

Zum Problem ausreichender Gründe für eine Behandlungsbegrenzung

Ein 68-jähriger Mann erkrankt plötzlich an sich rasch verschlechternden Symptomen eines Verschlusses der A. basilaris. Eine Intubation wird erforderlich. In der Bildgebung finden sich beidseitige Hirnstamminfarkte auf Brückenebene. Nach dem vergeblichen Versuch, das Gefäß durch eine Lyse wieder zu eröffnen, erfolgt eine Langzeitbeatmung. Fortgesetzte Durchfälle ergeben in der Diagnostik eine Colitis ulcerosa. Im weiteren Verlauf tritt eine Pneumonie auf.

Einen Monat später wird der Patient auf die Intensivstation der Frührehabilitation verlegt. Er erhält zu diesem Zeitpunkt nur noch nachts für ca. 6 h druckunterstützte Beatmung; dies wird im Weiteren entbehrlich. Der Befund zwei Monate nach dem Ereignis zeigt Spontanatmung über die Trachealkanüle. Bis auf vereinzelte Fingerbewegungen sind keine unwillkürlichen oder willkürlichen Extremitätenbewegungen möglich, der Tonus rechts ist schlaff, links besteht eine mäßige Spastik, der Patient zeigt perioral keine willkürlichen mimischen Bewegungen. Bei gewissen Manipulierungen und möglicherweise Schmerzen kommt es zur Anspannung der Stirnmuskulatur.

Es besteht ein Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Augen werden auf Ansprache geöffnet, danach ist aber nur ein kurzer Blickkontakt möglich, dann weicht der Blick nach links ab. Es besteht eine Blickparese nach rechts. Eine Vereinbarung von Ja-Nein-Antworten durch Augenbewegungen oder Augenschluss gelingt zunächst nicht. Sei-

tens des Patienten ist kein Versuch einer Kontaktaufnahme zu erkennen, dabei wirkt er attent, es bestehen *a*-Wellen im Elektroenzephalogramm (EEG). In der wiederholten zerebralen Bildgebung zeigt sich keine supratentorielle Schädigung. Zwei Monate nach dem Erkrankungsbeginn macht der Patient inkonstant geringe Bewegungen mit der rechten Hand sowie inkonstant auch angedeutete Bewegungen des Kopfes als Antwort auf Fragen. Er erkennt offenbar Freunde, die ihn besuchen, und weint dabei.

Die Ehefrau ist als Betreuerin bestellt. Das Verhältnis in der Ehe vor der Erkrankung wird als vertrauensvoll beschrieben. Die Frage, welches Vorgehen im Fall einer unheilbaren Erkrankung gewünscht wird, war mehrfach thematisiert worden. Der immer sehr auf Selbstbestimmtheit bedachte Patient hatte wiederholt zum Ausdruck gebracht, dass er nicht in völliger Hilflosigkeit leben wolle und für diesen Fall einen Suizid mit Tabletteneinnahme wünsche.

Ogleich der Patient wach ist, gelingt es der Ehefrau zunächst auch im zweiten Monat nicht, Kontakt über Ja-Nein-Signale mit ihm aufzubauen. Erst am Ende des zweiten Monats kommt es vereinzelt zu angedeuteten Ja-Nein-Antworten. Meist blickt der Patient sie kurz an und weicht dann mit dem Blick ab. Sie interpretiert dies als vorwurfsvolle Abwendung wegen Nichtbeachtung seiner Verfügung, die ausführlich und schriftlich vorliegt. Diese wurde ein halbes Jahr vor der Erkrankung

verfasst und ist beglaubigt. Dabei verfügt der Patient (hier verkürzt wiedergegeben), dass in einem terminalen Zustand, einschließlich Koma und apallischem Syndrom, nach ärztlichem Urteil ohne Besserungsaussicht keine lebenserhaltenden Behandlungen (bis auf Medikamente, die dem Wohlbefinden oder der Schmerzbehandlung dienen würden) und auch keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erfolgen sollen.

Zusammenfassung

Es besteht seit zwei Monaten ein „Locked-in-ähnliches Bild“. Der Patient ist wach, nimmt aber trotz offensichtlich nicht-betroffener Großhirnrindenfunktion und

Möglichkeit des Augenschlusses sowie einer horizontalen Blickbewegung nach links mit der Ehefrau und den Behandelnden nur rudimentäre Kommunikation auf. Die Prognose hinsichtlich einer motorisch funktionell bedeutsamen Besserung ist infaust, allerdings wäre eine Verbesserung der Kommunikation denkbar. Es ist zu fragen, ob der Patient den jetzigen Zustand, der in dieser Form in der Patientenverfügung nicht genau beschrieben ist, ebenfalls als ausreichenden Grund angesehen hätte, weitere lebenserhaltende Maßnahmen, wie sie inzwischen über zwei Monate erfolgen, zu unterlassen. Seine früher zusätzlich gegenüber seiner Ehefrau geäußerte Meinung zum Vorgehen bei schwerster Behinderung legt dies nahe.

Ethik Med 2006 · 18:182–185
DOI 10.1007/s00481-006-0430-1
© Springer Medizin Verlag GmbH 2006

Frank Erbguth · Nürnberg

Kommentar I

Die geschilderte Diagnose eines „Locked-in-Syndroms“ – also eines Zustands des quasi im Schädel „eingesperrten“ weitgehend funktionsfähigen Großhirns, das der elementaren Steuerungs- und Wahrnehmungsfähigkeit für den übrigen Körper augenabwärts beraubt ist – ist leider keine Seltenheit. Meistens entsteht das Syndrom – wie im geschilderten Fall – aufgrund eines Verschlusses der A. basilaris und der daraus resultierenden Sauerstoffminderversorgung mit Absterben von Hirnstammgewebe.

Als ein solcher Behinderungszustand, der also qualitativ anders als ein „Koma“

oder das „Wachkoma“ ist, hat das „Locked-in-Syndrom“ bereits 1844 in der Beschreibung des Monsieur Noirtier de Villefort im Roman *Der Graf von Monte Christo* von Alexandre Dumas literarischen Niederschlag gefunden. Schon lange vor der Benennung des Syndroms durch Plum u. Posner im Jahr 1966 [8] hatte Dumas dessen Charakteristika beschrieben:

Unbeweglich wie ein Leichnam saß der Greis in seinem Stuhl, doch bewies der lebhaft und intelligente Blick, ... dass sein Geist noch vollkommen frisch war ... Schon konnte er nicht mehr durch

eine Geste zum Ausdruck bringen, was er wünschte, schon war ihm die Sprache versagt. Er befahl mit den Augen und dankte mit den Augen, kurz er war ein Leichnam mit lebendigen Augen ... Es war Übereinkunft, dass der Greis bejahete, indem er die Augen schloss, verneinte, indem er blinzelte. (Dumas 1844, zit. nach Prosiegel u. König [9], S. 1489)

Eindrucksvoll und wichtig für das Verstehen der Innensicht der Patienten auf ihr Locked-in-Syndrom sind zwei publizierte Erlebnisberichte von Betroffenen: der 43-jährige Jean-Dominique Bauby beschrieb auf berührende Weise vor seinem Tod in dem viel beachteten Buch *Schmetterling und Taucherglocke* [2] sein „Eingesperrtsein“, und der 39-jährige Karl-Heinz Pantke plädiert in seiner Geschichte *Locked-in: Gefangen im eigenen Körper* [7] für ein langes Durchhaltevermögen und gegen ein zu frühes „Aufgeben“ seitens der Ärzte.

Zunächst fünf Anmerkungen zur geschilderten Situation, die ich in fast identischer Konstellation einmal selbst erlebt habe:

1. Grundsätzlich ist bei der beschriebenen Erkrankungssituation von einer schlechten Prognose hinsichtlich einer nennenswerten verbesserten Mobilität auszugehen – auch wenn zwei Monate noch relativ kurz sind, um eine endgültige Prognose abzugeben. Hier wäre ich mir in meiner negativen prognostischen Einschätzung sicherer, wenn ich das Computertomogramm (CT) oder das Magnetresonanztomogramm (MRT) kennen würde. Es ist bei einer Schädigung des Hirnstamms unwahrscheinlich, dass die Schluckfähigkeit soweit wiedererlangt werden könnte, dass eine orale Nahrungsaufnahme als Ersatz für die gelegte perkutane endoskopische Gastrostomie- (PEG-) Magensonde absehbar möglich wäre. Die Gesamtprognose des Locked-in-Syndroms in der wissenschaftlichen Literatur gilt zwar, abhängig vom Schädigungsausmaß, als „schlecht“, in Einzel-

fällen sind jedoch immer wieder erstaunliche Besserungen über mehrere Monate beschrieben worden [1, 3, 4–6, 10].

2. Unklar ist, ob der hier Betroffene nicht kommunizieren möchte oder nicht kann. Hier gibt es mittlerweile technische Hilfsmittel, die dem Locked-in-Patienten eine Kommunikation durch Augenzwinkern z. B. mithilfe eines „personal computers“ (PC) ermöglichen.
3. Das beschriebene Weinen des Patienten suggeriert auf den ersten Blick nonverbal geäußerte Traurigkeit und Verzweiflung. Man muss aber wissen, dass bei Hirnstammschädigungen häufig ein „pathologisches Weinen“ (manchmal auch Lachen) auftritt, bei dem jedwede emotionale Regung mit einem nichtkontrollierbaren Weinen oder Lachen einhergeht, ohne dass dies in der Qualität und im Ausmaß der aktuellen Emotion entspräche. Ein „echtes Weinen“ kann aber auch nicht ausgeschlossen werden.
4. Eine allgemeingültige, nur auf die schriftliche Verfügung bezogene Interpretation, ob mit dem genannten „Koma“ auch ein „Locked-in-Zustand“ gemeint sein könnte, ist nicht zulässig: Ein Locked-in-Syndrom kann vom Betroffenen als qualitativ „schlimmer“ oder „besser“ erlebt werden als das genannte Koma.
5. Als einzige Bezugsperson scheint die Ehefrau als Gesprächspartnerin zur Verfügung zu stehen. Wären da noch Kinder oder enge Freunde, dann wäre die Ehefrau emotional entlastbar, weil sie nicht allein die Wünsche des Mannes wiedergeben müsste und dessen Unterlassungswunsch zum „Vollzug“ bringen müsste.

Die Fallgeschichte offenbart zudem ein häufiges Dilemma bei der Frage, ob und wann man als Arzt einer verfügbaren Therapiebegrenzung folgen soll. Beim ersten Lesen des Fallberichts habe ich mich angesichts des doch ziemlich eindeutig geäußerten und niedergelegten Willens nach einer Therapiebegrenzung gefragt, warum der Patient denn anfangs trotzdem durch eine Rei-

he invasiver Therapien (Beatmung bei Pneumonie, PEG-Anlage bei Kolitis,) bis zu seinem jetzigen stabilen Zustand am Leben erhalten wurde. Inzwischen nämlich, da er nun ziemlich stabil ist, besteht die einzige Unterlassungsmöglichkeit einer lebenserhaltenden Therapie in der Beendigung der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr; dies ist naturgemäß emotional brisanter besetzt. Ein solcher Ablauf ergibt sich aber oft zwingend, weil in den unmittelbar lebensbedrohlichen Phasen zu Beginn einer Erkrankung eine Therapie durchgeführt werden muss, weil man zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausreichend gut prognostizieren kann, welchen Verlauf die Erkrankung nimmt, und ob der in einer Patientenverfügung als Grund für eine gewünschte Unterlassung benannte Behinderungszustand auch wirklich eintreten wird.

Im vorliegenden Fall ist ja eigentlich nicht zu fragen „Was berechtigt mich, die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr zu unterlassen?“, sondern „Was berechtigt mich, diese Maßnahmen fortzuführen?“ Ob künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr Bestandteile einer dem Patienten in jedem Fall zustehenden „Basisversorgung“ darstellen, wird in der ethischen Debatte kontrovers diskutiert: Ein Teil der kirchlichen Positionen äußert sich in diesem Sinne – während die Bundesärztekammer in Übereinstimmung mit der Mehrzahl ärztlicher Positionen davon ausgeht, dass zwar Stillen von Hunger und Durst zur Basisversorgung gehören – was aber nicht zwingend in jedem Fall künstliche Ernährung notwendig mache, da viele Patienten in Todesnähe kein Hunger- oder Durstempfinden verspüren. Bei einem Locked-in-Patienten muss allerdings anders als bei einem Patienten im sogenannten Wachkoma die Wahrscheinlichkeit eines vorübergehenden Durst- und Hungergefühls bei Einstellung der entsprechenden Zufuhr einkalkuliert werden.

Geht man, wie ich, davon aus, dass die künstliche Ernährung ein medizinischer Eingriff ist, sind für ihre Fortführung zwei Voraussetzungen zu fordern, nämlich (1)

eine medizinische Indikation und (2) die Zustimmung des Betroffenen. Eine medizinische Indikation zur Ernährung eines Schwerstbehinderten – so ist das Locked-in-Syndrom einzustufen – ist nicht zu bezweifeln. Eine Zustimmung des geschilderten Patienten zur Weiterernährung muss allerdings stark bezweifelt werden. Jedenfalls lassen seine mündlichen und schriftlichen Äußerungen im Vorfeld in der Zusammenschau erkennen, dass er nicht nur für den von den meisten Patienten in Verfügungen benannten Zustand des Bewusstseinsverlustes – der ja im konkreten Fall nicht vorliegt –, sondern auch für die bestehende schwere immobilisierende Behinderung eine Unterlassung einfordert. Grundsätzlich unterliegt ein Patient, der antizipierend eine Unterlassung verfügt, immer dem potenziellen Irrtumsrisiko, dass er nämlich dann, wenn der konkrete Fall eintritt, vielleicht doch anders entschieden hätte. Daher soll der Arzt (auch nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer) etwaige Anhaltspunkte für eine Änderung des Willens beachten. Solche Anhaltspunkte sind bei einem komatösen Patienten kaum zu erhalten, sie sind aber wohl bei einem Menschen abzufragen, von dem man annehmen muss, dass er sich über seine Situation Gedanken machen kann – wie im vorliegenden Falle. Daher müsste seitens der Ärzte alles – auch mit technischen Hilfsmitteln – daran gesetzt werden, eine Kommunikation mit dem Patienten zur Frage „Sind Sie einverstanden, dass wir Ihnen auch zur Ernährung keine Infusionen mehr geben?“ zu installieren. Ist man sich prognostisch noch unsicher, könnte man auch fragen: „Wir sind uns noch nicht sicher, ob sich Ihre Situation nicht doch noch bessern kann! Sollen wir mit dem verfügten Abbruch der Infusionstherapie noch warten?“ Ich habe bei Locked-in-Patienten mit Kommunikationshilfen mehrfach eindeutige und für die Außenwelt überraschende Wünsche nach Weiterbehandlung erlebt. Nach der Antwort muss man sich dann richten. Ist diese Kommunikation nicht zu realisieren, oder

gibt der Patient keine verwertbaren Antworten, halte ich seine Willensbekundungen im Vorfeld für ausreichend und eindeutig genug, die lebensverlängernde Weiterbehandlung, einschließlich der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, zu beenden. Jemanden, der *mündlich* seiner Ehefrau gegenüber klar und eindeutig lebensverlängernde Maßnahmen bei Hilflosigkeit – wie sie hier eingetreten ist – abgelehnt hat, kann man nicht zum Überleben zwingen, nur weil die in der *schriftlichen Verfügung* genannten Zustände auf einen Bewusstseinsverlust Bezug nehmen, der hier so nicht eingetreten ist. Da bei der Einstellung der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ein subjektives Leiden nicht auszuschließen ist, wäre eine Sedierung als Palliativmaßnahme notwendig.

Anschrift

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Frank Erbguth

Neurologische Klinik
Klinikum Nürnberg (Süd)
Breslauer Str. 201
90471 Nürnberg
E-Mail: erbguth@klinikum-nuernberg.de

Literatur

1. Anderson C, Dillon C (1993) Life-sustaining treatment and locked-in syndrome. *Lancet* 342:867–868
2. Bauby JD (1998) Schmetterling und Taucherglocke. dtv, München
3. Casanova E, Lazzari RE, Lotta S, Mazzucchi A (2003) Locked-in syndrome: improvement in the prognosis after an early intensive multidisciplinary rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 84:862–867
4. Doble JE, Haig AJ, Anderson C, Katz R (2003) Impairment, activity, participation, life satisfaction, and survival in persons with locked-in syndrome for over a decade: follow-up on a previously reported cohort. *J Head Trauma Rehabil* 18:435–444
5. Haig AJ, Katz RT, Sahgal V (1987) Mortality and complications of the locked-in syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 68:24–27
6. Katz RT, Haig AJ, Clark BB, Paola RJ di (1992) Long-term survival, prognosis, and life-care planning for 29 patients with chronic locked-in syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 73:403–408
7. Pantke KH (1999) Locked-in: Gefangen im eigenen Körper. Mabuse, Frankfurt
8. Plum F, Posner JB (1966) The diagnosis of stupor and coma. Saunders, Philadelphia
9. Prosiegel M, König NH (1980) Das Locked in-Syndrom. Ein kasuistischer Beitrag. *Fortschr Med* 98(39):1489–1534
10. Smith E, Delargy M (2005) Locked-in syndrome. *BMJ* 330:406–409

Kommentar II

Grundsätzliches¹

Will man in dem vorliegenden Fall zu einem tragfähigen Ergebnis gelangen, so muss man sich zunächst über die Grundfragen der ärztlichen Behandlung am Ende des menschlichen Lebens Klarheit verschaffen:

1. Für die Versorgung und Behandlung eines Menschen am Ende seines Lebens gilt dasselbe wie für jede andere ärztliche Behandlung. *Praktisch gesehen*, kommen Arzt und Patient nach Untersuchung und Diagnose gemeinsam zur Entscheidung, eine bestimmte Behandlung zu beginnen oder zu unterlassen. Aus *rechtlicher Sicht* müssen die Verantwortungsbereiche dagegen klar voneinander abgegrenzt werden: Der Arzt verantwortet die fachgerechte Untersuchung, Diagnose und Indikation für oder gegen eine bestimmte Behandlung und hat den Patienten hierüber aufzuklären. Der Patient entscheidet dann eigenständig, ob er in eine bestimmte Behandlung einwilligt oder diese ablehnt. Daraus folgt einerseits, dass der Arzt insbesondere die *ärztliche Indikation* zu stellen und zu verant-

worten hat. Andererseits hat er auch im Fall einer indizierten Maßnahme kein eigenständiges Behandlungsrecht. Jede ärztliche Maßnahme bedarf der (jederzeit widerrufbaren) *Einwilligung des Patienten*, weil damit das grundrechtlich geschützte Selbstbestimmungsrecht des Patienten über seine Person betroffen ist. Die häufig gestellte Frage, ob der *Abbruch* der Behandlung in einer bestimmten Situation zulässig ist, stellt diese Legitimationsvoraussetzungen für ärztliches Handeln auf den Kopf: Nicht erst der Abbruch, sondern schon die (Weiter-)Behandlung bedarf nämlich der doppelten Legitimation durch ärztliche Indikation und durch die Einwilligung des Patienten. Auch eine *lebenserhaltende Maßnahme* ist deshalb nur solange zulässig, solange sie ärztlich indiziert ist und der Patient zustimmt. Lehnt der Patient die weitere Behandlung ab, muss der Arzt diesem Wunsch Folge leisten. Stirbt der Patient, weil die lebenserhaltenden Maßnahmen eingestellt werden, so liegt darin *keine* „aktive Sterbehilfe“ bzw. keine Tötung auf Verlangen (§ 216 Strafgesetzbuch, StGB) durch den Arzt, weil der Arzt gar nicht mehr behandeln *darf*. Vielmehr handelt es sich um die „Hilfe zum Sterben“ genannte Einstellung der ärztlich indizierten Behandlung auf Wunsch des Patienten. Die rechtliche Zulässigkeit dieser „Hilfe zum Sterben“ ist heute anerkannt.

2. Ist für den Patienten ein *Betreuer* (für Gesundheitsangelegenheiten) bestellt

¹ Zu den rechtlichen Problemen des vorliegenden Falls sowie der Sterbehilfe im Allgemeinen vgl. Lipp (2005) Patientenautonomie und Lebensschutz. Zur Diskussion um eine gesetzliche Regelung der „Sterbehilfe“, Universitätsverlag, Göttingen (<http://www.univerlag.uni-goettingen.de/>).

und ist der Patient in der konkreten Situation nicht mehr einwilligungsfähig, hat der Betreuer zu entscheiden. Der Bundesgerichtshof hat mehrfach betont,² dass der Betreuer als gesetzlicher Vertreter den Patienten vertritt und daher seine Erklärung für Arzt und Klinik bindend ist. Diese sind nicht berechtigt, die Entscheidung des Betreuers außer Acht zu lassen. Stattdessen können sie – wie jeder andere Dritte auch – beim Vormundschaftsgericht eine Überprüfung des Betreuerhandelns anregen. Von diesem Grundsatz gibt es zwei Ausnahmen: Zum einen ist der Arzt nicht an die Erklärung des Betreuers gebunden, wenn der Betreuer offensichtlich gegen den Willen des Patienten handelt, d.h. seine Kompetenzen missbraucht. Zum anderen benötigt der Betreuer eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, falls er eine lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, wenn diese Maßnahme nach Ansicht des Arztes indiziert ist und aus dessen Sicht dem Willen des Patienten entspricht. In einem solchen Konflikt über den maßgeblichen Willen des Patienten muss eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts eingeholt werden. Solange sie nicht erteilt ist, ist die ärztlich indizierte lebenserhaltende Behandlung legitim.

3. Diese Grundsätze gelten auch, wenn der Patient eine *Patientenverfügung* verfasst hat. Sie gibt Auskunft über den Willen des Patienten, der (auch) für den Betreuer nach § 1901 Abs. 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) maßgeblich ist und kann daher die Grundlage für eine Verständigung zwischen Arzt und Betreuer über den für den Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen ausschlag-

gebenden Willen des Patienten bilden. Erreichen sie ein gemeinsames Verständnis, ist eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nach der oben genannten Rechtsprechung des BGH nicht erforderlich.

Der vorliegende Fall

1. Im vorliegenden Fall stellt sich deshalb zunächst die Frage nach der *ärztlichen Indikation* weiterer lebenserhaltender Maßnahmen; hierbei ist ggf. nach Art und Belastungsintensität zu differenzieren.
2. Ist diese Frage zu bejahen, kommt es darauf an, ob der *Patient* diesen Maßnahmen zustimmt. Wenn der Patient einwilligungsfähig ist und mit den Ärzten kommunizieren kann, kann er die angebotene lebenserhaltende Maßnahme in der aktuellen Situation ablehnen, sei es auch nur durch Augensignale, Kopfschütteln oder Mimik. Auf seine Patientenverfügung käme es dabei nicht an, denn diese entfaltet erst in dem Moment ihre Wirkung, in dem der Patient selbst mehr nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern.
3. Es erscheint hier allerdings durchaus als möglich, dass der Patient nicht nur nicht kommunizieren *will*, sondern dies nicht *kann*. In diesem Fall wäre er einwilligungsunfähig, d.h. nicht zu einer eigenverantwortlichen Entscheidung in der Lage. Dann muss die *Ehefrau als Betreuerin* über die Zustimmung zur lebenserhaltenden Maßnahme entscheiden. Der Arzt hat sie deshalb in die Entscheidung über die Behandlung einzubeziehen, sie aufzuklären etc. In diesem Rahmen ist auch ein Gespräch über den (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten zu führen. Dabei wird die Patientenverfügung im Mittelpunkt stehen, ergänzt um weitere Informationen, die die Ehefrau einbringt. Kommen Arzt und Betreuerin gemeinsam zu dem Schluss, dass der Patient in diesem Fall keine weiteren lebenserhal-

² Bundesgerichtshof (BGH), 12. Zivilsenat, Beschluss v. 17.03.2003, XII ZB 2/03, veröffentlicht in: Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen (BGHZ) Bd. 154, S. 205, und Beschluss v. 08.06.2005, XII ZR 177/03, veröffentlicht in: Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 2005, S. 2385. Die Entscheidungen sind auch im Internet verfügbar (www.bundesgerichtshof.de).

tenden Maßnahmen gewünscht hätte, muss auf diese Maßnahmen verzichten und das Behandlungsziel auf palliative Maßnahmen der Sterbebegleitung umgestellt werden. Eine Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht ist nicht erforderlich.

4. Die Ehefrau als Betreuerin ist bei ihrer Entscheidung über die lebenserhaltenden Maßnahmen nach § 1901 Abs. 3 S. 1 BGB an die erklärten Wünsche des Patienten gebunden, insbesondere an eine Patientenverfügung. Im vorliegenden Fall hat der Patient seinen Willen ausführlich dokumentiert. Er hat hier verfügt, dass in einem terminalen Zustand, einschließlich Koma und apallischem Syndrom, der nach ärztlichem Urteil ohne Besserungsaussicht sei, keine Behandlungen erfolgen sollten (bis auf Medikamente, die dem Wohlbefinden oder der Schmerzbehandlung dienen würden), die lebenserhaltend wären, und auch keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erfolgen solle. Trotz ihrer Ausführlichkeit enthält seine Patientenverfügung allerdings keine Erklärung, die den vorliegenden Fall bzw. den derzeitigen Zustand des Patienten unmittelbar erfasst und damit die Entscheidung bereits vorwegnimmt. Seine Ausführungen in der Patientenverfügung sind damit aber nicht irrelevant. Sie geben vielmehr Auskunft über seine Wünsche und Vorstellungen, die als *Indizien* dafür dienen, wie er in der aktuellen Situation entschieden hätte

(mutmaßlicher Wille). Die Ehefrau und Betreuerin des Patienten muss diesen mutmaßlichen Willen zum einen anhand der Patientenverfügung, zum anderen anhand der darüber hinaus in der Vergangenheit von ihrem Mann geäußerten Wünsche und Wertvorstellungen feststellen und dann umsetzen. Das legt das Gesetz in § 1901 Abs. 2 BGB ausdrücklich fest, und zwar unabhängig von der Einhaltung bestimmter Wirksamkeitsvoraussetzungen.

Im Ergebnis zeigt sich im vorliegenden Fall das aus der Praxis hinlänglich bekannte Problem, dass in einer Patientenverfügung regelmäßig zwar vieles geregelt ist, nicht aber der Fall, der schließlich tatsächlich eintritt. Diesem Problem lässt sich in erster Linie durch die Benennung einer Vertrauensperson begegnen, entweder indem man sie mithilfe einer schriftlichen Vorsorgevollmacht zum Gesundheitsbevollmächtigten bestellt, oder indem man mithilfe einer Betreuungsverfügung das Vormundschaftsgericht verpflichtet, sie zum Betreuer zu bestellen.

Anschrift

**Prof. Dr. jur. Volker Lipp,
Dr. Michael Benedikt Nagel**

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht
Zivilprozessrecht und Rechtsvergleichung
Georg-August-Universität
Platz der Göttinger Sieben 6
37073 Göttingen