

BACHELORARBEIT

Autorin: Carina Raffl

Matrikelnummer: 0810848

DO NOT RESUSCITATE.

Ein Vergleich von DNR Vermerken im klinischen und präklinischen Bereich.

Medizinische Universität Graz

Begutachter: Mag.theol. Dr.med.univ. Erwin Pilgram

Albert Schweitzer Gasse 36, A – 8020 Graz

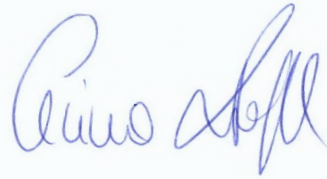
Lehrveranstaltung: Ethik

Datum der Einreichung: 15.03.2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 15.03.2012



Quino Stoffl

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	4
2. Einleitung	4
3. Material und Methoden	5
4. Ergebnisse/Resultate	6
4.1. Die Bedeutung des DNR Vermerks	6
4.1.1. Definition	6
4.1.2. Voraussetzungen und Verantwortlichkeiten	6
4.1.3. Gesetzliche Regelung der Entscheidungsfindung in Österreich.....	8
4.2. Die Entwicklung des DNR Vermerks	9
4.2.1. Historische Entwicklung	9
4.2.2. Der Trend zum DNR Vermerk.....	10
4.2.3. Neuformulierungen.....	13
4.3. DNR Anweisung und Euthanasie im klinischen und präklinischen Bereich .	14
4.3.1. Definition von aktiver und passiver Sterbehilfe.....	14
4.3.2. Prognose und Entscheidung	15
4.3.3. Selbstbestimmungsrecht oder ärztliche Pflicht.....	18
4.3.4. Ethische Konflikte in der Notfallmedizin	20
5. Schlussfolgerung	22
6. Diskussion und Ausblick	23
7. Literaturangaben	25

1. Zusammenfassung

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem Thema DNR Anweisungen im klinischen und präklinischen Bereich. DNR kommt aus dem angloamerikanischen und bedeutet „Do not resuscitate“. Der DNR Vermerk wird zunächst definiert und in einen gesetzlichen Rahmen gestellt. Nicht zuletzt wird geklärt, wer die Verantwortungsträger sind und welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um einen gültigen DNR Vermerk zu verwenden. Zudem wird die historische Entwicklungsgeschichte des DNR Vermerks beleuchtet und geklärt warum ein gewisser Trend in Richtung DNR Vermerk in den letzten Jahrzehnten zu beobachten war.

Als Kern der Arbeit sieht die Autorin die Auseinandersetzung mit der Abgrenzung zur Sterbehilfe, welche Faktoren Prognose und Entscheidung beeinflussen sowie den Konflikt zwischen Autonomie und ärztlicher Pflicht, der besonders in der Notfallmedizin zu tragen kommt.

2. Einleitung

Ethisch möglichst korrekte Entscheidungen zu treffen, ist nicht nur im alltäglichen Leben eine große Herausforderung, sondern vor allem im medizinischen Bereich. Tag für Tag werden Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen, Psychologinnen und Psychologen und all jene, die am Heilungsprozess einer Person beteiligt sind, vor folgenschwere Entscheidungen gestellt. Nicht immer ist diese verantwortungsvolle Aufgabe leicht.

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit einem ethischen Thema: dem Umgang mit Patienten an deren Lebensende. Um möglichst selbst über seinen Tod bestimmen zu können, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, die einem zumindest nicht absprechen, Leiden nicht zu verlängern, wenn bestimmte Umstände eingetreten sind. Der sogenannte DNR Vermerk, der auch ein Teil einer Patientenverfügung sein kann, beinhaltet den Verzicht auf die cardiopulmonale Reanimation. Mit der Patientenverfügung selbst, können noch andere medizinische Maßnahmen auf Wunsch der Patienten abgelehnt werden.

Diese Bachelorarbeit soll letztlich ein Vergleich zwischen dem Umgang mit DNR Vermerken im klinischen und im präklinischen notfallmedizinischen Bereich sein.

Der Grund für diese Themenwahl liegt in der ehrenamtlichen Tätigkeit als Rettungssanitäterin der Studierenden beim Österreichischen Roten Kreuz. Der DNR Vermerk ist im Rettungsdienst eine umstrittene Angelegenheit und die Situation vor Ort oft schwerer abzuschätzen als im klinischen Bereich.

3. Material und Methoden

Es wurde eine Literaturrecherche in den Universitätsbibliotheken der Medizinischen Universität Graz und der Karl Franzens Universität Graz durchgeführt. Zusätzlich wurde in verschiedenen Datenbanken wie PubMed, Cinahl und der EZB nach diversen Fachartikeln und E-Journals recherchiert. Erläuternde Informationen wie Gesetzestexte wurden außerdem aus den entsprechenden Seiten des Internets geholt.

Gesucht wurde mit den key words: *Ethik Medizin, Ethik Notfallmedizin, Notfallmedizin, Herz-Lungen-Wiederbelebung, Reanimation, Rettungsdienst, Notfall, Ethik Lebensende, Menschenwürde, cardiac arrest, euthanasia, resuscitation, Verzicht auf Wiederbelebung, allow natural death, dnr order.*

In der gesamten Bachelorarbeit wurde der Harvard Style als Zitierstil verwendet. Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

4. Ergebnisse/Resultate

4.1. Die Bedeutung des DNR Vermerks

4.1.1. Definition

Das Wort „DNR“ kommt, wie schon erwähnt, aus dem angloamerikanischen und bedeutet DO NOT RESUSCITATE, also NICHT WIEDERBELEBEN. Zu verstehen ist darunter der Verzicht auf cardiopulmonale Reanimation (CPR). Sie ist eine Form der Therapiebegrenzung. Der Patient kann im Falle eines Atem-Kreislauf-Stillstandes mit dem DNR Vermerk die manuelle Thoraxkompression (Herzdruckmassage), Defibrillation, künstliche Beatmung (manuell oder maschinell), endotracheale Intubation oder alternative Atemwegszugänge und die medikamentöse Therapie zur Behandlung eines Atem-Kreislauf-Stillstandes ablehnen (Ethikkomitee LKH Graz, 2009, S. 2).

Am Universitätsklinikum LKH Graz wird der Begriff „DNR Order“ in Zukunft durch „DNR Vermerk“ ersetzt, da es sich dabei lediglich um eine „Empfehlung“ und nicht um eine „Weisung“ handelt. Der DNR Vermerk soll eine Leitlinie für den behandelnden Arzt sein, entbindet ihn aber nicht von der Pflicht eine eigenständige situationsgerechte Entscheidung zu treffen. Sie ist die schriftliche Dokumentation der DNR Entscheidung eines Patienten. Dies bedeutet aber auch, dass der DNR Vermerk nur einen Verzicht auf Wiederbelebung bedeutet, aber keine anderen Therapiemaßnahmen beinhaltet (Ethikkomitee LKH Graz, 2009, S. 2-4).

4.1.2. Voraussetzungen und Verantwortlichkeiten am Beispiel des Ethikkomitees Graz

Der Verzicht auf Wiederbelebensmaßnahmen kann von zwei Personen bestimmt werden. Zum einen ist dies der Patient selbst, sofern dieser einsichts- und urteilsfähig ist oder aufgrund einer bestehenden Patientenverfügung. Zum anderen

kann dies auch der verantwortliche Arzt sein, wenn es sich bei dem Patienten beim Wiederbelebungsversuch lediglich um eine Leidensverlängerung und ein Hinauszögern des Todes handeln würde, das heißt, infauste Prognose oder der Zustand, bei dem eine Wiederbelebung nicht mehr aus medizinischen Gründen zu empfehlen ist. Dazu muss der Patient im terminalen Stadium einer Erkrankung sein. Laut Ethikkomitee Graz sollte die Entscheidung aber nicht alleinig vom verantwortlichen Arzt getroffen werden, sondern eine gemeinschaftliche Entscheidung mit den Angehörigen erfolgen. Weiters sollte in die Überlegung des Arztes mit einfließen, dass der Verzicht der Wiederbelebung für den Patienten ein würdevolles Sterben bedeutet und nicht eine lebensverkürzende Maßnahme (Ethikkomitee LKH Graz, 2009, S. 2-3).

Der verantwortliche Arzt muss im intramuralen Bereich ein Fach- bzw. Oberarzt sein. Im extramuralen Bereich nimmt diese Position der Hausarzt ein. Der Arzt handelt dementsprechend eigenverantwortlich und die Verantwortung kann auf keine weitere Person übertragen werden. Zusätzlich kommt in den Verantwortungsbereich des Arztes die „DNR Vermerk“ Dokumentation. Die Dokumentation muss 1. In der Krankengeschichte vorhanden sein und 2. In der Fieberkurve bzw. im Cadex. Die Dokumentation in der Krankengeschichte sollte sich an folgenden Punkten orientieren:

- Medizinische Diagnose und Einschätzung der Prognose des Patienten,
- Beurteilung der aktuellen Urteils- und Einsichtsfähigkeit des Patienten,
- Informationen über Aufklärungsgespräche, die mit dem Patienten geführt wurden,
- Kopie der Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht, wenn diese vorhanden sind,
- Informationen über Aufklärungsgespräche mit den Angehörigen, wenn der Patient nicht urteil- und einsichtsfähig ist,
- Gründe, warum eine cardiopulmonale Reanimation nicht angemessen ist und die ärztliche Legitimation mit Datum, Uhrzeit, Name und Unterschrift.

Die Dokumentation in der Fieberkurve bzw. im Cadex sollte ebenfalls mit Datum und lesbarer Unterschrift klar ersichtlich festgehalten werden (Ethikkomitee LKH Graz, 2009, S. 2, 3-4).

Weiters muss vom zuständigen Arzt der DNR Vermerk reevaluiert werden. Dies geschieht alle 24 Stunden und muss in der Fieberkurve bzw. im Cadex wieder mit Datum und lesbarer Unterschrift festgehalten werden. Der DNR Vermerk kann jederzeit vom Patienten selbst oder vom zuständigen Fach- bzw. Oberarzt widerrufen werden. Der Abstand von 24 Stunden und die Möglichkeit des Widerrufs ist deshalb so engmaschig gewählt, damit jederzeit der Zustand und Willen des Patienten mit einbezogen und danach gehandelt werden kann (Ethikkomitee LKH Graz, 2009, S. 4).

Hat ein Patient einen DNR Vermerk, ist dieser neben der schriftlichen Dokumentation in der Fieberkurve/Cadex und in der Krankengeschichte auch bei den Übergabevisiten den Kollegen des ärztlichen Dienstes, dem Pflegepersonal und allen weiteren Personen, die mit der Betreuung des Patienten beauftragt sind, mündlich mitzuteilen (Ethikkomitee LKH Graz, 2009, S. 4).

4.1.3. Gesetzliche Regelung der Entscheidungsfindung in Österreich

Man unterscheidet bei Patienten, die medizinische relevante Entscheidungen treffen, zwischen jenen, die einsichts- und urteilsfähig sind und jenen, die nicht einsichts- und urteilsfähig sind.

Bei einsichts- und urteilsfähigen Patienten entscheidet der Patient selbst ob er eine Behandlung ablehnt oder annimmt. Die Entscheidung sollte aber nach reiflicher Überlegung und nach umfangreicher Aufklärung erfolgen. Der Wunsch des Patienten ist demnach auch genau zu dokumentieren. Auch hier gilt wieder, dass der Patient jederzeit das Recht hat, seine Entscheidung zu widerrufen. Bei Personen, die nicht einsichts- und urteilsfähig sind, ist auf folgende Punkte zu achten:

- Hat der Patient eine Patientenverfügung?
- Hat der Patient eine diesen Fall betreffende Vorsorgevollmacht oder einen Sachwalter bestellt?

Wenn keine dieser drei Gegebenheiten zutrifft, bleibt nur noch eine mutmaßliche Entscheidung zu treffen, die am ehesten dem Wunsch des Patienten entspricht. Deshalb ist es auch so wichtig hier unter allen Umständen nahe Angehörige, Pflegende und andere involvierte Personen beizuziehen, die den Patienten genau kennen und dies in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Arzt eher entscheiden können (Ethikkomitee LKH Graz, 2009, S. 4).

4.2. Die Entwicklung des DNR Vermerks

4.2.1. Historische Entwicklung

In den 1960er Jahren wurde die cardiopulmonale Reanimation, so wie wir sie heute kennen, publik und standardisiert angewandt. Ursprünglich war sie für all jene Patienten gedacht, die aufgrund einer Vollnarkose einen Herzstillstand erlitten. Bald aber stellte sich heraus, dass mit dem Überleben durch die Reanimation nach einem Herzstillstand auch noch sehr viel komplexere Probleme auftauchen konnten. Oft prognostizierte die vorab erfolgreiche Reanimation zwar eine physiologische Stabilität, aber zugleich auch einen langandauernden Leidenszustand der Betroffenen (Burns et al., 2003, S. 1543).

Ende der 1960er Jahre entwickelte sich langsam die Einstellung, die Reanimation absichtlich insuffizient durchzuführen, um dem Patienten weiteres Leid zu ersparen. Das Krankenhauspersonal nannte dies, im angloamerikanischen Raum, „code blue“. Später, als dieses Verfahren in anderen Institutionen und Krankenhäusern üblich wurde, kamen die Bezeichnungen „chemical code“, „show code“, „Hollywood code“ oder „slow code“ hinzu. Diese Entwicklung ging sogar so weit, dass Institutionen diese Entscheidungen als „purple dots“ in der Krankengeschichte bzw. in der Fieberkurve vermerkt haben oder der DNR Vermerk nur mündlich dem zuständigen medizinischen und pflegerischen Personal mitgeteilt wurde (Burns et al., 2003, S. 1543).

Natürlich führten diese Methoden auch zu Problemen und Unstimmigkeiten. Nicht nur, dass die Dokumentation darunter litt, auch die Angehörigen der Betroffenen etc.

wurden mit dieser Methode nicht berücksichtigt. Aus diesem Grund kam mit Anfang der 1970er Jahre die Anordnung diese Maßnahmen besser zu dokumentieren, um ihnen einen formalen Charakter zu verleihen. 1974 wurde die American Medical Association die erste professionelle Organisation, die die Anordnung „nicht zu reanimieren“ formal dokumentiert und diese auch an alle Beteiligten weitergegeben wurde. Die erste Anordnung der AMA lautete: „CPR is not indicated in certain situations, such as in cases of terminal irreversible illness where death is not unexpected“ (Burns et al., 2003, S. 1544).

Mit dieser Anordnung stimmten ab jetzt auch viele andere Krankenhäuser mit ein, der DNR Vermerk wurde zu einem offiziellen und gebräuchlichen Instrument im klinischen Alltag und konnte auch mit den Angehörigen besprochen werden (Burns et al., 2003, S. 1544).

Weitere Probleme, die mit der Entwicklung des DNR Vermerks einhergehen, sind auch der rechtliche und der religiöse Aspekt und als solche nicht zu unterschätzen. Während die Rechtsprechung befunden hat, jeder habe das Recht selbst zu entscheiden welche Behandlung, inklusive das Recht nicht wiederbelebt werden zu wollen, er annimmt bzw. ablehnt, gibt es von Seiten der verschiedenen religiösen Auffassungen gröbere Einschränkungen. Die verschiedenen Glaubensrichtungen haben unterschiedliche Zugänge zum Thema „Sterben“, wie Burns in seinem Artikel anhand von Beispielen wie dem Judentum oder christlich orthodoxen Religionen etc. aufzeigt. Im Katholizismus ist der DNR Vermerk, nicht nur rechtlich, sondern auch von der Kirche erlaubt, da laut Papst Pius XII 1957 schon erklärt wurde, dass der DNR Vermerk keine Form von Euthanasie oder Selbstmord sei. Im Gegenteil, sie ist gerechtfertigt, wenn es für die Betroffenen keine Chance auf Heilung oder Linderung gibt (Burns et al., 2003, S. 1545).

Heute gibt es in beinahe jedem Land Richtlinien und standardisierte Verfahren, die die DNR Anweisung ermöglichen.

4.2.2. Der Trend zum DNR Vermerk

Berechneten demographischen Entwicklungen zufolge, wird beispielsweise in Deutschland jeder dritte 2050 eine Person über 60 Jahre oder älter sein. Die

Lebenserwartungen steigen. In den USA wird sogar eine Verdopplung der Menschen über 65 Jahre bis zum Jahre 2030 vorausgesagt. Nicht nur deshalb werden die Anforderungen an unser Gesundheitssystem größer, die Ressourcen hingegen knapper (Mohr, 2007, S. 182).

Als Vergleich dazu werden in Österreich im Jahr 2030 knapp neun Millionen Menschen leben. Heute sind es 8,3 Millionen. Davon sind derzeit 23,1% über 60 Jahre. 2030 wird diese Zahl auf 31,2% steigen (Statistik Austria, 01.03.2012, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html).

Viele Menschen haben aber eine etwas realitätsferne Vorstellung von der Überlebenswahrscheinlichkeit nach einer Reanimation. 2006 wurde eine Studie in den USA veröffentlicht, in der es um die Einschätzung von Betroffenen bezüglich ihrer Überlebenswahrscheinlichkeit geht. Insgesamt wurden 100 Patienten befragt, die im Alter von 70 Jahren oder älter waren und entweder in der Notfallaufnahme, auf der Internen Station oder auf der Allgemeinen Medizinischen Station behandelt wurden. Die Betroffenen erhielten drei Fragen:

1. Wie viel Prozent Überlebenswahrscheinlichkeit haben Sie, wenn Sie in einem Krankenhaus reanimiert werden?
2. Wo bekommen Sie die meisten Informationen Ihre Gesundheit betreffend?
3. Haben Sie einen DNR Vermerk oder eine Patientenverfügung verfasst?

Zu den Ergebnissen ist zu sagen, dass bei Frage 1 81% der Befragten 90% oder höher als Antwort bekannt gaben. Bei Frage 2 gab ein Großteil Ärzte, Fernsehen oder beides an. Bei Frage 3 gaben 44% der Befragten an, sie hätten einen DNR Vermerk bzw. eine Patientenverfügung gemacht (Adams, 2006, S. 402-404).

Wie man also sieht, ist die Auffassung der Patienten von den Medien, das heißt von Ärzten, Fernsehen und „Print Media“, sehr stark beeinflusst. Sie glauben eine viel höhere Überlebenswahrscheinlichkeit zu haben, als diese tatsächlich ist. Was auffällt, ist, dass sehr viele einen DNR Vermerk bzw. eine Patientenverfügung haben. Eine nationale Erhebung von Kennelly, Gulati et.al. zum Vergleich hat ergeben, dass von 14008 Patienten nur 11,6% einen DNR Vermerk haben (Adams, 2006, S. 402-404).

Andere Patientenbefragungen haben ergeben, dass bei 41% der Befragten Wiederbelebungsversuche vorgenommen werden sollten, wenn es sich um eine

akute Erkrankung handle. Die Zahl schrumpfte aber sofort auf 22%, als bei einem neuerlichen Durchgang über die Überlebenschancen von 10-17% informiert wurde. Lediglich 11% sprachen sich für Reanimationsversuche aus, wenn es sich um eine chronische Erkrankung handle. Auch hier wurde wiederum die Überlebenschancen von ca. 5% bekannt gegeben und schon minimierte sich die Zahl auf 5%. Mit diesem Beispiel wird nicht nur gezeigt wie sehr die Umstände von akut und chronisch eine maßgebliche Rolle spielen, sondern auch wie stark Information und Aufklärung bezüglich des Überlebens in die Entscheidung mit einfließen (Mohr, 2007, S. 185).

Studien haben ergeben, dass vor allem maßgeblich für pro oder contra DNR Vermerk die Schwere der Erkrankung und die verbleibende Lebenszeit sind. Auffallend ist aber, dass Betroffene mit ähnlichen Prognosen aber unterschiedlichen Erkrankungen auch sehr verschiedene DNR Vermerke Raten aufweisen. AIDS- und Krebs Patienten neigen häufiger dazu DNR Vermerke zu haben, als Betroffene mit Zirrhosen und Herzinsuffizienz, unabhängig davon wie lange sie noch leben (Burns et al., 2003, S. 1546).

Bezüglich des Geschlechts gibt es auch Unterschiede. Frauen weisen mehr DNR Vermerke auf als Männer, genauso wie es geschlechtsspezifische Differenzen gibt, was die Bedachtsamkeit bei Herzerkrankungen, Dialyse, Transplantationen und anderen Gebieten angeht. Hier konnte allerdings nicht geklärt werden, ob es bei diesen DNR Vermerken um jene handelt, die von den Frauen selbst verlangt wurden, oder ob diese von den Ärzten angeordnet werden. DNR Vermerke sind auch zahlenmäßig geringer bei Afroamerikanern gegenüber Weißen, auch wenn man die Schwere der Krankheit miteinander abgleicht (Burns et al., 2003, S. 1546).

Ebenfalls interessant ist, dass mit zunehmendem Alter auch die Zahl der DNR Vermerke steigen. Dabei verzichten Patienten, die einen DNR Vermerk haben, auch auf andere lebenserhaltende Maßnahmen (Burns et al., 2003, S. 1546).

4.2.3. Neuformulierungen

Wie schon erwähnt wird in Zukunft der Begriff „DNR Order“ am Universitätsklinikum LKH Graz in „DNR Vermerk“ umgewandelt. Dies ist aber nur eine interne Regelung des LKHs und hat keine weiteren Auswirkungen auf andere Neuformulierungen. Interessant sind eher die Entwicklungen hin zu Formulierungen, die etwas anders klingen, aber dennoch das gleiche meinen.

Begriffe, die wegen ihres positiveren Inhalts für DNR verwendet werden, sind beispielsweise „AND“ also „Allow natural death“ und „DNAR“ für „Do Not Attempt Resuscitation“ (Reicher, 2010, S. 10).

Es gibt auch andere bzw. ähnliche Bezeichnungen für den DNR Vermerk, sie bedeuten aber nicht dasselbe. DNR bedeutet, wie schon erwähnt, den Verzicht auf cardiopulmonale Reanimation im Falle eines Herzstillstandes. Alle weiteren Therapiemaßnahmen, die nicht in die DNR Anweisung hineinfallen, werden aber konsequent durchgeführt (Friesenecker, 2011, S. 16).

Ein weiterer Begriff, den es zu klären gilt, lautet „DNE“. Es bedeutet „Do Not Escalate“ und heißt dass eine Therapielimitierung bzw. ein sekundärer Therapieverzicht stattfindet. Es wird keine Therapiesteigerung durchgeführt und keine zusätzlichen Maßnahmen (CPR, Reintubation, Dosissteigerung von Medikamenten etc.) begonnen. Der Begriff „Withhold“ bedeutet einen primären Therapieverzicht, Betroffenen werden nicht mehr auf einer Intensivstation aufgenommen, da ihre oder Situationen bereits als aussichtslos gesehen wird. Der nächste Begriff ist „Therapiereduktion“. Hier werden bereits begonnene intensivmedizinische therapeutische Maßnahmen reduziert. Andere können dabei aber noch in vollem Maße weiterlaufen. Von der Therapiereduktion geht es in einem fließenden Übergang weiter zum so genannten „Withdraw“. Dies bedeutet schließlich den Therapieabbruch. Hier wird die laufende Intensivtherapie abgebrochen und komplett beendet (Friesenecker, 2011, S. 17-18).

4.3. DNR Anweisung und Euthanasie im klinischen und präklinischen Bereich

4.3.1. Definition von aktiver und passiver Sterbehilfe

Schlägt man im Duden unter dem Begriff „Euthanasie“ findet man diesen als *Substantiv, feminin Euthanasie, die*. Das Wort Euthanasie kommt von dem griechischen Wort *euthanasia* und bedeutet frei übersetzt „leichter Tod“, zusammengesetzt durch die Wörter *eu* für *gut* und *thanátos* für *Tod*. Verwendet wird der Begriff im medizinischen Bereich und man versteht darunter die Erleichterung des Sterbens (Sterbehilfe), aber auch die absichtliche Herbeiführung des Todes bei unheilbar Kranken durch Medikamente oder Abbruch der Behandlung. Eine weitere Verwendung bekam der Begriff in Zeiten des Nationalsozialismus, in denen man darunter die systematische Ermordung psychisch Kranker und Behinderter verstand. Weiters verweist das Wörterbuch in diesem Zusammenhang auf zusätzliche Begriffe wie Gnadentod, Sterbehilfe aber auch Abtreibung und Selbstmord (Duden, 23.08.2011, <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/euthanasie>).

Die Deutsche Bundesärztekammer hat 1979 ein klares Statement zur Definition der Sterbehilfe abgegeben. Sie sagt, dass Sterbehilfe das Bemühen sei, dem Sterbenden so beizustehen, dass er in Würde zu sterben vermag. Im Gegensatz dazu ist das gezielte Eingreifen in die noch vorhandenen Lebensvorgänge sowie die bewusste Verkürzung des Lebens der Betroffenen eine aktive Handlung und laut Strafgesetzbuch eine „vorsätzliche Tötung“ (Grewel, 2002, S. 35).

Die sogenannte *aktive Sterbehilfe* bedeutet eine gezielte Lebensverkürzung und ist eine aktive und direkte Tötung des Sterbenden. Der Tod des Betroffenen wird absichtlich beschleunigt und herbeigeführt (Grewel, 2002, S. 35).

Im österreichischem Strafgesetzbuch ist laut §75 Mord, §77 Tötung auf Verlangen aber auch laut §78 die Mitwirkung am Selbstmord strafbar und wird bis zu lebenslanger Freiheitsstrafe geahndet (Strafgesetzbuch, 23.08.2011, <http://www.ris.bka.gv.at>).

Da die aktive Sterbehilfe, unter Berücksichtigung der genauen Umstände, in diese Tatbestände fällt, ist sie damit in Österreich verboten.

Eine andere Art der Sterbehilfe ist die *passive Sterbehilfe*. Dabei handelt es sich um den Verzicht oder Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen. Diese Form ist in Österreich erlaubt.

Weiters zu unterscheiden von aktiver und passiver Sterbehilfe ist außerdem die *indirekte Sterbehilfe*. Bei dieser Form werden dem Betroffenen zum Beispiel schmerzstillende Medikamente (Morphium) verabreicht, die die Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung aufweisen könnten. Dies wird vor allem bei Schwerstkranken im Endstadium einer Erkrankung verwendet. Der *assistierte Suizid* ist das Bereitstellen eines tödlichen Medikaments. In Österreich ist diese Form laut § 78 Strafgesetzbuch ebenfalls verboten (Waldhäusl, 2000, S. 114).

4.3.2. Prognose und Entscheidung

Etwas tun oder lassen? Das ist wahrscheinlich die Frage, die sich viele Ärzte stellen, wenn sie im Augenblick des Atem-Kreislauf-Stillstandes eines Patienten entscheiden müssen, ob sie nun um das Leben des Sterbenden kämpfen oder ihm weiteres Leid ersparen.

Besonders wichtig sind daher auch die Entscheidungen, die hinsichtlich der notfallmedizinischen Versorgung getroffen werden. Verschiedene Umstände tragen zu den folgenschweren Beschlüssen von Ärzten bei. Es werden nun unterschiedliche Punkte besprochen, die wesentlich dazu beitragen, wie die Prognose von Ärzten hinsichtlich der Überlebenschance nach einer Reanimation ausfällt (Mohr, 2007, S. 183).

Der erste Faktor wäre das Alter des Patienten. Studien haben ergeben, dass das hohe Alter nicht unbedingt ein ausschlaggebender Faktor sein muss, wenn es um Wiederbelebungsversuche geht. Einen viel größeren Einfluss hat zum Beispiel der Faktor schwere Allgemeinerkrankungen. Dieser ist für eine positive Prognose viel ungünstiger. Zusätzlich hinzu kommen noch Begleiterkrankungen, die eingeschränkte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit und die Gebrechlichkeit der Betroffenen. In vielen Fällen wird aber das Alter als bedeutender Faktor gesehen, wenn es darum geht, eine Reanimation abzubrechen oder erst zu beginnen. Studien belegen, dass Ärzte Betroffenen über 65 Jahren eine deutliche geringere

Überlebenschance zuschreiben, bei Betroffenen über 85 Jahren würden 62% der Mediziner dazu tendieren, die Reanimationsversuche abubrechen (Mohr, 2007, S. 184).

Besonders in Senioreneinrichtungen, einem Teil des präklinischen Bereichs, sind die Überlebenschancen deutlich schlechter. Laut Umfragen konnte von Ärzten in einem Großteil der Fälle nur mehr der Tod oder der Sterbeprozess festgestellt werden, von Reanimationsversuchen wurde abgesehen.

Von insgesamt 46 Bewohnern von Senioreneinrichtungen, die reanimiert wurden, überlebten gerade einmal zwei bis zur Entlassung aus der Klinik. Diese wiesen aber schwere Hirnschäden auf und verstarben zwischen fünf Tagen und zehn Monaten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (Mohr, 2007, S. 183-184).

Als Standardkriterien für den Erfolg von Wiederbelebungsversuchen hat sich die sogenannte Lebendentlassung nach CPR etabliert, die eine Auswahl von denkbaren Erfolgskriterien anbietet. Zu diesen Punkten gehören die primäre Kreislaufwiederherstellung, die Überlebenschance innerhalb der ersten 24 Stunden bzw. nach einer Woche und der Rückgewinn des vollen Bewusstseins zumindest zu einem einmaligen Zeitpunkt. Danach geht es weiter mit dem neuerlichen Erlangen einer definierten Lebensqualität und schließlich die Chance auf eine Lebendentlassung aus dem Krankenhaus auf einem definierten funktionellen und geistigen Niveau. In weiterer Folge wird auch noch das Überleben über eine Dauer von einem Jahr mit einberechnet (Schmitten, 1997, S. 24-25).

Die Überlebensraten nach präklinischer cardiopulmonaler Reanimation sind dennoch schlecht. Bei einer Untersuchung zum präklinischen Reanimationserfolg konnte nur bei 185 von 429 Betroffenen mit Atem-Kreislauf-Stillstand der Kreislauf wiederhergestellt werden. 77 von den primär (vor Ort) erfolgreich Reanimierten konnten aus dem Krankenhaus entlassen werden, 59 davon ohne neurologisch bleibende Schäden. Das heißt, das Ergebnis weist zwar eine relativ große Anzahl an Überlebenden auf, dennoch gibt es ein schlechtes Outcome verglichen an der Zahl der Reanimierten. Für die genauere Analyse der Resultate verweist die Autorin auf die Studie von Mohr. Zu erwähnen sei noch, dass allein von den Überlebenden ein Drittel dauerhafte neurologische Ausfälle aufgrund der cerebralen Sauerstoffunterversorgung behält (Mohr, 1997, S. 12-13).

Eine andere Studie ergab, dass die durchschnittliche Überlebenswahrscheinlichkeit bei einem Atem-Kreislauf-Stillstand bei ca. 16% liegt. Wird der Kreislaufstillstand

beobachtet und eine Reanimation von Ersthelfern innerhalb der ersten vier Minuten durchgeführt, steigt diese immerhin schon auf 35%. Ist das Intervall nicht länger als acht Minuten bis zum Eintreffen von professioneller Hilfe, steigt die Überlebenschance schon auf 49%. Diese Werte sind natürlich nur als Durchschnitts- und nicht als Pauschalwerte zu verstehen und wurden bei einer Zahl von 7000 Reanimationsversuchen ausgewertet. Mitberücksichtigt müssen auch Alter, körperliche Verfassung, Geschlecht etc. werden (Mohr, 1997, S. 13-14).

Als ethische Prinzipien in der Medizin und damit auch als Entscheidungshilfe für medizinisches und pflegerisches Personal haben sich die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress etabliert. Sie wurden 1979 erstmals veröffentlicht und sind unter dem Begriff „Georgetown Mantra“ bekannt geworden. Beauchamp und Childress lehrten zu dieser Zeit an der von den Jesuiten gegründeten katholischen Georgetown University in Washington D.C. Die Hauptprinzipien lauten:

1. Respekt vor Selbstbestimmung (Autonomie)
2. Nicht-Schaden (Nonmalefizienz)
3. Gutes tun (Benefizienz)
4. Gerechtigkeit (Justiz) (Beauchamp, Childress, 1979).

Die vier Prinzipien werden deshalb in der Medizin angewandt, weil sie das besondere Verhältnis zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der ärztlichen Verpflichtung zu helfen beschreiben und gleichzeitig eine Spannung provozieren. Die Anwendung der Prinzipien ist nicht nur im klinischen, sondern auch im präklinischen Bereich immer von der individuellen Situation abhängig und kann stets nur eine Einzelfallentscheidung sein (Mann, May, 2005, S. 45-48).

Für die medizinisch-ethische Urteilsbildung des Abendlandes war es bis in die Moderne üblich, dass das Leben an sich als Anhaltspunkt bzw. Argument für das Überleben galt. Die Möglichkeit oder nur der Gedanke daran, über ein anderes menschliches Leben zu verfügen, wurde lange Zeit abgelehnt. Heute hingegen wird das Sterbenlassen als Leidenslinderung nicht mehr als Tötung angesehen, sondern vielmehr als moralische Pflicht (Baumann-Hölzle, 1999, S. 18-19).

4.3.3. Selbstbestimmungsrecht oder ärztliche Pflicht

Nach den neuen medizinisch-ethischen Ansätzen distanziert man sich von jenem Ansatz, der dem Arzt jegliche Entscheidungsgewalt zuspricht. Man setzt ein Autonomiemodell um, das den Willen des Patienten widerspiegelt und ihm die letztendliche Entscheidungsverantwortung zuspricht. Der Mensch kann nun selbst über sein Leben und Sterben bestimmen. Konkret wurde diese Überlegung im sogenannten „informed consent“, einem Aufklärungs- und Einwilligungsverfahren, in dem die Betroffenen durch umfassende Informationen eine freie und selbstbestimmte Entscheidung treffen können. Nicht zuletzt wurde dieses Konzept der Autonomie als Möglichkeit zur Wahrung der menschlichen Würde entwickelt (Baumann-Hölzle, 1999, S. 21).

Wie schon erwähnt, war dies nicht immer so. Denn die bereits beschriebenen vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress kommen zwar im Eid von Hippokrates aus dem fünften Jahrhundert vor Christus vor, aber nicht zur Gänze. Das Prinzip der Autonomie fehlt. Erst später wurde dieses Prinzip als nennenswert erachtet und die Medizin-Ethik „reformiert“ (Engelhardt, 1997, S. 22).

Die Autonomie eines jeden Betroffenen zu wahren und seinen Wünschen und Willensäußerungen nachzukommen, ist unumgänglich. Dennoch weist die Möglichkeit der Selbstbestimmung auch einige Grenzen auf. So ist die Tötung auf Verlangen zwar ein persönlicher Ausdruck von Autonomie, würde man aber jeden dieser Wünsche ernst nehmen, müsste man jedem, der einsichts- und urteilsfähig ist, diesen Wunsch auch erfüllen. Das heißt zwar ja zur Autonomie eines Patienten, aber nicht zu vergessen, dass diese Selbstbestimmung unter besonderen Umständen auch eingeschränkt sein kann. Unter diesem Gesichtspunkt ist nämlich zu überlegen, ob der geäußerte Sterbewunsch tatsächlich dem momentanen Willen der Betroffenen entspricht. Denn nicht jeder trifft die gleichen Entscheidungen, wenn er unter Schock steht, Schmerzen hat oder Gefühle wie Angst, Depression, Wut oder Verzweiflung das Leben beherrschen. Untersuchungen haben in diesem Zusammenhang ergeben, dass Patienten, die sich in einer „schlechten“ Phase ihrer Krankheit befinden, den Wunsch äußern, die Behandlung abzubrechen, da es keinen Sinn mehr habe. Befanden sie sich aber wieder in einer „besseren“ Phase ihrer Erkrankung gaben sie

zu, nicht sterben zu wollen, jedoch in der Zeit, in der sie müde und verzweifelt sind, einfach nicht die Kraft haben, weiterzukämpfen (Prat, 2000, S. 70-71).

Der Psychiater und Suizidspezialist Erwin Ringel spricht von einer schweren psychischen Krise in dieser Zeit und macht den Todeswunsch zum Symptom dieser Krise in 95% der Fälle. Deshalb hat er auch Suizidanten grundsätzlich als nicht zurechnungsfähig erachtet und befindet sie in ihrer Autonomie als eingeschränkt. Personen, die in einer solchen Situation sind, können nicht mehr frei über ihren Willen entscheiden (Bonelli, 2000, S. 93).

Aus diesem Grund ist es auch so wichtig, dann seinen Willen zu äußern, wenn man noch alle Eventualitäten ein- bzw. ausschließen kann. Dies ist möglich durch eine verbindliche Patientenverfügung, die man noch im Vollbesitz seiner geistigen Fähigkeiten zusammen mit einem Notar SELBST BESTIMMEN kann.

Nicht immer ist es für den Menschen leicht, sich mit dem „sicheren Ende“ zu befassen, einem Punkt im Leben, dem keiner entkommt. Die Patientenverfügung stellt eine schriftliche oder mündliche Willenserklärung dar, die in Kraft tritt, wenn sich die Betroffenen nicht mehr selbst zum geplanten Vorgehen äußern können. Mit der Patientenverfügung können nur medizinische Behandlungsmaßnahmen abgelehnt werden, keine pflegerischen. Patientenverfügungen können auch über DNR Vermerke bestimmen, wenn dies von den Betroffenen gewünscht wird (Mohr, 2007, S. 185-186).

Die Patientenverfügung ist aber stets nur eine Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt und entbindet ihn nicht von seiner Pflicht als Mediziner selbstständige Entscheidungen zu treffen (Mohr, 1997, S. 11).

Die Aufgabe der Mediziner ist es, niemandem, auch nicht auf sein Verlangen hin, ein Tötungsmittel zu verabreichen oder auch nur einen Rat dazu zu geben (Hippokratischer Eid, 29.08.2011, <http://www.meduniwien.ac.at>). Diese Form der ärztlichen Pflicht ist nun ein wenig überholt und wurde durch das Genfer Ärztegelöbnis neu formuliert, in dem es heißt, dass die ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit stehen sollte. Dies knüpft schon eher an die heutige Auffassung von Leidenslinderung und einer würdevollen Sterbephase, nicht an die Erhaltung des Lebens um jeden Preis (Genfer Ärztegelöbnis 1948, 29.08.2011, <http://www.meduniwien.ac.at>).

Nicht nur das Genfer Ärztegelöbnis spricht sich für eine „menschliche“ Behandlung aus, sondern auch die heutige Rechtsprechung, in der die Mediziner dazu

verpflichtet sind, niemanden gegen seinen Willen unnötig zu behandeln. Nicht aber gilt daher automatisch, dass Mediziner das Recht haben Leben zu verkürzen oder Behandlungen einfach abubrechen. Sie müssen versuchen, wenn es keine Chance mehr auf Heilung gibt, den Betroffenen das Sterben zu erleichtern (Bonelli, 2000, S. 93-94).

Nicht zuletzt ist der Mediziner unter Berücksichtigung des Patientenwunsches der Entscheidungsträger. Er muss individuell für die Betroffenen eine verantwortungsvolle Position einnehmen und schließlich nicht nur über Leben und Tod, sondern auch über die Art und Weise von Leben und Tod entscheiden. Wie sieht die Prognose für diesen Patienten aus? Wie würde sein Weiterleben verlaufen? Welche Aufgaben würden auf die Angehörigen zukommen? Sind sie dem gewachsen? Es ist nicht das Recht des Arztes Leben aktiv zu beenden, aber es ist auch nicht sein Recht das Leben des Patienten unnötig zu verlängern? Hier stößt der Arzt nicht nur an seine medizinischen, sondern vor allem an seine moralischen Grenzen (Waldhäusl, 2000, S. 121-122).

4.3.4. Ethische Konflikte in der Notfallmedizin

Im Jahre 2000 wurden zur Durchführung der cardiopulmonalen Reanimation internationale Richtlinien gefertigt, die von der American Heart Association (AHA) und vom European Resuscitation Council (ERC) veröffentlicht. Im Zuge dieser Guidelines wurde auch festgelegt, wann eine Reanimation zu erfolgen und wann sie zu unterbleiben hat. Reanimationsversuche werden nur dann nicht durchgeführt, wenn der sichere Todeszeichen aufweist. Dazu gehören:

1. Leichenstarre
2. Nicht wegdrückbare Totenflecken
3. Fäulnis und/oder Verwesungserscheinungen und
4. Verletzungen, die mit dem Leben nicht vereinbar sind (z.B. Dekapitationen, schwerste Verstümmelungen und Zerstückelungen etc.).

Besteht auch nur der geringste Zweifel, dass eines oder mehrere dieser sicheren Todeszeichen eingetreten sind, ist das rettungsmedizinische Personal laut den gesetzlichen Richtlinien dazu verpflichtet den Reanimationsversuch zu starten. Wurde die Reanimation begonnen, ist diese mit allen verfügbaren Mitteln und suffizient durchzuführen. Nur der Notarzt kann in der Akutsituation entscheiden, ob eine bereits begonnene Reanimation wieder abgebrochen wird (Mann, May, 2005, S. 52-53).

Notärzte entscheiden sich laut verschiedenen Studien in 61% der Fälle vor dem Beginn ihrer Tätigkeit gegen eine Reanimation, wobei dieses Ergebnis stark vom Dienstalter und der Häufigkeit der Entscheidung abhängt (Mann, May, 2005, S. 54-55).

Dabei darf man nicht vergessen, dass die in kürzester Zeit und ohne den Patienten zu kennen, entscheiden müssen, ob sie den Wiederbelebungsversuch abbrechen oder nicht. Dies führt zu großen moralischen und emotionalen Anspannungen und die Entscheidungsträger stehen momentan unter großem Druck. Die Notfallsituation lässt nur wenig Raum für weitschweifende Informationen über Grunderkrankungen, Medikationen oder die bisherigen schweren Erkrankungen der Betroffenen. Zusätzlich sind die diagnostischen und therapeutischen Limitierungen zu beachten. Im Gegensatz zum klinischen Bereich stehen hier auch kein Team zur Verfügung, das man um Rat fragen könnte, wie zum Beispiel einen Oberarzt oder anderen Vorgesetzten. Vor allem weiß man aber in der Notfallsituation nicht, welche prognostischen Chancen die Betroffenen wirklich haben (Burghofer, Lackner, 2006, S. 686-687).

Die einzige Entscheidungshilfe, die in dieser Situation vorliegen kann, ist eine Patientenverfügung bzw. ein DNR Vermerk der Betroffenen, die sie zu einem Zeitpunkt vereinbart haben, in der sie noch in der Lage dazu waren, ihren freien Willen zu äußern oder der Arzt diese Entscheidung für sie getroffen hat. Weist in der Situation, in der der Reanimationsversuch schon begonnen wurde, einer der Angehörigen dieses Dokument vor, darf in der Regel nicht über den Wunsch der Betroffenen hinweg entschieden werden und der Notarzt muss diese Willensäußerung, wie schon besprochen, in ihre Entscheidung mit einbeziehen, auch wenn er davon nicht entbunden ist (Wolfslast, 1997, S. 36).

Die Notfallsituation ist aber eine besondere und oft fehlt eine exakte Spezifikation bezüglich der Umstände, in denen der Therapieabbruch zu erfolgen hat. Viele

Patienten treffen Vereinbarungen für bestimmte Situationen. Tritt diese Situation aber nicht ein oder nur in einem ähnlichen Ausmaß, zum Beispiel bei plötzlich auftretenden Erstickungsanfällen, Querschnittslähmungen oder schweren Schädel-Hirn-Verletzungen, wird trotz der initialen Vereinbarung notärztliche Hilfe angefordert. Hier müsste die tatsächliche Willensäußerung des Betroffenen erhoben werden. Es müsste geprüft werden, ob das Dokument echt und gültig ist und inwieweit sich die Einstellung der Betroffenen unter dem Leidensdruck und der Schmerzen verändert hat. In der Akutsituation ist eine solche Beurteilung aber unmöglich (Burghofer, Lackner, 2006, S. 688).

Im Zweifel wird sich das Rettungsteam immer für den Beginn des Reanimationsversuches entscheiden, sofern keine sicheren Todeszeichen vorhanden sind. Patientenverfügungen stellen, wie schon gesagt, eine Entscheidungshilfe dar, sind aber in der Akutsituation nur von nachrangiger Bedeutung. Kann der mutmaßliche Wille des Patienten nicht erhoben werden, dann ist im Sinne der Lebenserhaltung zu handeln, sofern es noch reelle Chancen auf ein Überleben in zumindest gleichem Maße wie vor der Reanimation gibt (Beckmann, 1997, S. 66).

5. Schlussfolgerung

Die Entscheidung für oder gegen eine Reanimation im Notfall ist keine, auch wenn es viele so scheinen lassen, die zur Routine wird. Denn letztendlich ist es eine Entscheidung über das Leben eines Menschen.

Der DNR Vermerk soll eine Hilfe sein, um diese Entscheidung unter Berücksichtigung des Patientenwunsches zu treffen. Sie entbindet den Arzt aber nicht eine angemessene Lösung für die individuelle Situation zu finden, in der sie gebraucht wird.

Der Vergleich zwischen dem klinischen und präklinischen Bereich, in dem DNR Vermerke zur Anwendung kommen, lässt sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

Die Entscheidung liegt, wie schon erwähnt, schlussendlich beim Arzt. Als solche wird ihm eine Verantwortung zu teil, die es nicht nur gegenüber den Betroffenen, sondern auch allen An- und Zugehörigen gegenüber zu vertreten gilt.

Im klinischen Bereich wird diese Entscheidung vermutlich ein wenig leichter sein. Hier gibt es stets einen Team, jemanden, den der Arzt um Rat fragen kann, mit dem er sich besprechen kann.

Im präklinischen Bereich hat der Notarzt ein sehr eingeschränktes Zeitfenster um sich für oder gegen eine Reanimation zu entscheiden. Er kann nicht auf alle Umstände eingehen, die vielleicht notwendig wären, um eine absolut korrekte Entscheidung treffen zu können. Er ist auf sich allein gestellt und oft fehlen vor allem die Zeit sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten.

Die Tätigkeit als Notarzt soll hier nicht schwieriger oder wichtiger erscheinen als die eines Arztes, der im klinischen Bereich tätig ist. Es soll zeigen, dass diese beiden Positionen sehr schwer zu vergleichen sind, denn es sind andere Orte, Umstände, Patienten, Teams und vor allem unterschiedliche Anforderungen, die hier auf die Mediziner einwirken und Einfluss auf diese haben.

6. Diskussion und Ausblick

Tatsache ist, dass der DNR Vermerk einen Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen ermöglicht, nicht aber auf andere Therapiemaßnahmen. Sie entbindet den behandelnden Arzt auch nicht, eine eigenständige Entscheidung zu treffen. Die Fragen, die sich stellen, sind: Was ist das Ziel? Und kann ich als Arzt dieses Ziel mit einer cardiopulmonalen Reanimation erreichen? Ist dieser physiologische Prozess, das Sterben, noch aufhaltbar?

Nicht nur die persönliche Einstellung und Geschichte eines Arztes beeinflusst seine Entscheidungen, sondern auch unterschiedliche Aspekte, die den Patienten betreffen. Diese Faktoren sind vor allem Alter, Allgemeinerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand und natürlich die Prognose für die Betroffenen.

Die aktuelle Ausrichtung auf die Autonomie der Betroffenen lässt auch einige Fragen zu. Bis zu welchem Grad geht diese Autonomie? Ist ein Patient mit Schmerzen und Todeswunsch noch autonom? Inwiefern sind die Betroffenen aufgeklärt? Wissen sie auch über die Konsequenzen ihrer Entscheidungen ausreichend Bescheid? Und welche spielt die Autonomie in der Notfallmedizin, wenn keine Zeit bleibt Unterlagen zu überprüfen oder sicher zu stellen ob die Betroffenen eine Reanimation wollen oder nicht? Im Zweifel wird sich das Rettungsdienstpersonal immer für eine Reanimation entscheiden, sofern keine sicheren Todeszeichen vorhanden sind. Laut Statistik entscheiden sich 61% der Notärzte schon vor dem Beginn einer Reanimation dagegen, hier bleibt nur noch die Frage: vielleicht doch eine Art Routine?

Für die Zukunft wäre es wünschenswert eine klar strukturierte Richtlinie zum Thema zu entwickeln, die für ein bestimmtes Patientenkollektiv, das heißt für Hochaltrige, Multimorbide und allgemein Patienten im terminalen Stadium einer Erkrankung, präsent gemacht werden. Besonderes Augenmerk sollte hier auf die Patientenverfügung und den DNR Vermerk gelegt werden.

7. Literaturangaben

Adams, D, Snedden, D 2006, `How Misconceptions Among Elderly Patients regarding Survival Outcomes of Inpatient Cardiopulmonary Resuscitation Affect Do-Not-Resuscitate Orders`, *Journal of the American Osteopathic Association*, Vol. 106 (7), pp. 402-404.

Baumann-Hölzle, R 1999, *Autonomie und Freiheit in der Medizin-Ethik: Immanuel Kant und Karl Bart*, Freiburg/München: Karl Alber.

Beauchamp, T, Childress, J 2001, *Principles of Biomedical Ethics*, 5. Auflage, New York: Oxford University Press.

Beckmann, JP 1997, Zur Frage der ethischen Legitimation von Handeln und Unterlassen angesichts des Todes. In: Mohr, M, Kettler, D (Hrsg.) *Ethik in der Notfallmedizin: Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung*. Berlin: Springer, pp. 57-68.

Bonelli, J 2000, Sterbebegleitung und Palliativmedizin aus der Perspektive ärztlicher Praxis: Plädoyer für eine neue Kultur des Sterbens. In: Bonelli, J (Hrsg.) *Leben-Sterben-Euthanasie?* Wien: Springer, pp. 91-96.

Burghofer, K, Lackner, CK 2006, `Tun und Lassen in der Notfallmedizin`, *Notfall + Rettungsmedizin*, Vol. 8 (9), pp. 685-690.

Burns, JP, Cassem, N, Edwards, J, Johnson, J, Truog, R 2003, `Do-not-resuscitate order after 25 years`, *Critical Care Medicine*, Vol. 31 (5), pp. 1543-1550.

Duden Online. Deutsches Universalwörterbuch. [Online] Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Euthanasie> [Zugriff am 23.08.2011].

Engelhardt, D 1997, Zur Begründung ethischer Prinzipien in der Notfallmedizin. In: Mohr, M, Kettler, D (Hrsg.) *Ethik in der Notfallmedizin: Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung*. Berlin: Springer, pp. 19-30.

Ethikkomitee LKH- Universitätsklinikum Graz, 2009. *Empfehlungen für den Umgang mit dem geplanten Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung („DNR Vermerk“) am LKH- Universitätsklinikum Graz.* [pdf] Verfügbar unter: <http://www-theol.uni-graz.at/~schaupp/Schwerpunkt%20Bioethik/DNR.pdf> [Zugriff im August 2011].

Friesenecker, B 2011. *Über Sinn und Nutzen unseres Tuns. Die Rechte der Patienten, die Rolle der Angehörigen, Patientenverfügung, DNR & Co.* [pdf] Verfügbar unter: http://www.intensiv-innsbruck.at/meetings/ref_friesenecker1_ifimp2011.pdf [Zugriff im September 2011].

Generalversammlung des Weltärztebundes, 1948. *Genfer Ärztegelöbnis.* [pdf] Verfügbar unter: <http://www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/literatur/arztgelo.pdf> [Zugriff im September 2011].

Grewel, H 2002, *Lizenz zum Töten: Der Preis des technischen Fortschritts in der Medizin*, Stuttgart: Klett Cotta.

Hippokrates 4./5. Jhdt. v. Chr. *Eid des Hippokrates.*[pdf] Verfügbar unter: <http://www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/literatur/eidhippo.pdf> [Zugriff im September 2011].

Mann, R, May, AT 2005, Ethik im Rettungsdienst. In: Sass, HM (Hrsg.) *Soziale Kompetenz im Notfall. Praxisanleitung nicht nur für den Rettungsdienst – ein Unterrichtskonzept.* Bochum/Washington: Lit Verlag Münster, pp. 41-62.

Mohr, M 2007, `Auf der Grenze: präklinische Wiederbelebung im hohen Alter`, *Notfall + Rettungsmedizin*, Vol. 3 (10), pp. 182-188.

Mohr, M 1997, Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung: Der Ablauf und die Konflikte. In: Mohr, M, Kettler, D (Hrsg.) *Ethik in der Notfallmedizin: Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung.* Berlin: Springer, pp. 5-18.

Prat, EH 2000, Zur Frage der Selbstbestimmung: Gibt es ein Recht darauf, sich selbst zu töten oder auf Verlangen getötet zu werden? In: Bonelli, J (Hrsg.) *Leben-Sterben-Euthanasie?* Wien: Springer, pp. 61-72.

Reicher, M 2010, *CPR versus AND (DNR) und Patientenverfügung bei geriatrischen Patienten. Ethische Aspekte und Überlebensraten*, Abschlussarbeit, Österreichische Akademie der Ärzte Wien.

Schmitt, J 1997, Die Entscheidung zur Herz-Lungen-Wiederbelebung. Studie im deutsch-amerikanischen Vergleich, Dissertation, Eberhard-Karls-Universität Tübingen.

Statistik Austria. [Online] Verfügbar unter:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html [Zugriff am 01.03.2012].

Strafgesetzbuch Österreich §§§ 75, 77, 78. [Online] Verfügbar unter:

<http://www.ris.bka.gv.at/Ergebnis.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=strafgesetzbuch&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=75&BisParagraf=78&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=23.08.2011&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=&Position=1> [Zugriff am 23.08.2011].

Waldhäusl, W 2000, Natürliches Sterben, künstliche Lebensverlängerung und Euthanasie. In: Bonelli, J (Hrsg.) *Leben-Sterben-Euthanasie?* Wien: Springer, pp. 113-124.

Wolfslast, G 1997, Recht auf Wiederbelebung – Recht auf Tod? Die rechtliche und ethische Verpflichtung zur Hilfe. In: Mohr, M, Kettler, D (Hrsg.) *Ethik in der Notfallmedizin: Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung*. Berlin: Springer, pp. 31-38.