

Amputation bei einer Patientin mit einer Psychose in der Vorgeschichte?

Im Rahmen einer Weiterbildung berichtet eine teilnehmende Psychiaterin die folgende Fallgeschichte: Die Patientin, Frau A., ist 34 Jahre alt. Aus der Krankengeschichte ist bekannt, dass sie vor etwa 6 Jahren eine schizophrene Psychose hatte. Diese ist nach Ansicht der Psychiaterin weitgehend abgeklungen; es lassen sich aber residual eine unangemessene Affektivität sowie eine Nivellierung hinsichtlich persönlicher Kontakte bemerken. Die Eltern leben in einiger Entfernung vom aktuellen Behandlungsort; zeitweilig hat Frau A. in der letzten Zeit bei ihren Eltern gelebt. Zwei Geschwister sind, soweit sich in Erfahrung bringen ließ, vor einigen Jahren verstorben. Es soll noch ein weiteres Geschwister geben. Genauer lässt sich aber über den sozialen Hintergrund nicht in Erfahrung bringen.

Das aktuelle medizinische Problem besteht in einer atypischen, p-ANCA-positiven Vaskulitis, die eine immunsuppressive Behandlung notwendig macht. Als weitere Diagnosen werden aufgeführt: Antiphosphorlipidsyndrom und Zustand nach PTA der Aorta abdominalis mit Stentanlage etwa sechs Monate vorher. Die Durchblutungsstörung liegt im Bereich der kleinen Fußgefäße, so dass unter den gegebenen Umständen die Amputation des rechten Beines in Unterschenkelhöhe indiziert ist. Es kommt erschwerend hinzu, dass in absehbarer Zeit – voraussichtlich in wenigen Wochen – auch das linke Bein amputiert werden muss. Die Prognose ist danach durchaus günstig, da andere Durchblu-

tungsstörungen nicht vorliegen, so dass von einer Genesung der Patientin auszugehen ist. Die Patientin ist wach und ansprechbar. Im Hinblick auf die Psychose stellt sich differentialdiagnostisch die Frage eines hirnrorganischen Psychosyndroms. Aufgrund der Phänomenologie wird dies von der Psychiaterin aber als unwahrscheinlich angesehen. Frau A. ist zum Zeitpunkt des Berichts bettlägerig. Es zeigen sich bereits Kontrakturen.

Befragt nach der Vorgeschichte der Patientin lassen sich die folgenden Ereignisse rekonstruieren: Frau A., die bis zu diesem Zeitpunkt berufstätig war, stellte sich erst bei ihrem Hausarzt vor, als ihre Zehen bereits schwarz waren und sie selbst unter erheblichen Schmerzen litt. Der Hausarzt wies sie in eine Einrichtung der Maximalversorgung zur stationären Behandlung ein. Die Patientin wurde dort zunächst auf einer immunologischen Station behandelt. Sie stellte sich dort notfallmäßig bei zunehmenden Schmerzen vor. Acht von zehn Zehen waren mittlerweile mumifiziert „abgefallen“. Sie berichtete über diffuse Schmerzen im Unterschenkel.

Frau A. zeigte aus Sicht der behandelnden Ärzte keine Krankheitseinsicht trotz der drohenden Infektexacerbatation, so dass ein psychiatrisches Konsil einberufen wurde. Mit anderen Worten: Die Patientin willigte nicht in eine Amputation ein. Die behandelnden Ärzte wirkten darauf hin, dass ein Betreuer für die Patientin eingesetzt wurde. Das auf Grund ihres Aufenthaltsortes zuständige Vormundschaftsgericht

bestimmte einen gesetzlichen Betreuer mit dem Wirkungskreis „Gesundheitsfürsorge, einschließlich der insoweit notwendigen Aufenthaltsbestimmung“. Zur Begründung heißt es, dass Frau A. auf Grund ihrer körperlichen Behinderung nicht in der Lage ist, in dem genannten Wirkungskreis ihre Angelegenheiten zu besorgen. Die Einsetzung eines Berufsbetreuers ist aus Sicht des Gerichts notwendig, weil kein geeigneter ehrenamtlicher Betreuer zur Verfügung steht. Es wird aber nicht klar, ob dies auf Grund der räumlichen Entfernung zu den Angehörigen angenommen wird oder auf Grund des Gesundheitszustandes der Angehörigen.

Auf der immunologischen Station herrschte deutlich die Ansicht vor, dass eine Operation geboten sei. Im Rahmen der Behandlung äußerte die Patientin bei einer Gelegenheit, dass sie sich das Leben nehmen würde, wenn man sie mit Zwang behandeln würde. Ein Psychiater, der Frau A. zu diesem Zeitpunkt untersuchte, hielt in einem Gutachten fest, dass das ethische Problem sich als eine Güterabwägung formulieren lasse: Auf der einen Seite stehe die lebenserhaltende Maßnahme, auf der anderen Seite stehe die mögliche, durch eine Zwangsoperation entstehende Traumatisierung sowie eine daraus eventuell folgende Suizidgefahr. Beide Optionen seien gegeneinander abzuwägen. Aus seiner Sicht sei die Traumatisierung in Kauf zu nehmen, um das Leben zu retten. Die genaue Argumentation für diese Entscheidung lässt sich aber dem Gutachten nicht entnehmen.

Frau A. wurde zunächst in ambulante Behandlung entlassen, aber auf Grund der fortschreitenden Infektion wiederum stationär eingewiesen. Diesmal wurde sie zum operativen Eingriff auf eine gefäßchirurgische Station gebracht. Dort konnte zwar eine Nachresektion des 1. Zehenstrahls am linken Fuß sowie eine Nachresektion des 1., 2. und 3. Zehenstrahls der rechten Seite im Sinne einer limitierten Vorfußamputation vorgenommen werden, eine Amputation lehnte Frau A. aber noch

immer entschieden ab. Am Tag der geplanten Operation wehrte sie sich massiv gegen die Operation, so dass diese nur mit „Einsatz von körperlicher Gewalt“ hätte durchgeführt werden können. Es ist nicht bekannt, wie groß dieses Ausmaß an körperlicher Gewalt hätte sein müssen. Da die Patientin nicht in der gefäßchirurgischen Abteilung verbleiben konnte, wurde sie in die psychiatrische Station der Psychiaterin verlegt, die die Fallgeschichte vorstellt. Dies geschah auch mit der Zielsetzung, Frau A. die Möglichkeit zu verschaffen, ihren Entschluss zu überdenken und ihr dies durch geeignete therapeutische Angebote zu ermöglichen. Darüber hinaus sahen sich die behandelnden Gefäßchirurgen auch nicht in der Lage, die Einsichtsfähigkeit der Patientin ausreichend zu beurteilen.

Bis zu diesem Zeitpunkt gibt es keine gemeinsam geplante Vorgehensweise der unterschiedlichen beteiligten Stationen. Eine solche gemeinsame Vorgehensweise scheint in dieser Situation um so dringender, da man für den Fall, dass man den Willen von Frau A. respektiert, entscheiden muss, wie eine angemessene Sterbegleitung zu organisieren ist, wo diese stattfinden soll und wo sie die letzten Lebenswochen verbringen wird. Keine der beteiligten Stationen fühlt sich für eine solche Betreuung der Patientin zuständig. Nicht zuletzt verweigert auch die immunologische Station eine solche Betreuung, weil diese Station Teil einer Einrichtung der Maximalversorgung ist.

Grundsätzlich stimmen sowohl der gesetzliche Betreuer wie auch der zuständige Vormundschaftsrichter einer auch gegen den Willen von Frau A. durchgeführten Operation zu. Es lässt sich aber nicht klären, ob der Richter der Ansicht ist, dass die Operation durchgeführt werden *muss* oder ob die Operation durchgeführt werden *kann*, wenn sich die Ärzte zu einem entsprechenden Vorgehen entschließen. Sowohl für den Gefäßchirurgen wie auch für die berichtende Psychiaterin stellt sich die Frage, ob die Amputation eines Beines ge-

gen den Willen der Patientin ethisch zu rechtfertigen ist.

Auch der behandelnde Chirurg, so die Psychiaterin, äußert sich sehr zurückhaltend. Für ihn kommt eine Zwangsbehandlung eher nicht in Frage, und wenn, dann eigentlich nur, wenn es einen breiten Konsens aller behandelnden Ärzte gibt. Die Psychiaterin ist der Ansicht, dass die Patientin durchaus in der Lage sei, die Reichweite ihrer Entscheidung zu verstehen. Die Affektivität sei zwar unangemessen, kognitiv sei sie aber fähig, die Bedeutung ihrer Entscheidung nachzuvollziehen. Befragt nach dieser unangemessenen Affektivität berichtet die Ärztin, dass es bei Frau A. eine mangelnde Wahrnehmung des eigenen Körpers gebe und daher versucht werde, durch eine entsprechende Behandlung diese Wahrnehmung wieder zu stärken, beispielsweise die Patientin in die pflegerische Versorgung ihrer Füße einzubeziehen. Die Verlegung in ein Hospiz für den Fall, dass ihr Wille respektiert werde, lehne die Patientin übrigens ab.

Die Patientin ist religiös und akzeptiert ihr Schicksal als von Gott gegeben und als das Los, das ihr zuteil ist. Eine Klinikseelsorgerin, die mit ihr gesprochen hat und die nach den Aussagen der Psychiaterin sehr erfahren ist im Umgang mit psychiatrischen Patienten, wurde um eine Stellungnahme zur Religiosität der Patientin gebeten. Die Klinikseelsorgerin beurteilt die geäußerte Form von Religiosität als im Rahmen des für religiöse Menschen durchaus Üblichen, so dass nicht davon auszugehen ist, dass dies Teil eines Wahnsystems ist.

Im Rahmen der Weiterbildung wurden dann die folgenden Fragen aufgeworfen: Lassen sich ethische Kriterien benennen, die es erlauben, begründet zwischen den beiden wichtigsten Vorgehensweisen (behandeln vs. nicht behandeln) zu wählen? Sind die Voraussetzungen für eine informierte Einwilligung oder Ablehnung (consent/refusal) bei dieser Patientin gegeben? Was soll geschehen, wenn die Teilnehmer dem Willen der Patientin folgen? Wie ist die Situation rechtlich zu beurteilen?

Kommentar I

Die Situation der bisherigen Entscheidungssuche

Die Falldarstellung der 34-jährigen Patientin zur Entscheidungsfindung zeigt ein ziemlich verworrenes Bild: Keine Instanz will bzw. kann entscheiden.

Obwohl eine sehr wichtige Lebensentscheidung ansteht, fehlen der Patientin

Einsicht und anscheinend auch Entscheidungskompetenz, die schwierige Situation zu entwirren. Ärztinnen und Ärzte aus vier verschiedenen Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Immunologische Spezialabteilung, Gefäßchirurgische Abteilung, konsiliarisch tätige Psychiaterin) sind sich in der Durchsetzung der notwendigen, lebenserhaltenden Amputationen nicht ei-

nig. Fast unmittelbar daraus folgt, dass die Patientin auch nicht von der lebenserhaltenden Maßnahme überzeugt werden kann. Auch die psychiatrisch erfahrene Seelsorgerin kann die Patientin nicht zum weiteren diesseitigen Leben veranlassen.

Dazu kommt, dass der Wirkungskreis des zur Vormundschaft bestellten gesetzlichen Betreuers für die Entscheidung zur Amputation nicht ausreicht: „Gesundheitsfürsorge einschließlich ... Aufenthaltsbestimmung“.

Obwohl sowohl der gesetzliche Betreuer als auch der zuständige Vormundschaftsrichter einer gegen den Willen von Frau A. ausgeführten Operation zustimmen, lässt sich diese Zustimmung de facto gegen den Willen der Patientin nicht durchsetzen. („Nur mit Einsatz von körperlicher Gewalt“, auf die dann verzichtet wird.)

So ist eine „Patt-Situation“ entstanden, die angesichts des Patientinnenwillens und angesichts der Hilflosigkeit der beistehenden Helfer nicht zu lösen ist: Kein Beteiligter kann und will gegen den Willen der Patientin eine Entscheidung fällen.

Die Entscheidungssituation bei kollidierenden ethischen Gütern: Gewaltanwendung zur lebenserhaltenden Amputation (vitale Indikation) versus Therapieverzicht mit individuell abgestimmter Sterbebegleitung

Für die Entscheidung wichtig ist die Beurteilung der *Psychiaterin*, dass „die Patientin durchaus in der Lage sei, die Reichweite ihrer Entscheidung zu verstehen. ... Kognitiv sei die Patientin fähig, die Bedeutung ihrer Entscheidung nachzuvollziehen“.

Dazu passt auch – im Sinne der Entscheidung der Patientin –, dass „die Patientin religiös ist und ihr Schicksal als von Gott gegeben und als das Los, das ihr zuteil wird, akzeptiert“. Der *Klinikseelsorgerin* ist zuzustimmen, wenn sie diese Form der Religiosität als im Rahmen des für religiöse Menschen „durchaus übli-

chen“ einordnet. Damit entfällt auch die Sorge, dass die Amputationsverweigerung Teil eines psychotischen Wahnsystems ist. Psychiatrisch gesehen gibt es in der Fallbeschreibung keinen Anhalt für das Vorliegen einer exogenen oder endogenen Psychose, welche derzeit die Entscheidungsfähigkeit der Patientin unmöglich macht.

Es wird schließlich nach ethischen Entscheidungskriterien für den hier entscheidenden ethischen Diskurs gefragt.

Der Willensentschluss der autonom entscheidenden Patientin ist eindeutig: Eine Amputation „des rechten Beines in Unterschenkelhöhe“ lehnt die Patientin „entschieden“ ab. Am Tag der Operation wehrt sie sich massiv gegen die Amputation, so dass „diese ‚nur mit Einsatz von körperlicher Gewalt‘ hätte durchgeführt werden können“. Dabei ist nicht relevant zu diskutieren, „wie groß dieses Ausmaß an körperlicher Gewalt hätte sein müssen“. Da das zuständige Vormundschaftsgericht den Wirkungskreis ‚Gesundheitsfürsorge‘ lediglich mit der *körperlichen Behinderung* begründet hat, muss davon ausgegangen werden, dass die Patientin selbst noch – in Bezug auf etwaige *Operationen* – völlig autonom einzuordnen ist: Sie ist „kognitiv fähig, die Bedeutung ihrer Entscheidung nachzuvollziehen“. Affektive Störungen und „mangelnde Wahrnehmung des eigenen Körpers“ sind für die endgültige Entscheidung gegen Amputationen der autonomen Patientin nicht wesentlich.

Daher muss die Entscheidung der Patientin, keine Amputationen an sich vornehmen zu lassen, ganz ernst genommen werden.

Ob sie nun auf der psychiatrischen Abteilung bleiben kann oder ob sie nicht doch in eine andere Klinik verlegt werden sollte, könnte dann der vom Vormundschaftsgericht bestimmte gesetzliche Betreuer – in Absprache mit der Patientin – entscheiden.

Kurz: nachdem die Patientin offensichtlich nicht mehr psychotisch ist, ist der Wille der Patientin, sich nicht weiters operieren zu lassen, entscheidend. Die Wünsche und Bemühungen der beteiligten Ärztinnen

und Ärzte sind – seitens ihrer Standesethik – gut nachzuvollziehen, haben aber gegenüber der Willensentscheidung der Patientin keine Bedeutung. Anderenfalls würde es sich um einen harten und rigiden Paternalismus handeln, durch den der Wille der autonomen Patientin unterdrückt würde.

Ein Entscheidungsvorschlag mit Diskussion der jeweiligen Konsequenzen

Was das praktische Vorgehen im konkreten Fall angeht, so wird ein Modus procedendi vorgeschlagen, der vielleicht helfen könnte, beiden sich widersprechenden Positionen Raum zu geben:

Als erster Schritt sollten der möglicherweise operierende Chirurg, die behandelnde Psychiaterin und die Seelsorgerin gemeinsam der Patientin den Sachstand mitteilen: Sie müsste mit dem baldigen Tod rechnen, wenn sie keiner Amputation zustimmen würde. Dazu sollte eine schriftliche Erklärung vorbereitet werden, welche die Patientin unter Zeugen unterschreiben sollte.

Danach sollten Psychiaterin und Seelsorgerin jeweils aus ihrem Lebensverständnis heraus getrennt mit der Patientin sprechen. Die Seelsorgerin könnte z. B. darauf hinweisen, dass Gott ein „Liebhaber des Lebens“ sei und dass die Patientin sich u. U. in die Nähe des freiwilligen Suizids begeben würde.

Wenn die Patientin dann bei ihrer Meinung, keinerlei Amputation zuzulassen, bliebe, sollten sich die beteiligten Pflegenden, die Seelsorgerin und die dann behandelnden Ärzte auf eine Sterbebegleitung *lege artis* einstellen.

Sollte möglicherweise die Patientin in irgendeiner Phase des Sterbeprozesses bewusstlos werden, könnte der eventuell operierende Chirurg noch einmal hinzugezogen werden, ob bei bestehender Bewusstlosigkeit noch eine Amputation infrage kommt, um das Leben der Patientin zu retten (vermuteter „unbewusster“ Lebenswille?).

Dabei bleibt unsicher, ob die Patientin wieder zu Bewusstsein kommt und ihre „Rettung“ später billigen kann. Auf jeden Fall muss die Patientin als autonome Person, letztlich mit ihrem Schicksal allein fertig werden. Auch wenn die beteiligten Ärztinnen und Ärzte meinen, den besseren Überblick über Leben und Tod zu haben, ohne ausdrückliche Willensbekundung der Patientin können sie in diesem Fall Amputationen nicht vornehmen. Nur die Patientin selbst muss später mit den von ihr evtl. so empfundenen „Verstümmelungen“ leben. Wenn sie das so nicht will, kann die ärztliche Fürsorge als beendet angesehen werden.

Anschrift

Dr. med., Lic. phil. et theol. Ulrich J. Niemann

Offenbacher Landstraße 224
60599 Frankfurt am Main

Kommentar II

Strafrechtliche Implikationen

Schwere Körperverletzung, §§ 223, 226 StGB

Die in Aussicht genommene Amputation des rechten Beines in Unterschenkelhöhe, die in absehbarer Zeit anstehende Amputation des linken Beines, aber auch die unterlassene Amputation und der damit verbundene tödliche Ausgang sind – wie jeder andere Eingriff in Körper bzw. Gesundheit – dem Gesetz und damit auch dem Strafrecht unterworfen. Mangels spezialgesetzlicher Regelungen bilden die Straftaten gegen Leib und Leben, insbesondere die der vorsätzlichen und fahrlässigen Körperverletzung und die der Tötung, den Anknüpfungspunkt strafrechtlicher Verantwortung. Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bedroht § 223 denjenigen, der vorsätzlich eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt. Die wichtigsten Anwendungsfälle der schweren Körperverletzung, die nach § 226 StGB mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren geahndet werden kann, sind solche, in denen das Opfer ein wichtiges Glied des Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebrauchen kann oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige Krankheit oder Behinderung verfällt. Verursacht der Täter die schwere Folge absichtlich oder wissentlich, so ist die angeordnete Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren, § 226 Abs. 2 StGB.

Tötung durch Unterlassen, §§ 111, 13 StGB

Wird die Amputation unterlassen, so besteht die ernstzunehmende Gefahr, dass die Patientin verstirbt. Die strafrechtliche Würdigung des mitgeteilten Sachverhalts muss sich daher auch mit den Straftatbeständen der vorsätzlichen oder fahrlässigen Tötung auseinandersetzen, §§ 212, 222, 13 StGB. Die vorsätzliche Tötung ist mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren, die fahrlässige mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bedroht. Diese Begehungsdelikte können unter den Voraussetzungen des § 13 StGB auch durch Unterlassen verwirklicht werden. In diesem Fall besteht das strafbare Verhalten darin, dass der Arzt eine bestimmte Handlung nicht vornimmt, obwohl ihm diese möglich gewesen wäre, er eine besondere Beziehung zum Träger des gefährdeten Rechtsguts, in diesem Fall zur Patientin, hat und er das ihm obliegende spezielle Handlungsgebot missachtet. Ist der Arzt nicht Garant im Sinne von § 13 StGB, ist bei unterlassener ärztlicher Hilfe eine Strafbarkeit aus dem allgemeinen Unterlassungsdelikt des § 323 c StGB, Unterlassene Hilfeleistung, zu prüfen.

Amputation als strafbare (schwere) Körperverletzung?

Betrachten wir zunächst die Körperverletzungsdelikte. Hier stellt sich zum einen die Frage, ob die Amputation als Heileingriff überhaupt den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt. Zum anderen ist

zu klären, ob bzw. inwieweit die ablehnende Willensbekundung der Patienten zu berücksichtigen ist.

Historische Dimension des Falles

Über das Verhältnis von ärztlichen Behandlungen zu den Delikten zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit wurde im Laufe der letzten 120 Jahre viel diskutiert. Der vorliegende Fall hat viel gemeinsam mit dem legendären Urteil der dritten Strafkammer des Hamburger Landgerichts vom 2. Februar 1894¹ sowie der hierauf ergangenen Revisionsentscheidung des Reichsgerichts vom 31. Mai 1894². Beide Gerichte beurteilten – jeweils mit unterschiedlichem Ausgang – den Fall der *lege artis* durchgeführten Amputation des tuberkulösen Fußes einer siebenjährigen Patientin ohne Einwilligung des Erziehungsberechtigten. Das Landgericht verneinte eine Strafbarkeit des Chirurgen wegen Körperverletzung, da die erfolgreiche, *lege artis* vorgenommene Operation nicht den Tatbestand der Körperverletzung erfülle. Im Gegensatz dazu bewertete das Reichsgericht den ärztlichen Eingriff als tatbestandliche Körperverletzung. Es betonte aber die Bedeutung des Patientenwillens und stellt fest, dass einer wirksamen Einwilligung rechtfertigende Wirkung beikomme. Im konkreten Fall fehlte allerdings eine derartige Einwilligung des erziehungsberechtigten Vaters. Zwar wurde der angeklagte Arzt – nach Zurückverweisung an das Landgericht – letztlich vom Vorwurf der Körperverletzung freigesprochen. Dieser Verfahrensausgang konnte aber nur mit Hilfe des Verbotsirrtums erreicht werden, der dem Arzt zu Gute ge-

halten wurde³. Denn fehlt dem Täter bei Begehung der Tat die Einsicht, Unrecht zu tun, so handelt er ohne Schuld, wenn er diesen Irrtum nicht vermeiden konnte⁴.

Positionen der Rechtsprechung und des Schrifttums

Ungeachtet des Umstandes, dass der Fall bei heutiger Gesetzeslage unter dem Aspekt des Missbrauchs des Personensorgerechts zu diskutieren wäre, da die Weigerung des Vaters das wohlverstandene Interesse der Tochter außer Acht gelassen hatte, zeigt die ethische Situation, dass die Grundfrage, ob und inwieweit die Autonomie des Patienten im Rahmen der ärztlich indizierten Amputation, oder, allgemeiner gesprochen, der ärztlichen Behandlung zu berücksichtigen ist, bis heute von großer Aktualität ist. Trotz aller Unterschiede in der rechtlichen Beurteilung ärztlicher (Heil-)Behandlungen sind sich Rechtsprechung und Schrifttum im Ergebnis darüber einig, dass die *lege artis* und mit wirksamer Einwilligung vorgenommene, glücklich verlaufene Heilbehandlung, auch wenn sie zu Schmerzen führt, nicht strafwürdig ist. Für viele steht auch fest, dass eine eigenmächtige Heilbehandlung, die den Gesundheitszustand des Patienten insgesamt verschlechtert, auch bei Einhalten der Regeln der ärztlichen Kunst eine rechtswidrige Körperverletzung darstellt⁵. Dieses Ergebnis hilft in dem Amputationsfall aber nicht wirklich weiter.

Denn bei wirksamer Behandlungsverweigerung durch die Patientin läge zwar eine eigenmächtige Heilbehandlung vor. Die *lege artis* durchgeführte Amputation, die den Krankheitsverlauf stoppt und zu und einer Heilung führt, verbessert aber insgesamt den Gesundheitszustand. Daher stellt sich durchaus die Frage, ist die Am-

¹ Die Urteilsgründe sind nachzulesen bei Stooss, Chirurgische Operation und ärztliche Behandlung, Eine strafrechtliche Studie (Berlin 1898), Anhang 108 ff.

² RGSt 25, 375.

³ Der denkbare Missbrauch des Erziehungsrechtes durch den ablehnenden Vater wurde nicht erörtert. Die Gründe des zweiten Urteils der III. Strafkammer finden sich bei Stooss, Anhang 118 ff., 126.

⁴ Bei Vermeidbarkeit des Irrtums kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 StGB gemildert werden, vgl. § 17 StGB.

⁵ Unterstellt, ein sonstiger Rechtfertigungsgrund greift nicht ein.

putation allein tatsächlich als Körperverletzung zu bewerten?

Rechtfertigungslösung

Die Rechtsprechung beurteilt die ärztliche Behandlung anhand der Maßstäbe, die für jede andere Körperverletzung gelten⁶. Daher soll jedes ärztliche Handeln, soweit es in die körperliche Integrität oder die biologische Gesundheit schädigend eingreift, den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllen. Es kommt grundsätzlich nicht darauf an, ob der Eingriff ein Heileingriff und medizinisch indiziert ist, ob er *lege artis* und erfolgreich durchgeführt wurde. Der Patient kann freilich kraft seiner Entscheidungsautonomie das strafatbestandliche Unrecht des Arztes mit Hilfe des Rechtfertigungsgrundes der (aufgeklärten) Einwilligung im Einzelfall wieder kompensieren. Ist die tatsächliche Einwilligung des Patienten im konkreten Fall nicht zu erlangen, weil sie z. B. aufgrund körperlicher und geistiger Indisposition bzw. bei Gefahr im Verzug nicht oder nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, wird ersatzweise auf die hypothetische oder mutmaßliche Einwilligung abgestellt. Bei Urteilsunfähigkeit des Patienten, z. B. beim Kind oder beim Patienten mit geistiger Beeinträchtigung, entscheiden die in diesem Falle berufenen Personen bzw. Institutionen.

In dem mitgeteilten Fall besteht eine Behandlungsverweigerung durch die Patientin, zugleich ist ein Betreuer mit dem Wirkungskreis „Gesundheitsfürsorge, einschließlich der insoweit notwendigen Aufenthaltbestimmung“ bestellt. Er hat in die – auch gegen den Willen von Frau A. durchgeführte – Amputation eingewilligt und seine Einwilligung wurde durch das Vormundschaftsgericht genehmigt, vgl. dazu § 1904 BGB. Geht man davon aus, dass alle Wirksamkeitsvoraussetzungen eingehalten sind, ist die in Aussicht genommene Amputation strafrechtlich ge-

rechtfertigt. Dies gilt auch, wenn die Einwilligung an einem Wirksamkeitsmangel leiden würde, die Ärzte aber irrtümlich von einer wirksamen Einwilligung ausgehen würden, § 16 StGB analog⁷. Eine mögliche Fahrlässigkeitsverantwortung bleibt hiervon unberührt.

Tatbestandslösungen

Die Vertreter der Tatbestandslösungen⁸ sprechen sich mit unterschiedlicher Begründung dagegen aus, die ärztliche (Heil-)Behandlung als Körperverletzung zu bewerten. Die Kritik an der Rechtfertigungstheorie setzt im Wesentlichen am Stellenwert der Patientenautonomie, am positiven Handlungssinn ärztlichen Vorgehens sowie am Ausgangspunkt der Heilbehandlung an. Ausgangspunkt ist eine ganzheitliche Betrachtung der ärztlichen Behandlung. Ein Eingriff, der darauf abzielt, die Gesundheit zu verbessern, soll nicht isoliert, sondern unter Berücksichtigung seines Sinns und Zwecks bewertet werden⁹. Die erfolgsunabhängig argumentierenden Ansichten beurteilen die ärztliche Maßnahme im Zeitpunkt ihrer Vornahme und berücksichtigen nicht die tatsächlichen Auswirkungen. Demgegenüber differenziert eine andere Ansicht zwischen gelungener und fehlgegangener Heilbehandlung. Nach dem Grundsatz „Wer heilt, hat recht“ wird eine erfolgreiche Heilbehandlung nicht vom Tatbestand der Körperverletzungsdelikte erfasst, und zwar unabhängig von der Einwilligung des Patienten¹⁰.

⁷ § 16 Abs. 1 StGB: „Wer bei Begehung der Tat einen Umstand nicht kennt, der zum gesetzlichen Tatbestand gehört, handelt nicht vorsätzlich“. Zur Lehre vom Mangel am Vorsatzrecht vgl. NK-Puppe, StGB, § 16 Rn. 137 m.w.N.; BGH NSTZ-RR 2002, 37.

⁸ Z. B. Tag: Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und *Lex artis* (Habil.-Schr. Univ. Heidelberg 1999/2000, Springer, Berlin/Heidelberg/New York 2000), 18 ff. m.w.N.

⁹ Stooss, S. 97.

¹⁰ Stooss, S. 6 ff.

⁶ Z. B. BGHSt 11, 111 f. mit Anm. Eb. Schmidt, JR 1958, 266; BGHSt 35, 246, 250; BGH MedR 1998, 218 ff.

Im Unterschied zur Rechtfertigungslösung sind sich die Tatbestandslösungen in dem Stellenwert der Selbstbestimmung des Patienten uneinig. Eine Position beschränkt den Schutzbereich der Körperverletzungsdelikte auf die körperlich-biologische Unversehrtheit. Diese Ansicht beurteilt den Heileingriff unter dem Primat der Heilung (*salus aegroti suprema lex*)¹¹. Das hat zur Folge, dass der Verletzung der Patientenautonomie im Rahmen von §§ 223 ff. StGB keine Bedeutung zugemessen wird. Dem Selbstbestimmungsrecht soll allein im Hinblick auf die Straftatbestände zum Schutz vor Angriffen auf die persönliche Freiheit, § 240 (Nötigung), 239 (Freiheitsberaubung), oder die Ehre, § 185 StGB (Beleidigung), Bedeutung zukommen.

Im vorliegenden Fall hätte das zur Folge, dass die Amputation allein aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und dem Vorgehen *lege artis* bewertet würde. Da der Eingriff lebensrettend ist, läge somit nicht der Straftatbestand der (schweren) Körperverletzung vor.

Eine andere Ansicht sieht neben Körper und Gesundheit auch die Selbstbestimmung des Patienten durch die Körperverletzungsdelikte geschützt¹². Das hat zur Folge, dass das Einhalten der *lex artis* und die wirksame Einwilligung in die ärztliche (Heil-)Behandlung den Tatbestand der Körperverletzung ausschließen. Hat der Patient demgegenüber die Einwilligung nicht selbst erteilt, sondern bestimmt ein Betreuer, ggf. mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts über die Vornahme der Behandlung, so wirkt dieses Einwilligungssurrogat als Rechtfertigungsgrund. Denn wie der Fall zeigt, besteht bei diesen stellvertretenden Einwilligungen stets die

Gefahr, dass sie vom tatsächlichen Willen des Patienten abweichen.

Stellungnahme

Wendet man die holzschnittartig skizzierten Ansichten auf die *lege artis* durchgeführte und erfolgreiche Amputation an, so zeigt sich rasch, dass nur die Ansicht „*salus aegroti suprema lex*“ bereits den Tatbestand der (schweren) Körperverletzung ablehnen würde. Die anderen Ansichten kommen hier dazu, aufgrund der vom Vormundschaftsgericht genehmigten Einwilligung des Betreuers die Rechtswidrigkeit der (schweren) Körperverletzung abzulehnen, sollten sich die Ärzte zu einer Amputation – auch gegen Willen der Patientin – durchringen.

Tötung durch Unterlassen

Fraglich ist freilich, ob das Recht, die Behandlung durchzuführen, im Licht von § 13 StGB, Begehen durch Unterlassen, zu einer Pflicht erstarkt. Da nicht das mögliche Gewähren von palliativen Maßnahmen, sondern die Nichtvornahme der Amputation den Tod der Patientin zur Folge hätte, ist bei normativer Betrachtung¹³ von einem strafrechtlichen Unterlassen auszugehen. Täter einer Tötung durch Unterlassen kann sein, wer eine besondere Rechtsbeziehung zum gefährdeten Rechtsgut Leben hat. Der von der Rechtspraxis formulierte Katalog der Garantenstellungen knüpft entweder an die formelle Einteilung nach Entstehensgründen „Gesetz, Vertrag, freiwillig eingegangene Gefahrengemeinschaft und Schaffung einer Gefahr“ oder an die materielle Einteilung „Beschützer-Überwachergarantenstellung“ an. Die Rechtspflichten können sich aus der gesamten Rechtsordnung ergeben und sich zudem überschneiden.

Die in § 13 StGB vorausgesetzte Garantenstellung aus Gesetz ist auch im Arzt-

¹¹ Z. B. Bockelmann, JZ 1962, S. 525, S. 527; Eb. Schmidt, 44. DJT-Gutachten, 1962, 4. Teil, S. 188; Laufs, NJW 1997, S. 1610.

¹² Krauß, in: Festschrift Bockelmann, 1979, S. 557 ff., 570; Roxin, Strafrecht Allgemeiner Teil, Band I, 4. Aufl., 2006, § 13 Rn. 24f.

¹³ Zu den Abgrenzungstheorien vgl. Schönke/Schröder-Stree, StGB, 27. Aufl. 2005, vor § 13 ff. Rn. 158 m.w.N.

strafrecht teleologisch zu reduzieren, soll sie nicht uferlos sein. Die sich an jedermann wendende allgemeine Hilfeleistungspflicht von § 323c StGB begründet ebenso wenig eine Garantenstellung wie die allgemeine Pflicht aus Treu und Glauben oder die Berufstätigkeit als Arzt im Allgemeinen. Notwendig ist vielmehr eine gesteigerte Pflicht zum Schutz des Lebens bzw. der körperlichen Unversehrtheit des Patienten oder zur Abwendung entsprechender Gefahren. Beim Arzt-Patienten-Verhältnis ergibt sie sich in der Regel aus dem zugrunde liegenden Behandlungsvertrag, wobei die tatsächliche Übernahme der Schutzpflicht maßgebend ist.

Hat der Arzt die Garantenstellung für die körperliche Unversehrtheit des Patienten inne, bedeutet dies keine Verpflichtung mit feststehendem Inhalt. Vielmehr konkretisiert und modifiziert der Fortgang der Behandlung die ärztliche Pflichtenstellung. So kann sich entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen aus der ärztlichen Pflicht zur Gesundheitsfürsorge die Pflicht ergeben, dem Patienten einen Tod in Würde und Schmerzfreiheit zu ermöglichen. Auch liegt es im Ermessen des freiverantwortlich handelnden, vollständig aufgeklärten Patienten, dem Arzt die Behandlung zu untersagen. Ist der Patient jedoch nicht (mehr) in der Lage, einen eigenen Willen zu bilden, bedarf es insoweit des Surrogates. Im mitgeteilten Sachverhalt liegen keine Patientenverfügungen oder ähnliche Willensäußerungen der Patientin vor, die sie in einem urteilsfreien Zustand abgegeben hat. Damit ist hier nicht die kontrovers diskutierte Frage nach deren Rechtswirkungen zu beantworten¹⁴. Maßgebend sind vielmehr die Erklärungen der ersatzweise Berufenen, wobei das Veto des Betreuers in die Urteilsbildung mit einfließen muss. Hier offenbart der Sachverhalt die ethisch schwierige Si-

tuation. Obgleich die Einwilligung in die Amputation genehmigt wurde, ist nach dem mitgeteilten Sachverhalt nicht zu klären, ob der Richter der Ansicht ist, dass die Operation durchgeführt werden muss. Rechtlicher Hintergrund ist der Umstand, dass der Antrag an das Vormundschaftsgericht die Genehmigung der Einwilligung nach § 1904 Abs. 1 BGB betrifft. Die Frage nach dem Bestehen einer strafrechtlich sanktionierten Handlungspflicht der Ärzte ist vom Vormundschaftsgericht nicht zu beantworten.

Damit wird die Entscheidung über die Amputation zunächst faktisch dem Ärzte- und Pflegeteam überantwortet. Denn die Entscheidung für oder gegen die Intervention muss notgedrungen im Krankenhaus getroffen werden. Selbst wenn nichts getan würde, ist dies eine Entscheidung – in soweit gegen die Amputation. In diesem Fall ergeben sich gravierende strafrechtliche Fragen. Denn entscheiden sich die Ärzte für die Amputation, ist ihr Handeln aufgrund der genehmigten Einwilligung gerechtfertigt. Entscheiden sie sich gegen die Amputation, tragen sie nicht nur die ethische, sondern auch die strafrechtliche Last ihrer Verantwortung. Das behandelnde Arzt- und Pflegepersonal sollte daher seine Entscheidung auf eine gemeinsame Evaluation medizinischer, psychischer, sozialer und funktionaler Aspekte und des Umfelds der Patientin stützen. Die Entscheidung des Ärzteteams muss im wohlverstandenen Interesse der Patientin und unter Einbezug des Betreuers getroffen werden, vgl. Rechtsgedanken von § 1901 Abs. 2 und 3 BGB. Hierbei geht es zunächst um das objektive, d. h. medizinisch definierte Wohl der Patientin. Zwar sind die Wünsche der insoweit unter Betreuung stehenden Patientin zu berücksichtigen und ihr Veto ist ein gewichtiger Faktor in der Entscheidungsfindung. Da der Betreuer ein Berufsbetreuer ist, sollte nach Möglichkeit – und zwar unter bestmöglicher Wahrung des Arztgeheimnisses, § 203 StGB, – versucht werden, das persönliche Lebensumfeld der Patientin weiter abzuklären, um so ein

¹⁴ Vgl. dazu Verrel, Gutachten C, 66. DJT, 2006, C 77 ff. m.w.N.; Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis Stand: 08. März 2007.

wirklichkeitsnahes Bild ihrer persönlichen Wertevorstellungen zu erlangen. Hierbei ist zu beachten, dass einerseits nicht jede Entscheidung, die objektiv unvernünftig scheint, unzutreffend sein muss. Andererseits kann das Inaussichtstellen der Selbsttötung für den Fall, dass die lebensrettende Amputation durchgeführt wird, die Ärzte nicht binden. Denn diese Suiziddrohung kann ebenso wie die fehlerhafte Körperwahrnehmung pathologischen Ursprungs sein. Dies abzuklären und unterstützende Hilfe anzubieten, ist Aufgabe der Psychiatrie.

Da die Amputation medizinisch indiziert ist, aus ärztlicher Sicht unbedingt im körper- und gesundheitsbezogenen Interesse der Patientin steht, sind unter ethischen Aspekten zwar alle Möglichkeiten der Vermittlung auszuschöpfen. Aufgrund der strengen Religiosität der Patientin ist insbesondere auch dem weiteren Einbezug der Klinikseelsorgerin entsprechender Raum zu gewähren. Ist eine einvernehmliche Klärung der Situation mit der Patientin aber nicht möglich und lassen sich weitere persönliche Umstände, die für die Entscheidungsfindung von Bedeutung sein können, nicht erhellen, kommt man nicht umhin, die widerstreitenden Interessen und den Grad der drohenden Gefahren objektiv abzuwägen. Maßgebend sind u.a. das Wertefälle der kollidierenden Rechtsgüter und die Intensität der Rechtsgutsverletzung. Teil der Abwägung sind Aspekte der Dringlichkeit und des Ausmaßes der drohenden Gefahren für Leben und Gesundheit der Betroffenen im Falle des Handelns wie auch des Nichthandelns. Der

Schutz des Lebens begründet demnach ein höheres Interesse gegenüber Drittinteressen und dem Veto der Patientin, dessen Aussagekraft aufgrund der persönlichen Situation, die zu einer Betreuerbestellung führte, eingeschränkt ist.

Die Amputation des rechten Beines in Unterschenkelhöhe und auch die des linken Beines rettet das Leben der Patientin. Die Prognose nach den Eingriffen ist günstig, da andere Durchblutungsstörungen nicht vorliegen, so dass von einer Genesung der Patientin auszugehen ist. Berücksichtigt man zudem, dass aufgrund der heutigen orthopädischen Möglichkeiten die körperlichen Beeinträchtigungen der Amputation, und mit Hilfe einer intensiven psychosozialen Betreuung, die seelischen Beeinträchtigungen überwunden bzw. deutlich abgemildert werden können, überwiegen die Gründe, die für eine Amputation sprechen. In der Gesamtabwägung aller für und gegen die Amputation sprechenden Gründe tritt das Veto der Patientin zurück. Die seelisch-geistige Situation der Patientin darf nicht zu einer Verhinderung der indizierten Maßnahmen führen.

Anschrift

Prof. Dr. jur. utr. Brigitte Tag

Universität Zürich
Rechtswissenschaftliches Institut – Strafrecht –
Strafverfahrensrecht
Freiestraße 15
8032 Zürich, Schweiz
E-Mail: brigitte.tag@bluewin.ch