

## Verschiebung der Verantwortung am Lebensende

Online publiziert: 22. März 2011  
© Springer-Verlag 2011

Die 78-jährige Frau D., ehemals Balletttänzerin und Gymnastiklehrerin, wurde von einem städtischen Krankenhaus in die neurologische Universitätsklinik verlegt, um ein dementielles Syndroms diagnostisch einzuordnen. Bereits am ersten Tag kam die Nachbarin zu Besuch und teilte den Behandlern mit, dass Frau D. keine Angehörigen habe. Sie sei die Einzige, die in den letzten Jahren Kontakt zu der alten Dame gehabt habe. Seit zwei Jahren seien ihr Gedächtnisprobleme aufgefallen, zuletzt seien auch die räumliche Orientierung und das Gehen schlechter geworden. Vor zwei Monaten sei sie wegen häufiger Stürze und einer Verschlechterung des Allgemeinzustands in verschiedene Krankenhäuser und danach in Kurzzeitpflege gekommen. Seither beobachte sie eine rapide Verschlechterung. Es sei eine gesetzliche Betreuung eingerichtet worden, die eine Sozialarbeiterin als berufsmäßige Betreuerin übernommen habe. Vor wenigen Tagen erst sei Frau D. in ein Seniorenheim eingezogen. Bereits nach wenigen Tagen habe man sie wegen eines Stuhlverhalts in das städtische Krankenhaus eingewiesen.

Der Verlegungsbrief dieses Krankenhauses führt aus, dass der Stuhlgang problemlos in Gang gebracht werden konnte. Jedoch wurde dort nun ein dementielles Syndrom diagnostiziert und eine tiefe Bein- und Beckenvenenthrombose gefunden, die mit Heparin behandelt wurde. Im Brief wird auch berichtet, dass Frau D. zeitweise vigilanzgemindert und aggressiv gewesen sei und nur wenig Nahrung und Flüssigkeit zu sich genommen habe. Bei Aufnahme in der Universitätsklinik war die Patientin somnolent, öffnete die Augen nur hin und wieder und antwortete manchmal mit „Ja“ oder „Nein“, aber nicht so konsistent, dass man mit ihr kommunizieren konnte. In der klinischen Untersuchung fielen neben dem dementiellen Syndrom ein erhöhter Muskeltonus und deutliche Zeichen einer Exsikkose auf. Sie war so schwach, dass sie nicht in den Stuhl mobilisiert werden konnte, sondern im Bett gepflegt werden musste. Bei Pflegemaßnahmen äußerte sie Gegenwehr und Ablehnung in Form von Wegdrehen, Abwehren mit den Händen, Zupressen des Mundes und murrendem Stöhnen. Insbesondere die Versuche, ihr Essen oder Trinken einzugeben, scheiterten mehrmals an diesem Verhalten.

Die klinischen und radiologischen Befunde nährten den Verdacht auf eine vaskuläre Demenz oder eine Lewy-Körperchen-Demenz. In der Laboruntersuchung zeigten sich ein Hungerstoffwechsel, eine starke Dehydratation und ein Harnwegsinfekt. Frau D. wurde intravenös hydriert und parenteral ernährt, da sie eine Magensonde nicht tolerierte. Auch

erhielt sie eine antibiotische Behandlung gegen den Harnwegsinfekt. Therapieversuche mit Antidementiva besserten ihren Zustand nicht. Die künstliche Ernährung führte zwar zu einer gebesserten Laborkonstellation, aber nicht zu einer klinischen Erholung, es kam sogar zu mehrmaligem Erbrechen.

Schließlich wurde vom internistischen Konsiliararzt die Anlage einer PEG-Sonde angeraten, was der behandelnde Oberarzt der neurologischen Station auch guthieß und veranlassen wollte. Der Assistenzarzt hatte jedoch Bedenken wegen des fortgeschrittenen Demenzstadiums der Patientin, ihres abwehrenden Verhaltens und des fehlenden Patientenwillens. Er rief die gesetzliche Betreuerin der Patientin an, schilderte ihr die Situation und bat sie, zu einem Gespräch in die Klinik zu kommen. Darauf entgegnete sie brüsk: Sie könne beim besten Willen nicht zu einem Gespräch in die Klinik kommen, das erlaube ihr finanzielles Budget nicht. Sie vertraue aber auf die Ärzte und willige in alles ein, was diese empfehlen würden. Man solle sie lediglich ab und an telefonisch auf dem neuesten Stand halten. Dabei nahm sie nicht Bezug auf den mutmaßlichen Patientenwillen oder eine Patientenverfügung. Sie war erst seit wenigen Wochen Betreuerin von Frau D. und hatte sie nur einmal zuvor besucht.

Die Nachbarin von Frau D. suchte in deren Wohnung vergeblich nach einer Patientenverfügung. Sie habe Frau D. noch als die elegante, selbstbewusste Damen erlebt, die sie früher gewesen sei, könne aber nicht sagen, wie sie in so einer Situation medizinisch behandelt werden wollte, da sie sie nicht gut genug kenne. Mehrmals wurde versucht, Frau D. selbst auf die anstehende Entscheidung anzusprechen und herauszufinden, ob sie am Leben erhalten werden oder sterben wolle. Es kam jedoch kein eindeutiges „Ja“ oder „Nein“, meist blieb sie nur regungslos liegen. Schließlich wurden Vorbereitungen getroffen, die PEG-Sonde legen zu lassen. Der dafür zuständige Gastroenterologe äußerte zwar Zweifel an der Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme, betonte jedoch, dass die Indikation vom behandelnden Neurologen gestellt werden müsse und er als Dienstleister eine indizierte Maßnahme auch durchführen würde. Der neurologische Oberarzt ließ gegenüber seinem Assistenten erkennen, dass ihm an der Entscheidung nicht viel liege und er sowohl eine PEG-Anlage als auch den Verzicht darauf mittragen würde. Letztlich sei es die Entscheidung der Betreuerin. Der Assistent wiederum fühlte sich durch die Situation überfordert und organisierte also einen Termin für die PEG-Anlage.

Am Vorabend des Eingriffs verschlechterte sich Frau D.s Zustand, sie begann zu stöhnen und atmete schwer. Klinisch bestand der Verdacht auf eine Lungenembolie. Frau D. erhielt eine niedrige Dosis Morphin gegen die Atemnot, woraufhin die Atmung ruhiger wurde und das Stöhnen aufhörte. Noch in derselben Nacht starb sie. Tags darauf kam erneut die Nachbarin zu Besuch und verabschiedete sich von Frau D. Die Betreuerin konnte trotz mehrmaliger Anrufe nicht erreicht werden. Der Assistenzarzt sprach die Nachricht vom Tode auf den Anrufbeantworter, hörte jedoch nie mehr etwas von ihr.

## Kommentar I zum Fall: „Verschiebung der Verantwortung am Lebensende“

Ralf J. Jox · Georg Marckmann

Online publiziert: 25. März 2011  
© Springer-Verlag 2011

Der Fall kreist um die Frage, ob die an einer Demenz leidende Frau D. lebenserhaltend behandelt werden und im Speziellen eine PEG-Sonde zur künstlichen Ernährung und Hydratierung implantiert bekommen soll. Erschwert wird die Entscheidung dadurch, dass kaum ein Hinweis auf den Patientenwillen vorliegt. Eine verbale Kommunikation ist auf Grund der Vigilanzminderung und der demenziellen Symptomatik nicht möglich. Dabei ist auch nicht auszuschließen, dass Frau D. bewusst die Kommunikation und Ernährung verweigert, weil sie ihres Lebens überdrüssig geworden ist. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist eine im Alter nicht selten anzutreffende Form, aus dem Leben zu scheiden.

Denkbar wäre es, dass die als selbstbewusst beschriebene Frau eine Patientenverfügung erstellt hat, von der aber weder die Betreuerin noch die Nachbarin etwas weiß. Die Situation zeigt, dass eine Patientenverfügung nur dann zum Tragen käme, wenn sie möglichst breit gestreut bei Betreuerin, Nachbarin, Pflegeeinrichtung und Hausarzt hinterlegt wäre. Gerade für alleinstehende Ältere kann daher die strukturierte gesundheitliche Vorsorgeplanung (*Advance Care Planning*) größtmögliche Selbstbestimmung für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit ermöglichen. Dies wäre hier umso mehr von Vorteil, als auf Grund der sozialen Isolation der Patientin auch die Ermittlung eines mutmaßlichen Willens nicht möglich ist.

Aber ist der Patientenwille nicht aus dem Verhalten von Frau D. evident, muss nicht aus der Gegenwehr bei Pflegemaßnahmen und Essensgabe geschlossen werden, dass sie eine weitere Ernährung ablehnt? Juristen stufen ein solches Verhalten teilweise als „natürlichen Willen“ ein, und empirische Studien zeigen, dass stellvertretende Entscheidungsträger stark darauf Bezug nehmen. Indes spricht vieles dafür, ein solches Verhalten eher im Kontext der Wohlturnsverpflichtungen zu berücksichtigen, anstatt es als verwertbare Antwort auf eine komplexe Behandlungsfrage aufzufassen. Ablehnendes Verhalten mag rein situativ bedingt sein und kann etwa ausdrücken, dass die Pflegekraft der Patientin unsympathisch ist, das Essen nicht schmeckt oder Schmerzen auftreten. Gerade bei der hier vermuteten

---

R. J. Jox (✉) · G. Marckmann  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,  
Ludwig-Maximilians-Universität München,  
Lessingstraße 2, 80336 München, Deutschland  
E-Mail: ralf.jox@med.lmu.de

Lewy-Körperchen-Demenz kommen oft Halluzinationen und Wahngedanken vor, welche das korrekte Verständnis der Therapieentscheidung behindern können.

Auch wenn das Verhalten daher für eine konkludente Therapieeinwilligung oder -ablehnung unterbestimmt ist, ist es doch aus der Fürsorgeperspektive relevant, denn die aktuellen Verhaltensäußerungen haben eine Signalfunktion für das Patientenwohl. Im hier vorliegenden Fall ist die Frage nach dem Wohlergehen zentral, die wiederum die ethischen Normen des Nutzens und Nicht-Schadens konkretisiert. Dazu gehört die Feststellung, dass eine künstliche Ernährung wahrscheinlich nur mit Hilfe einer (zumindest zeitweisen) Fixierung möglich wäre. Erschwert wird die ethische Bewertung durch die noch unklare Diagnose und Prognose. Während die Lewy-Körperchen-Demenz eine progrediente, innerhalb weniger Jahre zum Tod führende Erkrankung ist, verläuft die vaskuläre Demenz eher schubweise und kann über Jahre stabil bleiben. Zwei gewichtige Prognosefaktoren sind in diesem Fall die Immobilität und die Malnutrition, was ja bereits zu den Komplikationen Stürze, Obstipation, Thrombose und Harnwegsinfekt geführt hat. Angesichts der erfolglosen Therapieversuche ist kaum davon auszugehen, dass diese negativen Prädiktoren sich künftig ändern würden.

Daher müsste diskutiert werden, ob eine PEG-Sonde wirklich Therapieziele erreichen könnte, welche für die Patientin in der vorliegenden Situation noch erstrebenswert wären. Dabei wäre es ein gefährlicher Kurzschluss, wenn man sich lediglich auf eine fachliche Prüfung der Indikation für eine PEG-Anlage beschränkte. Der Fall zeigt, dass sich hinter dem medizinisch-objektiv wirkenden Begriff der Indikation eine moralische Beurteilung dessen verbirgt, was dem Patientenwohl am besten dient. Um die Frage zu beantworten, welches Therapieziel die Risiken und Strapazen einer PEG-Anlage mit nachfolgender Fixierung rechtfertigen, müssen die Persönlichkeit von Frau D. und ihre aktuellen Verhaltensäußerungen berücksichtigt werden.

Zudem verleitet der Begriff der Indikation hier zu einer Verschiebung von Verantwortung. Der Gastroenterologe versteckt sich hinter dem Etikett „indiziert“, überlässt aber die Indikationsstellung unkritisch seinen Kollegen. Die Betreuerin, die unter anderem zu beurteilen hätte, welche Maßnahmen für das Wohlergehen der Patienten förderlich sind, delegiert diese Frage vollständig an die Ärzte. Dabei ist ihre ethische Legitimation als Betreuerin daran gebunden, die Interessen der Patientin zu vertreten. Der neurologische Oberarzt wird weder seiner ärztlichen Verantwortung gegenüber der Patientin noch seiner professionellen Fürsorge- und Ausbildungsverpflichtung gegenüber dem Assistenzarzt gerecht, indem er die Entscheidung um Leben und Tod auf die leichte Schulter nimmt und de facto auf seinen Assistenten abwälzt.

Die Vermeidung von Verantwortungsübernahme mag einmal daran liegen, dass jemand Angst hat, die Bürde der Verantwortung alleine zu tragen und im Zweifelsfall auch rechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden. Auf der anderen Seite lehrt uns die Sozialpsychologie, dass die Verantwortungsbereitschaft des Einzelnen mit der Zahl der Beteiligten sinkt. Beiden Fehlentwicklungen könnte eine klinische Ethikberatung entgegenwirken: Durch den Diskurs kann sie die Last der Verantwortung für den Einzelnen erleichtern, durch das strukturierte Vorgehen vermag sie ein Hinauszögern zu verhindern und einen Abschluss der Entscheidungsfindung mit klaren Verantwortungszuschreibungen zu begünstigen.

## Kommentar II zum Fall: „Verschiebung der Verantwortung am Lebensende“

Helena Bebert · Christoph Mandla

Online publiziert: 29. März 2011  
© Springer-Verlag 2011

Die Gnade des rechtzeitigen Todes ersparte Frau D. möglicherweise all das, was auch das Patientenverfügungsgesetz<sup>1</sup> verhindern soll, in diesem Fall aber nicht verhindert hätte. Juristisch betrachtet, gab keiner der Beteiligten eine gute Figur ab. Allerdings sollen nicht zuerst die Fehler der Ärzte oder der Betreuerin fokussiert werden.

1. Ausdrücklich hatte Frau D. nicht geäußert, ob sie mit der ihr anzugedeihenden Behandlung einverstanden gewesen wäre. Auch eine Patientenverfügung (§ 1901 a Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch), die für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit festlegt, welche Maßnahmen getroffen oder unterlassen werden sollen, wurde nicht gefunden. Selbst wenn es also eine gegeben hat, war sie nutzlos. So zeigt sich bereits hier: Ein Gesetz, das die Autonomie der Patienten schützen soll, geht ins Leere, wenn die Betroffenen die Möglichkeit der selbstbestimmten Entscheidung nicht wahrnehmen. Hätte also Frau D. eine Patientenverfügung und vielleicht auch eine Vorsorgevollmacht vorgelegt, in der sie eine Person hätte bestimmen können, die solche Entscheidungen treffen darf, oder eine Betreuungsverfügung mit bestimmten Wünschen für den Fall einer Betreuung (§§ 1896 Abs. 2 S. 2, 1897 Abs. 4 S. 1, 1901, 1901 c BGB), hätte die Gefahr, dass ihr möglicherweise gegen ihren Willen eine PEG-Sonde gelegt würde, so nicht bestanden.

2. Das heißt aber nicht, dass ein Patient ohne solche dokumentierten Willensbekundungen zum Objekt der Entscheidungen Anderer wird. Das Gesetz sieht vor, dass einem Volljährigen, der seine Angelegenheiten nicht selbst besorgen kann, ein Betreuer bestellt wird (§ 1896 Abs. 1 BGB). Dieser hat den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und danach zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder sie untersagt

---

<sup>1</sup> 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz vom 29.07.2009 BGBl. I S. 2286, durch das die §§ 1901 ff. BGB geändert wurden.

---

C. Mandla (✉)  
Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät,  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,  
Universitätsplatz 10, 06099 Halle, Deutschland  
E-Mail: christoph.mandla@jura.uni-halle.de

H. Bebert  
Oberlandesgericht Braunschweig, Braunschweig, Deutschland

(§ 1901 a Abs. 2 BGB). Zwar hatte Frau D. eine Betreuerin. Diese weigerte sich jedoch pflichtwidrig zu entscheiden, ob eine PEG-Sonde gelegt werden soll, und überließ dies den Ärzten. Sie unternahm auch nichts, um den mutmaßlichen Willen Frau D.s überhaupt festzustellen. Damit zeigte sie, dass sie als Betreuerin ungeeignet ist, und gab einen Grund, vom Betreuungsgericht als Betreuerin entlassen zu werden. Aufgrund der Eilbedürftigkeit hätte das Gericht durch eine einstweilige Anordnung gleichzeitig einen vorläufigen Betreuer bestellen können (§ 300 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und der freiwilligen Gerichtsbarkeit).

3. Der behandelnde Oberarzt hat erkennen lassen, dass es ihm gleichgültig war, ob er rechtmäßig handelte oder nicht. Er hätte so gegen Standespflichten der Ärzte verstoßen. Ärzte sollen ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit ausüben, dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen entsprechen und vor allem Patienten nicht gegen ihren Willen behandeln (§ 2 Abs. 1, 3, § 7 Abs. 1, § 8 sowie Kapitel C Nr. 1 Musterberufsordnung Ärzte).

Darüber hinaus erfüllt ein medizinischer Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung und ist nur gerechtfertigt, wenn eine wirksame Einwilligung vorliegt. Hätte der Oberarzt gegen den Willen Frau D.s angeordnet, die Sonde zu legen, hätte er sich wegen einer Körperverletzung strafbar gemacht (§ 223 Strafgesetzbuch). Andererseits kann die Nichtvornahme einer gebotenen, zumutbaren Handlung ein pflichtwidriges Unterlassen sein. Wenn er also die Sonde gegen den Willen der Frau D. nicht gelegt hätte, wäre er, je nachdem ob und weshalb der Tod eingetreten wäre, wegen eines Totschlags durch Unterlassen (§§ 212, 13 StGB) oder des Versuchs dazu strafbar. Der Oberarzt war daher verpflichtet, den – hier mutmaßlichen – Willen der Frau D. festzustellen.

4. Der Gastroenterologe äußerte sich sehr widersprüchlich. So bezweifelte er, dass es sinnvoll sei, eine Sonde zu legen. Allerdings wollte er dies als „Dienstleister“ dennoch tun, wenn eine Indikation bestünde. Besteht aber eine Indikation, ist das Legen der Sonde nicht sinnlos. Ist es sinnlos, kann es nicht indiziert sein. Zwar darf er sich aufgrund des Vertrauensgrundsatzes prinzipiell auf die Aussagen des vorbehandelnden Arztes verlassen. Dieses Vertrauen reicht jedoch nur soweit, bis er Kenntnisse erlangt, die eine divergierende Indikation zur Folge haben. Da er aber selbst bezweifelte, dass das Legen der Sonde sinnvoll war, fehlte schon eine Indikation, so dass kein Raum für eine Einwilligung der Patientin war. Anders formuliert: Wenn er wusste, dass die vom Neurologen erbetene Sonde nicht sinnvoll, also nicht indiziert war und die Patientin oder ihre Betreuerin auch nicht eingewilligt hatte, hätte er sie nicht legen dürfen. Insoweit gilt für ihn das Gleiche wie für den Oberarzt.

5. Bleibt der Assistenzarzt als fast tragische Figur. Erst äußerte er Bedenken, dann wollte er sich doch fügen. Es war richtig, dass er die Betreuerin anrief und zum Gespräch lud. Das Gesetz sieht ein solches „dialogisches Moment“ ausdrücklich in § 1901 b Abs. 1 BGB vor. Danach hat der Arzt zu prüfen, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist und diese dann mit dem Betreuer unter Berücksichtigung des Patientenwillens für die zu treffende Entscheidung zu erörtern.

Daraus folgt:

Hat der Patient eine Patientenverfügung (die der Arzt kennt) oder eine Vorsorgevollmacht und einen Bevollmächtigten, der seinen Willen umsetzt, besteht nicht die Gefahr, dass der Patient gegen seinen Willen behandelt wird.

Ein Betreuer hat seine Pflichten zu erfüllen, d. h. dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen oder entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Betreuten zu entscheiden. Andernfalls ist er vom Betreuungsgericht zu entlassen.

Ärzte dürfen Patienten nicht gegen deren (mutmaßlichen) Willen behandeln. Kennen sie diesen Willen nicht, haben sie ihn auf die im Gesetz vorgeschriebene Art und Weise festzustellen, d. h. mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten zusammenzuarbeiten. Gibt es keinen solchen, haben die Ärzte dafür zu sorgen, dass das Betreuungsgericht einen Betreuer bestellt.