

Entscheidungsfindung beim Verzicht auf eine lebensrettende Maßnahme und die Rolle des Vormundschaftsrichters

Die fast 90-jährige Patientin Frau A. war bereits im Jahr 2002 in stationärer Behandlung der Klinik für Geriatrie in X. Sie hatte einen Mediainfarkt linksseitig mit rechtsseitiger Hemiparese erlitten. Nach einer Rehabilitationsphase in der Klinik für Geriatrie wurde Frau A. auf die Pflegestation eines Pflegeheims entlassen. Am 01.01.2004 wurde sie in der Medizinischen Klinik eines Evangelischen Krankenhauses aufgenommen; hier wurden folgende Diagnosen gestellt: zerebraler Insult mit Mundastschwäche des N. facialis links und motorischer Aphasie, Zustand nach Mediainfarkt links, arterielle Hypertonie, absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern, Zustand nach Schrittmacherrimplantation wegen Bradykardie-Tachykardie-Syndrom Ende Dezember 2003, hypertensive Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, stark kalzifiziertes Mitralvitium mit überwiegender Stenose.

Eine Sprengung der verengten Mitralklappe (Valvuloplastik) war für den 07.01.2004 in einem größeren Krankenhaus vorgesehen, musste aber wegen der Akuterkrankung abgesagt werden.

Am 09.01.2004 wurde die Patientin in die Klinik für Geriatrie verlegt. Bei der Aufnahme war Frau A. voll ansprechbar und entscheidungsfähig. Sie war ängstlich und machte sich deutliche Sorgen um ihre Zukunft. Sie war wach und in allen Qualitäten orientiert.

Am 24.01.2004 erlitt sie einen akuten embolischen arteriellen Verschluss, der angiographisch im Bereich der A. femoralis rechts lokalisiert werden konnte. Die Patientin wurde über die Notwendigkeit der diagnostischen Maßnahmen aufgeklärt, ebenfalls im Anschluss daran über die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs, einschließlich eines möglichen Verlustes der Extre-

mität. Die Patientin war mit der Untersuchung und dem operativen Eingriff einverstanden (dokumentiert). Eine Amputation wurde von der Patientin nicht expressis verbis abgelehnt. Die Operation war insofern kein Erfolg, da die Durchblutung des rechten Unterschenkels nicht wiederhergestellt werden konnte. Nach 2-tägiger Behandlung in der interdisziplinären Intensivstation wurde die Patientin am 26.01.04 wieder in die Klinik für Geriatrie zurückverlegt. Im Verlegungsbericht von der Intensivstation wurde bereits vermerkt, dass nach Rücksprache der Betreuerin eine Amputation sowie eine kardiopulmonale Reanimation abgelehnt wurden.

Nach Rückverlegung in die Klinik für Geriatrie wurde zunächst weiterhin ein konservativer Therapieversuch unternommen, um das Bein zu retten. Es zeichnete sich jedoch frühzeitig ab, dass der rechte Unterschenkel devitalisiert und eine Amputation die medizinische Maßnahme der Wahl war, wenn die Patientin das Geschehen überleben sollte.

Die Patientin war postoperativ nicht mehr in der Lage, die Notwendigkeit der Maßnahme zu begreifen. Sie war damit nicht mehr entscheidungsfähig und konnte sich dazu auch weder positiv noch negativ äußern.

Die betreuende Ärztin, Frau Dr. B, Fachärztin für Innere Medizin, Klinische Geriatrie, führte nach Rücksprache mit dem Chefarzt der Klinik am Nachmittag des 28.01.04 mit der gesetzlichen Betreuerin, Frau C., (einer Nichte der Patientin und die einzige Angehörige) ein ausführliches Gespräch bezüglich des medizinischen Vorgehens. Dabei wurde Frau C. über die Notwendigkeit des operativen Eingriffs einerseits und das erheblich

erhöhte Operationsrisiko andererseits (rezidivierende thromboembolische Ereignisse zerebral und peripher sowie schweres operationsbedürftiges Mitralvitium, Herzinsuffizienz) informiert und aufgeklärt. Frau C. lehnte die Beinamputation bei der Patientin weiterhin ab, da dies nicht im Sinne der Patientin sei und nicht deren mutmaßlichem Willen entspreche. Sie sagte dazu, dass entsprechend früherer Äußerungen der Patientin und ihrer Einstellung zu entstellenden Eingriffen Frau A. mit Sicherheit einer Amputation nicht zustimmen würde. Darüber bestehe Konsens in der gesamten Familie und auch im Freundeskreis.

Am 29.01.04 besprach der Chefarzt der Klinik das Problem im geriatrischen Team, und auch hier wurde einstimmig die Meinung geäußert, dass Frau A., die alle von einem früheren Aufenthalt kannten, einem derartigen Eingriff nicht zugestimmt hätte.

Daraufhin nahm der Chefarzt mit dem zuständigen Richter am Amtsgericht, Herrn Y., Kontakt auf, um eine in diesem Fall aus Sicht der Klinik notwendige richterliche Entscheidung herbeizuführen. Herr Y. lehnte eine telefonische Diskussion und Information zu diesem Fall konsequent ab. Er äußerte sich dahingehend, dass er – wenn ihm ein schriftlicher Bericht vorgelegt würde – als Richter in jedem Fall verpflichtet sei, sich für das Leben zu entscheiden und dann dem Eingriff zustimmen müsse. Darüber hinaus machte er den Chefarzt darauf aufmerksam, dass dieser – falls er den Eingriff nicht vornehmen ließe – dafür die strafrechtliche Verantwortung trage. Namen und konkretes Ereignis am Telefon zu besprechen, lehnte Richter Y. ebenso ab wie einen Besuch bei der betroffenen Patientin. Er erklärte, er würde darauf warten, ob er schriftlich mit dem Fall befasst werde. Sollte dies so sein, so werde er, wie gerade angegeben, entscheiden.

Der Chefarzt nahm daraufhin Rücksprache mit einem Mitglied der Ethik-Kommission der Klinik, Herrn Pfarrer D., Kontakt auf und schilderte ihm die Situation. Aus medizinethischer Sicht schloss sich Herr Pfarrer D. dem Vorgehen an.

Es wurde noch einmal die Begründung für das medizinische Vorgehen dargelegt:

1. Bei der Patientin besteht eine schwere Begleitmorbidität: rezidivierende zerebrale ischämi-

Hier steht eine Anzeige
This is an advertisement

sche Insulte mit erheblichen Funktionseinschränkungen. Darüber hinaus besteht ein hämodynamisch wirksames, ausgeprägtes Mitralklappenstenosose, das zur Herzinsuffizienz geführt hat und eine Operationsindikation darstellt. Weiterhin besteht eine erhebliche Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Mobilität und der Kognition. Hinzu kommt das hohe Lebensalter der Patientin. All dies stellt ein erhebliches Operationsrisiko dar.

2. Weiterhin ist es zu einer peripheren Embolie mit Verschluss der A. femoralis rechts und der Unterschenkelarterien rechts gekommen. Ein operativer Rekanalisierungsversuch war erfolglos. Das Bein ist devital und kann mit konservativen Möglichkeiten nicht gerettet werden. Die Amputation in Höhe distaler Oberschenkel ist die einzige Möglichkeit, bei erheblich erhöhtem Operationsrisiko evtl. das Leben der Patientin zu retten. Diese Maßnahme wird von der gesetzlichen Betreuerin abgelehnt, da dies nicht dem früher geäußerten mutmaßlichen Willen der Patientin entspreche. Auch aus fachärztlich-geriatrischer Sicht und unter Abwägung medizinethischer Gesichtspunkte wird eine Amputation als nicht sinnvoll erachtet.

Die vorliegende Patientenverfügung besagt: „Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich: An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn medizinisch festgestellt ist,

- dass ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Maßnahme das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde, oder
- dass es zu einem nichtbehebaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt, der zum Tode führt.“

Die Patientenverfügung ist hier nicht eindeutig, so dass für den Chefarzt im vorliegenden Fall neben den medizinisch-ethischen Aspekten die Entscheidung der gesetzlichen Betreuerin, vor allem der Respekt vor dem mutmaßlichen Willen der

Patientin als Richtschnur für die Entscheidung gegen eine Amputation dient. Aus seiner Sicht müsste in diesem Fall der zuständige Vormundschaftsrichter eingeschaltet werden. Da dieser Kontakt in keiner Weise hilfreich oder unterstützend war bzw. der betroffene Richter Y. im Gegenteil den Eindruck vermittelte, am besten nicht mit dem Fall befasst zu werden, holte der Chefarzt weiteren juristischen Rat beim Präsidenten eines Landgerichts ein. Dieser sah aus Gründen der richterlichen Unabhängigkeit keine Möglichkeit, von anderer Seite eine richterliche Entscheidung einzuholen. Er empfahl eine sorgfältige zeitgleiche Dokumentation der Ereignisse, eine Entscheidung durch den verantwortlichen Chefarzt, die Information der unmittelbar Betroffenen und die Weitergabe der Dokumentation an die Betreuerin. Dies schließt zwar ein Ermittlungsverfahren im Falle einer Klage – von welcher Seite auch immer – gegen den Chefarzt nicht aus, sei jedoch korrekt und einwandfrei.

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Kommentar I

Patientenautonomie zwischen Theorie und Praxis

Der zu kommentierende Fall macht in besonderer Weise auf die Spannung aufmerksam, die zwischen Theorie und Praxis der Patientenautonomie am Lebensende entstehen kann. Hauptursache dafür ist die *Struktur des Entscheidungsproblems*: Ist der Patient, wie nicht selten, im Entscheidungszeitpunkt nicht entscheidungsfähig, so müssen *Dritte* für ihn entscheiden. Damit entsteht das Problem, dass die Ermittlung und Umsetzung des (mutmaßlichen) Willens des Patienten den Entscheidungsbedingungen und -präferenzen jener Dritter ausgeliefert ist. Deren Bedürfnis nach ethischer und rechtlicher Absicherung „ihrer“ Entscheidung ist angesichts der dramatischen Entscheidungsfolgen begreiflicherweise hoch, wie das problemsensible Vorgehen des Chefarztes anschaulich belegt.

Rechtliche Grundsätze

Dabei sind *zentrale straf- und zivilrechtliche Grundsätze medizinischer Behandlungsentscheidungen* heute alles andere als kontrovers. Grundsätzlich ist jede Einleitung oder Fortsetzung einer medizinischen Maßnahme nur zulässig, wenn der Patient zuvor wirksam eingewilligt hat. Oberstes Prinzip ärztlichen Handelns ist der Wille des Patienten, nicht dessen Wohl. Das folgt aus der verfassungsrechtlich garantierten allgemeinen Entscheidungsfreiheit des Patienten (Art. 2, Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1, Abs. 1 Grundgesetz (GG)) und seinem Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2, Abs. 2, Satz 1 GG; vgl. [7], S. 168 ff. sowie die abweichende Meinung S. 171 ff.; [3], S. 113 f.; [5], S. 260, 262; [6], S. 1863). Ein Arzt, der einen entscheidungsfähigen Patienten eigenmächtig

operiert, macht sich daher grundsätzlich wegen Körperverletzung strafbar (§ 223 Strafgesetzbuch (StGB)), auch wenn die Operation lege artis und erfolgreich ist ([20], Eser, § 223 Rdnr. 52). Der einschüchternde Hinweis des Vormundschaftsrichters an den Chefarzt, er trage bei Nichtvornahme der Amputation die strafrechtliche Verantwortung, geht jedenfalls dann ins Leere, wenn die Nichtvornahme dem Patientenwillen entspricht. Umgekehrt kann sich der Arzt wegen Körperverletzung strafbar machen, wenn er die Amputation entgegen dem (mutmaßlichen) Willen der Patientin durchführt.

Der Patientenwille ist in jeder Lebensphase und medizinischen Situation maßgeblich. So gilt er nicht nur für die viel diskutierte Sterbehilfe, die nach dem Grundsatzurteil des 1. Strafsenats des Bundesgerichtshofs im Kemptener Fall 1995 Patienten in der Sterbe- und Vorsterbephase offen steht ([5], S. 260 ff., allerdings mit anderer Begrifflichkeit; näher [18], S. 396 ff.). Der Wille des Patienten ist auch dann bindend, wenn er einen lebensrettenden Eingriff ablehnt. Was Dritte für objektiv erforderlich oder sinnvoll halten, seien es Ärzte, Angehörige oder Vormundschaftsrichter, ist insoweit nicht entscheidend (vgl. [3], S. 113 f.; [4], S. 378; [6], S. 1862). Ist der Patient dauernd einwilligungsunfähig, so ist ein Betreuer zu bestellen (§ 1896 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)). Der Betreuer hat die exklusive Aufgabe, den Willen des Betroffenen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung zu verwirklichen ([7], S. 1589 l.Sp. mit Anmerkung [23] und [19]). Auch der Betreuer darf nicht nach eigenem Gutdünken entscheiden. Er hat grundsätzlich den Wünschen des Betreuten zu entsprechen; hierzu

gehören auch Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat (§ 1901 Abs. 3 Satz 1, 2 BGB). Von großer Bedeutung sind hier Patientenverfügungen des Betreuten. Der 12. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat 2003 Patientenverfügungen die grundsätzliche Rechtsverbindlichkeit zugesprochen. Danach wirkt eine frühere mündliche oder schriftliche Willensäußerung des Betroffenen als Ausfluss seines Selbstbestimmungsrechts fort, es sei denn der Betroffene hat sie widerrufen, oder die frühere Erklärung erfasst die Sachlage aufgrund nachträglicher Veränderung nicht mehr. Soweit Äußerungen des Betroffenen fehlen, hat der Betreuer nach dem individuell-mutmaßlichen Willen des Betreuten auf der Basis von dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen zu entscheiden ([7], S. 1588, 1589 I.Sp., 1591 I.Sp.). Die Einwilligung des Betreuers in gefährliche medizinische Maßnahmen gegenüber dem Betreuten bedarf dabei der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung (§ 1904 Abs. 1 BGB). Der 12. Zivilsenat hat darüber hinaus aus einem unabwiesbaren Bedürfnis des Betreuungsrechts eine grundsätzliche Prüfungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts auch für die Sterbehilfe hergeleitet ([7], S. 1588, 1591 ff.).¹

Schwierigkeiten der Umsetzung der Grundsätze im vorliegenden Fall

Angesichts dieser (relativ) klaren Rechtsgrundsätze stellt sich die Frage, warum ihre Umsetzung im konkreten Fall so große Schwierigkeiten bereitet.

Ein *erster Grund* dürfte darin liegen, dass unser Fall *nicht zu den Sterbehilfekonstellationen* rechnet, die die Rechtsprechung bislang zu entscheiden hatte, und für die inzwischen eine gewisse Sensibilisierung eingetreten sein dürfte. Die Patientin ist weder eine Sterbende, noch befindet sie sich in einem Wachkoma als der bislang am häufigsten zu entscheidenden Krankheitssituation (z. B. [7, 11, 15, 14, 13]; vgl. auch [5], S. 258). Außerdem geht es nicht, wie in allen diesen Fällen, um

den Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung für eine tödliche Grunderkrankung, sondern bereits um die vorgelagerte Nichtdurchführung einer Maßnahme (Amputation) als lebensrettendem Eingriff. Zwar ist es nicht ausgeschlossen, auch den Respekt vor der freiverantwortlichen Ablehnung lebensrettender Eingriffe durch den schwer kranken Patienten als Form der Sterbehilfe anzusehen. Jedoch fügt sich dieser Sachverhalt nicht in das herkömmliche Verständnis von Sterbehilfe, das auf die Aspekte Sterbende, Wachkoma und Behandlungsabbruch fixiert ist.² Dazu kommt, dass das Bundesverfassungsgericht unlängst die *Geltung des Grundsatzes der Patientenautonomie* auch hinsichtlich der Ablehnung lebensrettender Eingriffe für eine tragische Sonder-situation (die verheiratete Mutter eines Sohnes hatte als Zeugin Jehovas für sich lebensrettende Bluttransfusionen abgelehnt) in nicht unbedenklicher Weise *eingeschränkt* hat ([9], S. 206 mit zustimmender Anmerkung [12]).³ Beides mag die kategorisch ablehnende Reaktion des Vormundschaftsrichters jedenfalls teilweise erklären.

Ein *zweites Problem* des Sachverhalts ergibt sich aus der Notwendigkeit, die Entscheidung über die medizinische Maßnahme, wie so oft, nur auf den (*individuell-*)*mutmaßlichen Willen* des Patienten stützen zu können. Als die Patientin noch entscheidungsfähig war, hatte sie aufgeklärt und dokumentiert lediglich in Diagnostik und Operation zum arteriellen Verschluss eingewilligt. Obgleich sie auch die Amputation als mögliche Folge der Operation „nicht expressis verbis“ abgelehnt hatte, so genügt das nicht für die Annahme einer Einwilligung in die Amputation selbst. Auch die schriftliche Patientenverfügung erfasst die Entscheidung zur Amputation nicht: Die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen bezieht sich dort nur auf den unmittelbaren Sterbeprozess und den irreversiblen Ausfall lebenswichtiger Körperfunktionen. Damit wird die Patientenverfügung zwar nicht bedeutungslos. Aber von einer rechts-

¹ Diese Rechtslage haben die neuen Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung [2] weitgehend umgesetzt.

² Paradigmatisch die Beschränkung der Zulässigkeit von Behandlungsabbrüchen auf die unglückliche Formulierung „Grundleiden, die einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen haben“ in ([7], S. 1590). Zu einem anderen Verständnis von Sterbehilfe ([18], S. 404 ff., 418 ff.)

³ Problematisch für die Patientenautonomie bei der Sterbehilfe auch [15] mit kritischer Anmerkung [22].

verbindlichen Willenserklärung sinkt sie herab zum bloßen Indiz für den mutmaßlichen Patientenwillen. Unabhängig davon ergibt sich bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens freilich ein eindeutiges Ergebnis: Sowohl die Betreuerin (die Nichte und einzige Angehörige), die sich auf frühere Äußerungen und die ablehnende Einstellung der Patientin zu entstellenden Eingriffen berufen kann, als auch das geriatrische Team der Klinik, das die Patientin von einem früheren Aufenthalt her kennt, bekunden übereinstimmend, dass die Patientin einer Amputation nicht zugestimmt hätte. Dafür sprechen auch die Patientenverfügung sowie der von der Betreuerin geltend gemachte „Konsens in der gesamten Familie und auch im Freundeskreis“. Schließlich sind in diese Richtung die erheblichen Operationsrisiken der Amputation zu berücksichtigen, die angesichts des hohen Alters der Patientin wohl sogar die medizinische Indikation infrage zu stellen scheinen.

Ein *drittes* Problem des Falls verbindet sich mit der Rolle des *Vormundschaftsgerichts*. Der Chefarzt hat den Vormundschaftsrichter angesprochen, „um eine in diesem Fall aus Sicht der Klinik notwendige richterliche Entscheidung herbeizuführen“. Schon die Verweigerung jeglicher telefonischer Diskussion und Information sowie der warnende Hinweis des Vormundschaftsrichters an den Chefarzt, dass dieser die strafrechtliche Verantwortung trage, entsprechen kaum jenem Kooperationsgedanken zwischen den Beteiligten, von dem auch das Betreuungsrecht ausgeht. Immerhin hat das Vormundschaftsgericht den Betreuer zu beraten (§ 1837 Abs. 1 BGB). Und die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung raten dem Arzt ausdrücklich, sich an das Vormundschaftsgericht zu wenden, wenn der Betreuer eine lebenserhaltende Maßnahme ablehnt ([2], S. XXXII).

Auch die knappe Aussage des Vormundschaftsrichters, dass er als Richter *in jedem Fall* verpflichtet sei, sich für das Leben zu entscheiden, verkürzt seine Aufgabe nicht nur bei § 1904 BGB.⁴ Diese Vorschrift bezweckt den Schutz des körperlichen Wohls *und* der Selbstbestimmung des Betreuten ([17], S. 124 ff.). Insoweit hätte der Vormund-

schaftsrichter angesichts der klaren Lage zum mutmaßlichen Patientenwillen und der nicht unzweifelhaften Indikation die Nichteinwilligung der Betreuerin in die Amputation – wie allseits gewünscht – genehmigen müssen.⁵

Dass der Vormundschaftsrichter sich für die Nichteinwilligung der Betreuerin bereits nicht für entscheidungszuständig gehalten haben könnte, liegt nach dem Sachverhalt fern. Zwar unterwirft der Wortlaut des § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB allein die Einwilligung des Betreuers in gefährliche medizinische Maßnahmen (wie die Amputation) einem vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungserfordernis. Der 12. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat aber 2003 im Hinblick auf die Schutzzwecke des Genehmigungsverfahrens mit Recht entschieden, dass auch das Unterlassen, in eine lebensverlängernde oder -erhaltende Behandlung einzuwilligen, genehmigungsbedürftig ist ([7], S. 1589 r.Sp.; zur früheren Diskussion [17], S. 123 f.).⁶

Fazit

Obschon die Beteiligten nicht die Rechtssicherheit einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung erhalten haben, erscheint das Problem auch ohne das zuständige Vormundschaftsgericht lösbar. Insoweit hat das Vorgehen des Chefarztes, der ethischen Rat von einem Mitglied der Ethikkommission und juristischen Rat vom Präsidenten des Landgerichts eingeholt hat, in Verbindung mit der sorgfältigen Dokumentation zu einer prozeduralen Absicherung der Entscheidungslage geführt, die strafrechtlich nicht zu beanstanden ist. Ein allgemeines Problem, auf das auch dieser Fall aufmerksam macht, könnte auf dem Weg der Abhilfe sein: Der Gesetzgeber hat sich mittlerweile des Problems der Patientenverfügung angenommen (s. [16]; ferner [1, 10]). Eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung sollte mithelfen, die Spannung zwischen Theorie und Praxis der Patientenautonomie weiter abzumildern.

⁵ Im bekannten Frankfurter Sterbehilfefall war dagegen die Oberschenkelamputation genehmigt worden; s. [13], S. 2748.

⁶ In der rechtspolitischen Diskussion wird vorgeschlagen, den Fall der Nichteinwilligung des Betreuers in den Text des § 1904 BGB aufzunehmen; s. [16], S. 4 und 20 ff. und [1], S. 43, 46 ff.

⁴ Allgemein zu den Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichter zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende [21].

Korrespondierender Autor

PD Dr. Frank Saliger

Bucerius Law School, Lehrstuhl für Strafrecht
und Strafprozeßrecht (Strafrecht II),
Jungiusstraße 6, 20355 Hamburg

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Literatur

1. Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des Bundesministeriums der Justiz (2004) Bericht vom 10.06.2004, abrufbar unter <http://www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf>. Gesehen 21. März 2005
2. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, NJW 23:XXIX–XX–XIII
3. Bundesgerichtshof (1957) Urteil vom 28.11.1957 – 4 StR 525/57 (LG Essen). BGHSt 11:111–116
4. Bundesgerichtshof (1984) Urteil vom 04.07.1984 – 3 StR 96/84 (LG Krefeld). BGHSt 32:367–381
5. Bundesgerichtshof (1994) Urteil vom 13.09.1994 – 1 StR 357/94 (LG Kempten). BGHSt 40:257–272
6. Bundesgerichtshof (2003) Urteil vom 18.02.2003 – VI ZR 266/02 (Zweibrücken). NJW 2003:1862–1863
7. Bundesgerichtshof (2003) Beschluss vom 17.03.2003 – XII ZB 2/03 (Schleswig). NJW 2003:1588–1594
8. Bundesverfassungsgericht (1979) Beschluss vom 25.07.1979 – 2 BvR 878/74. BVerfGE 52:131–187
9. Bundesverfassungsgericht (2001) Beschluss vom 02.08.2001 – 1 BvR 618/93. NJW 2002:206–207
10. Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages (2004) Zwischenbericht „Patientenverfügungen“ vom 13.09.2004, BT-Drucks. 15/3700
11. LG Heilbronn (2003) Beschluss vom 03.09.2003 – 1 T 275/03. NJW 2003:3783–3785
12. Ohler C, Weiß W (2002) Glaubensfreiheit versus Schutz von Ehe und Familie. NJW 2002:194–195
13. OLG Frankfurt am Main (1998) Beschluss vom 15.07.1998 – 20 W 224/98. NJW 1998:2747–2749
14. OLG Karlsruhe/Freiburg (2001) Beschluss vom 29.10.2001 – 19 Wx 21/01. NJW 2002:685–689
15. OLG München (2003) Urteil vom 13.03.2003 – 3 U 5090/02 (nicht rechtskräftig). NJW 2003:1743–1745
16. Referentenentwurf (2004) Referentenentwurf zum 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 01.11.2004, abrufbar unter <http://www.betreuungsrecht.org/pafiledb3/uploads/04-11-01%20RefE.pdf>. Gesehen 21. März 2005
17. Saliger F (1998) Sterbehilfe nach Verfahren. Betreuungs- und strafrechtliche Überlegungen im Anschluß an BGHSt 40, 257. KritV 1998:118–151
18. Saliger F (2001) Sterbehilfe ohne Strafrecht? Eine Bestimmung des Anwendungsbereichs von Sterbehilfe als Grundstein für ein intradisziplinäres Sterbehilferecht. KritV 2001:382–439
19. Saliger F (2004) Sterbehilfe und Betreuungsrecht. MedR 2004:237–245
20. Schönte A, Schröder H (2001) Strafgesetzbuch, Kommentar, 26. Aufl. München
21. Simon A, Lipp V, Tietze A, Nickel N, Oorschot B v. (2004) Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: Erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. MedR 2004:303–307
22. Uhlenbruck W (2003) Bedenkliche Aushöhlung der Patientenrechte durch die Gerichte. NJW 2003:1710–1712
23. Verrel T (2003) Mehr Fragen als Antworten – Besprechung der Entscheidung des XII. Zivilsenats des BGH vom 17.03.2003 über die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen bei einwilligungsunfähigen Patienten. NSTZ 2003:449–453

Kommentar II

Entscheidungsfindung zwischen ärztlicher Aufgabe und prozeduralem Verfahren

Der vorliegende Fall könnte knapp mit dem Hinweis darauf kommentiert werden, dass der zuständige Vormundschaftsrichter offensichtlich seine Aufgabe falsch verstanden hat, denn das Betreuungsgrecht verlangt von ihm die Kontrolle darüber, ob der Betreuer den mutmaßlichen Willen des einwilligungsunfähigen und zu betreuenden Patienten korrekt ermittelt hat. Er muss und darf ggf. weitere Anstrengungen unternehmen, um den mutmaßlichen Willen präzise zu eruieren und schließlich dafür sorgen, dass der Betreuer diesen mutmaßlichen Willen des Betreuten gegenüber den behandelnden Ärzten durchsetzen kann. Dies ist ein formaler Akt, der mit der Frage nach dem Lebenserhalt nichts zu tun hat. Alle Beteiligten, der Vormundschaftsrichter, die Ärzte und auch der Betreuer, sind dabei grundsätzlich auch dem Wohl des Patienten verpflichtet, aber dazu soll ja gerade der Respekt vor dem Willen bzw. dem mutmaßlichen Willen beitragen. Der Vormundschaftsrichter ist in seiner Aufgabe tatsächlich nicht „Herr über Leben und Tod“, sondern, wie es im Urteil des OLG Karlsruhe/Freiburg heißt: „Durch diese präventive richterliche Kontrolle der Einwilligung des Betreuers in den Behandlungsabbruch wird... das Risiko von Betreuern und Ärzten reduziert, wegen Totschlags strafrechtlich verfolgt zu werden, da eine hohe Gewähr dafür besteht, dass der Patientenwille richtig ermittelt wurde“ [3]. Die Weigerung des Vormundschaftsrichters in irgendeiner Weise zu beraten bzw. die Vorwegnahme seiner Entscheidung ohne jegliche Anhörung ist ein eklatanter Verstoß gegen seine Dienstpflichten.

Dennoch kann der Fall exemplarisch dazu dienen, einige grundsätzliche Schwierigkeiten aufzuzeigen.

Das Problem der medizinischen Indikation und des therapeutischen Ziels ärztlichen Handelns

Die Dilemmasituation des vorliegenden Falles entwickelt sich zum einen an der Frage der medizinischen Indikation zur Amputation. Ärztliches Handeln leitet sich aber nicht nur aus der medizinischen Handlungsbegründung ab (bei einem irreversiblen arteriellen Verschluss muss das Bein amputiert werden, um das Leben zu retten), sondern auch aus der Begründung und sittlichen Rechtfertigung des *Handlungsziels*. Was verlangt das Wohl des Patienten? Muss Leben erhalten werden? Um welchen Preis? In welcher Weise sind die Lebensgeschichte und die Lebensqualität des Patienten betroffen? „Wohl und Lebensqualität des Patienten“ sind Wertbegriffe. Das medizinisch Notwendige ist niemals allein „medizinisch“ begründet, sondern immer zugleich auch eine moralische Entscheidung aufgrund eines bestimmten Wertebildes des behandelnden Arztes, der die Kriterien zur Entscheidungsfindung für den einwilligungsunfähigen Patienten bedenken muss.

So ist auch im vorliegenden Fall die Abwägung für oder gegen die Beinamputation offensichtlich für das Team der Behandelnden keine rein medizinische Aufgabe. Nachdem die Operation die Durchblutung des Unterschenkels nicht wiederherstellen konnte, wäre es durchaus möglich, jedes weitere Vorgehen für *medizinisch nicht indiziert* zu halten, auch wenn es medizinisch möglich ist. Der Arzt hat als medizinischer Experte – ebenso wie die beteiligten Pflegenden mit ihrer Erfahrung – im Falle der Nutzen-Risiko-Abwägung nur ein begrenztes Wissen; im Einzelfall sind immer nur Aussagen über die Wahrscheinlichkeit

der Prognose und die relative Nutzen-Risiko-Einschätzung möglich. Als Begleiter und Ratgeber ihrer Patienten müssen die Beteiligten ihre Gebundenheit an eigene Wertvorstellungen eingestehen und zurückstellen sowie im individuellen Fall bedenken, dass religiöse, kulturelle und gesellschaftliche Wertemuster der Betroffenen dem Eingreifen Grenzen setzen können.

Im vorliegenden Fall ist der Patientin die redliche Erörterung des Therapieziels „Lebenserhalt“ geschuldet, das nur mithilfe einer schwer wiegenden Operation und eines Eingriffs, der – wie der Theologe Ritschl es nennt – eine „Invasionen in die Lebensgeschichte eines Patienten“ darstellt ([4], S. 224) zu erreichen ist. Zugleich muss daher nach der Zumutung gefragt werden, die mit diesem Mittel zum Zweck und mit den Konsequenzen für die Patientin verbunden ist.

Der mutmaßliche Wille

Zum zweiten liegt die Schwierigkeit der Entscheidungsfindung in einer gewissen Unsicherheit über den Willen der Patientin. Frau A. hat angesichts ihrer lebensbedrohlichen Erkrankungen eine Vorausverfügung verfasst. Das Anliegen eines derartigen Schriftstückes ist – zumindest bei einem fast 90-jährigen, kranken Menschen – auch die Beschäftigung mit der Frage, unter welchen Bedingungen er jeweils weiterleben will. Der verfügende Mensch will nicht wissen, was noch alles gemacht werden könnte, damit er länger weiterleben kann, sondern er reflektiert, welchen Sinn er persönlich in seinem Weiterleben findet und antizipiert dabei seine zukünftige Unfähigkeit, zu kommunizieren, selbst zu urteilen und zu entscheiden. An dem, was für ihn persönlich Sinn stiftend ist und wo die Grenzen erreicht sind, orientiert er sich bei der Festlegung seiner Behandlungswünsche am Lebensende.

Wenn eine Verfügung, so wie bei Frau A., wesentliche anstehende Entscheidungen nicht erfasst, so muss im Fall der Nichteinwilligungsfähigkeit der mutmaßliche Wille eruiert werden. Patrick Bahners hat angesichts des mutmaßlichen Willens der amerikanischen Patientin Terri Schiavo konstatiert: „Autonomie ist immer eine kontrafaktische Unterstellung, eine der Tatsache unserer Abhängigkeit von der Natur widersprechende lebensdienliche Fiktion. Wer bestimmt, bei Eintritt

in einen Zustand, unter dem er sich nichts vorstellen kann, sterben zu wollen, der gibt seinem Leben eine Form, seiner Biographie eine Einheit – um der Weiterlebenden willen. Die Autonomie hat in diesem Fall einen sozialen Sinn“ [1]. Dieses Verständnis von Autonomie ist wahrhaftig diskussionswürdig, wie es an dieser Stelle nicht geschehen kann. Zurückgewiesen werden muss hier aber die Reduktion einer vorausverfügenden Willensbekundung auf einen ausschließlichen Dienst an den Weiterlebenden. Im Gegenteil: zunächst steht der Gedanke an das eigene Sterben im Mittelpunkt, der Wunsch, sterben zu dürfen und keiner als unwürdig empfundenen Situation ausgesetzt zu werden. Gerade die Tatsache, dass Behandlungsoptionen eben nicht Ausdruck des Unvermeidbaren und Schicksalhaften sind, sondern auf den Entscheidungen Dritter beruhen, motiviert viele Menschen, derartige Entscheidungen nach eigenen Wertvorstellungen und Überzeugungen noch mitbestimmen zu wollen.

Diese Reflexion hat Frau A. auf jeden Fall vollzogen, und ihre Festlegungen lassen in Verbindung mit den Bekundungen zahlreicher Menschen aus ihrer Umgebung keinen Zweifel an ihrem Willen. Die Entscheidung zum Verzicht auf die Amputation ist unstrittig.

Rolle des Vormundschaftsrichters

Nach dem Beschluss des BGH vom 17. März 2003 stellt sich nun als weiteres Problem die Frage, ob der behandelnde Arzt und die Betreuerin das Vormundschaftsgericht einschalten müssen. Einerseits haben die Ärzte die Therapieoption einer Beinamputation zum Lebenserhalt der Patientin angeboten. Da die Betreuerin dieses Angebot abgelehnt hat, muss nach BGH-Beschluss der Vormundschaftsrichter um Überprüfung gebeten werden. Andererseits besteht über den mutmaßlichen Willen der Betreuten keinerlei Dissens, so dass die Kontrolle des Vormundschaftsgerichtes nicht erforderlich ist.

Abgesehen von derartigen Unsicherheiten, die der Beschluss des BGH hervorgerufen hat, zeigt sich in der Reaktion des befragten Vormundschaftsrichters ein weiteres typisches Problem: Auch der Richter urteilt offensichtlich auf dem Hintergrund seiner eigenen Wertvorstellungen (vgl. dazu [5]). Dies ist nicht nur unvermeidbar,

sondern durchaus wünschenswert. Allerdings ist er nicht bereit, Überzeugungen eines betroffenen Patienten zu respektieren und persönliche Wertentscheidungen zurückzustellen. Seine Feststellung, dass er dem Leben verpflichtet sei, ist im Grunde trivial, denn das gilt für alle Beteiligten. Damit ist aber die ethische Frage nach dem gebotenen oder nichtgerechtfertigten Lebenserhalt im Einzelfall noch nicht geklärt. Auch der Richter weiß, dass Leben nicht um jeden Preis erhalten werden muss, und dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verfassungsrechtlich geschützt ist. Dieses verfassungsrechtlich verbürgte Selbstbestimmungsrecht der hier betroffenen Patientin darf nicht mit ihrer Einwilligungsunfähigkeit enden (vgl. [3])

Klinische Ethikberatung

Der vorliegende Fall demonstriert schließlich die Entlastung einer Entscheidungsfindung mit der Unterstützung klinischer Ethikberatung. Selbstverständlich bleibt der behandelnde Arzt dem Wohl seiner Patientin verpflichtet und trägt die Letztverantwortung. Aber die Möglichkeit, schwierige moralische Fragen in argumentativer und respektvoller Weise zu diskutieren und eine Entscheidung herbeizuführen, die von allen mitgetragen werden kann, ist ein erheblicher Gewinn für eine gute Entscheidungskultur im klinischen Alltag.

Korrespondierender Autor

Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius

Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin,
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Literatur

1. Bahners P (2005) Der Wille der Willenlosen. FAZ 70, 24.03.2005, S 41
2. Bundesgerichtshof (2003) Beschluss vom 17.03.2003 – XII ZB 2/03 (Schleswig), NJW 2003:1588–1594
3. OLG Karlsruhe/Freiburg (2002) Beschluss vom 29.10.2001. Antrag auf Abbruch der künstlichen Ernährung. NJW 9:685-689

4. Ritschl D (2004) Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vlyun
5. Simon A, Lipp V, Tietze A, Nickel N, Oorschot B (2004) Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende: erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. MedR 22:303–307