowie RdM 1998/24: „Bei einem irreversibel hirngeschädigten Betroffenen ist der Abbruch der Ernährung durch eine PEG-Magensonde in entsprechender Anwendung des § 1904 BGB vormundschaftsgerichtlich zu genehmigen. Hierbei ist insbesondere eine mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen zu berücksichtigen.“

11. Siehe die Entscheidung des Bezirksgerichtes Hall in Tirol, Geschäftszahl 1P27/00h – Patient mit apallischem Syndrom. Der Vater als Sachwalter begehrt vom Gericht die Zustimmung zum Absetzen der Ernährung mit der PEG-Sonde; der Antrag wurde vom Bezirksgericht abgewiesen; die Abweisung vom Landesgericht Innsbruck bestätigt.

12. Vgl. die Ausführungen der Deutschen Bundesärztekammer in: Wiesing U (Hrsg). Ethik der Medizin. Ph. Reclam jun, Stuttgart, 2000: „Läßt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln (Anmerkung: gemeint sind frühere Erklärungen des Patienten, seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen etc.), so handelt der Arzt im Interesse des Patienten, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft.“

13. Zur Thematik siehe beispielsweise: Kopetzki C (Hrsg). Antizipierte Patientenverfügungen, Patienten-testament und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Manz, Wien, 2000.

14. Die zeigt sich auch darin, daß das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen zur Frage „Verbindlichkeit von Patientenverfügungen“ eine Expertengruppe eingerichtet hat.

Korrespondenzadresse:

Mag. jur. Thomas Russegger
Salzburger Patientenvertretung
A-5020 Salzburg
Sigmund-Haffnergasse 18/3
E-Mail:
thomas.russegger@salzburg.gv.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)