

Recht und Gesetz

Lebenserhaltung auch gegen den Willen des Betroffenen oder seiner Angehörigen?

I. Einleitung

Durch intensive Medienberichterstattung über die US-Komapatientin Terri Schiavo ist auch in Deutschland das Thema des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen ins Interesse einer breiten Öffentlichkeit gerückt. Solche Fragestellungen beschäftigen aber seit langem auch deutsche Gerichte und berühren in Teilbereichen auch den Rettungsdienst und die Feuerwehr, letztere insbesondere bei „First Responder Einsätzen“.

Dem Recht auf Menschenwürde und Leben in den Artikeln 1 und 2 Abs. 2 des Grundgesetzes folgt auch ein Recht auf einen menschenwürdigen Tod. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der einzelne das Recht hat, über seinen eigenen Tod zu entscheiden, sondern dass er einen Anspruch hat, in Würde und ohne vermeidbare Schmerzen zu sterben. Denn das Grundrecht in Art. 2 Abs. 2 GG schützt die biologisch-physische Existenz, gibt dem einzelnen aber keine Verfügungsmöglichkeit über das eigene Leben¹⁾. Die Abgrenzungen zwischen dem verfassungsrechtlich und strafrechtlich Erlaubten und dem Unzulässigen sind im Grenzbereich schwierig. Immer mehr Patienten und Angehörige lehnen lebenserhaltende Maßnahmen ab oder verlangen sogar aktive Sterbehilfe.

II. Begriffsbestimmung

Zunächst sind folgende Begriffe zu erörtern:

- Tod:

Rechtlich maßgebend ist allein der so genannte Hirntod. Der Hirntod ist der Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Gehirns (Großhirn, Hirnstamm, Kleinhirn). Mit dem Hirntod wird naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod eines Menschen durch ein inneres Todeszeichen festgestellt, da die Herz-Kreislauf-Funktion intensivmedizinisch aufrechterhalten werden kann und sich dann trotz des Todes keine

äußeren Todeszeichen entwickeln (Leichenstarre, Totenflecke). Die Feststellung erfolgt erst nach einer umfassenden Untersuchung. Diese ist in den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes der Bundesärztekammer genau beschrieben²⁾.

- Aktive Sterbehilfe:

Darunter versteht man jede Tötung oder aktive Lebensverkürzung auf den ernstlichen Wunsch des Betroffenen. Hierunter fällt zum Beispiel das Verabreichen oder Injizieren eines tödlichen Giftes.

- Passive Sterbehilfe:

Die passive Sterbehilfe ist der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen bei einem Kranken, dessen Tod unmittelbar bevorsteht.

- Indirekte Sterbehilfe:

Darunter versteht man den Fall, dass eine ärztlich gebotene schmerzlindernde oder bewusstseinsdämpfende Medikation bei einem tödlich Kranken als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge möglicherweise den Todeseintritt beschleunigt.

- Erweiterte Sterbehilfe:

Hierunter versteht man nach der Rechtsprechung einen Behandlungsabbruch, wenn der Patient unheilbar erkrankt ist, aber der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat.

- Betreuungsverfügung:

Über eine Million Bürger stehen in Deutschland unter einer gesetzlichen Betreuung, weil sie aufgrund von einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht in der Lage sind, ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen³⁾. Die Zahl wird wegen der demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und der damit verbundenen starken Zunahme von altersdementen Patienten voraussichtlich weiter stark zunehmen⁴⁾. Von einer Betreuungsverfügung spricht man,

¹⁾ Jarass/Pieroth, Verlag C.H. Beck, GG Art. Rdnr. 44, v. Münch/Kunig GG, Art. 2 Rdnr. 50

²⁾ Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, 3 Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen nach gem. Transplantationsgesetz; <http://www.bundesaeztekammer.de/30/Richtlinien/Richtidx/Hirntod/index.html#Def>

³⁾ § 1896 Abs. 1 BGB: Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. Soweit der Volljährige auf Grund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

⁴⁾ Neben einer erheblichen Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung von 44,8 Jahren für Männer und 48,3 für Frauen (Deutsches Reich 1910) auf 74,0 Jahre für Männer und 80,3 Jahre für Frauen (BRD 1996) ist besonders ein Anstieg des Anteils der Hochbetagten zu verzeichnen: So erreichen gegenwärtig 40,0% der Männer und 61,5% der Frauen das 80. Lebensjahr gegenüber 9,0% der Männer und 12,3% der Frauen im Jahr 1910, das 90. Lebensjahr erreichen immerhin noch 9,2% der Männer und 21,4% der Frauen gegenüber 0,7% bzw. 1,1% im Jahr 1910. – Böckmann, Die Demenzerkrankung als Hauptursache für Vorsorgemaßnahmen, FPR 2004, 646



MIT FEUER-EIFER DABEL.

FAHNEN
RENOVIERUNG
KONSERVIERUNG
FEST- UND
VEREINSBEDARF

Fordern Sie unseren Haupt- oder Flaggenkatalog kostenlos an:
Am Gewerberg 23
84069 Schierling
bei Regensburg
Tel. (0 94 51) 93 13 - 0
Fax (0 94 51) 33 10
E-mail: info@koessinger.com

FAHNEN KÖSSINGER
www.koessinger.com

wenn jemand für den Fall der Einrichtung einer Betreuung für ihn Vorschläge zur Auswahl des Betreuers und gegebenenfalls Wünsche zur Wahrnehmung der Aufgaben durch den Betreuer niederlegt⁵).

- **Patientenverfügung:**

Unter einer Patientenverfügung (auch Patiententestament genannt) ist eine in gesunden Tagen oder zumindest vor dem Terminalstadium einer Erkrankung niedergelegte schriftliche Erklärung eines einsichts- und urteilsfähigen Menschen zu verstehen, die bestimmt, ob und wie der Betreffende in einer näher umschriebenen Krankheitssituation behandelt werden möchte⁶). Sie dient dazu, dass der behandelnde Arzt bei Eintritt einer krankheitsbedingten Entscheidungsunfähigkeit den mutmaßlichen Patientenwillen erforschen muss und dabei Gefahr läuft, Fehlentscheidungen zu treffen. Mit einer Patientenverfügung kann der Patient einer Intensivtherapie und auch eine Reanimation ablehnen. Gesetzlich geregelt ist die Patientenvollmacht bislang noch nicht. Nach einer Umfrage des FORSA befürworten jedoch 91 % aller Deutschen die Einführung einer gesetzlich geregelten und für Rettungsdienst, Ärzte und Gerichte verbindlichen Patientenverfügung⁷). Ein entsprechender Gesetzesentwurf liegt seit dem 1.11.2004 vor.

- **Vorsorgevollmacht:**

Damit bevollmächtigt der Patient eine oder mehrere Personen seines Vertrauens, die im Falle eigener Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit für den Betroffenen rechtswirksam handeln können. Im Gegensatz zur Betreuungsverfügung, bei der beispielsweise bei Fragen über Unterbringung oder Behandlungsabbruch immer die Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes eingeholt werden muss, blieb das Vormundschaftsgericht im Rahmen einer Vorsorgevollmacht außen vor: Der Bevollmächtigte entschied in diesem Fall für den handlungsunfähigen Patienten, nicht die Richter. Diese Rechtslage hat sich jedoch durch die Einfügung des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (BtÄndG), welches am 1. 1. 1999 in Kraft getreten ist, grundlegend geändert. Nach neuem Recht bedarf nunmehr auch der schriftlich Bevollmächtigte zur Einwilligung oder Verweigerung einer Behandlung

oder eines ärztlichen Eingriffs, wenn die in § 1904 Abs. 1 BGB⁸) geschriebenen Gefahren bestehen, der Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes. Letztlich wird damit die Vorsorgevollmacht entwertet und stellt im Ergebnis nichts anderes als eine Betreuungsverfügung dar⁹).

III. Zulässigkeit von Sterbehilfe in Deutschland

a) Aktive Sterbehilfe

Die aktive Sterbehilfe ist immer rechtswidrig und grundsätzlich strafbar. Die Strafbarkeit besteht auch dann, wenn der Betroffene die aktive Sterbehilfe ausdrücklich und ernsthaft verlangt¹⁰). Anders ist die Beihilfe zum Suizid zu werten. Diese ist grundsätzlich straffrei, es kann jedoch ggf. der Fall einer unterlassenen Hilfeleistung vorliegen.

b) Passive Sterbehilfe

Die passive Sterbehilfe kann unter bestimmten Voraussetzungen zulässig und sogar geboten sein. Die Strafjustiz hat die Sterbehilfe auf Fälle beschränkt, in denen feststeht, dass die Krankheit einen irreversiblen und tödlichen Verlauf angenommen hat. Diese Grenzziehung ist für die Zivilgerichte verbindlich. Werde in einem solchen Fall der Tod in kurzer Zeit eintreten, so rechtfertigt die unmittelbare Todesnähe es, von einer Hilfe für den Sterbenden und „Hilfe beim Sterben“, kurz von Sterbehilfe zu sprechen und dem Arzt den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen zu erlauben. Eine sinnlose und nur quälende Weiterbehandlung, die den nahenden Tod nicht verhindern kann, darf abgebrochen werden. Solche Patienten werden aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung im Regelfall ihren Willen nicht mehr kundtun können.

c) Indirekte Sterbehilfe

Nach dem heutigen Stand der Medizin führt eine fachgerechte Schmerz- und Symptomkontrolle in aller Regel nicht zu einer Lebensverkürzung. Dies gilt auch für eine Sedierung in der Finalphase kurz vor dem Tod. Dennoch gibt es Ausnahmefälle, in denen sich eine Lebensverkürzung nicht sicher ausschließen lässt und sie in Kauf genommen werden darf, so dass man von indirekter Sterbehilfe sprechen muss. Auch für diese so genannte indirekte Sterbehilfe besteht eine eindeutige Rechtslage.



Schmerzmittel können Leiden lindern, hoch dosiert aber auch den Eintritt des Todes beschleunigen.

⁵) Vgl. auch § 1901 a BGB

⁶) Hartmann, Patientenverfügung und Psychiatrische Verfügung, Verbindlichkeit für den Arzt?; NSTZ 200,113

⁷) Westfalenpost vom 31.03.2005 unter Bezugnahme auf Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analyse mbH in Dortmund.

⁸) § 1904 BGB § 1904 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in Absatz 1 Satz 1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst.

⁹) vgl. Uhlenbruck Hdb. des Arztrechts, 2. Aufl. [1999], § 58 Rn 7, S. 440; krit. zu dieser Gleichstellung ders. Entmündigung des Patienten durch den Gesetzgeber? ZPR 1998, 46, 47 f

¹⁰) § 216 StGB: Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

Sie ist zulässig. Denn die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ist, wie der Bundesgerichtshof hervorgehoben hat¹¹⁾, ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere so genannten Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen. Die unberechtigte Furcht vor Strafverfolgung gilt als Hindernis bei der Ausschöpfung aller heute möglichen Verfahren zur Reduzierung schwersten Leidens und einer effektiven Schmerz- und Symptombekämpfung bei Todkranken. Der Bericht der Arbeitsgruppe „Würdevolles Sterben“ bei der 75. Konferenz der Gesundheitsminister vom 20./21. 6. 2002 bemängelt den geringen Morphinverbrauch und weist darauf hin, dass Deutschland in der Schmerzbekämpfung weit hinter dem Standard zurückbleibt, der in anderen europäischen Staaten schon seit Jahren erreicht ist¹²⁾.

d) Erweiterte Sterbehilfe

Problematisch ist die erweiterte Sterbehilfe, also Sterbehilfe obwohl der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Der Bundesgerichtshof hat hierfür folgendes festgestellt: Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken. Dabei sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung und die zu erwartenden Leiden zu berücksichtigen¹³⁾. Im Einzelfall werde die Entscheidung auch davon abhängen, wie aussichtslos die ärztliche Prognose und wie nahe der Patient dem Tode sei; je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Wertvorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten sei und je kürzer der Tod bevorstehe, um so eher werde ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen.

Verweigert ein Betreuer bei einem Patienten, der seinen Willen selbst nicht mehr kundtun kann, die Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen, obgleich die obigen Voraussetzungen nicht eindeutig vorliegen, können diese nach § 1846 BGB auch durch das Gericht angeordnet, werden¹⁴⁾.

IV. spezielle Probleme für Rettungsdienst, Notarzt und Feuerwehr

1. Sonderfall Suizidversuch

Beim Suizidversuch spricht eine oberflächliche Betrachtung für die Annahme, der mutmaßliche Wille des Patienten stehe einer Rettung entgegen, da er sterben wolle. Richtig ist jedoch, dass die eintreffenden Kräfte von Feuerwehr und Rettungs-



Reanimation eines Patienten im RTW – für Rettungsassistenten rechtlich immer geboten.

dienst und der Notarzt davon ausgehen müssen, dass der Betroffene sich in einer akuten psychischen Ausnahmesituation befindet und damit auch eine Störung in der freien Willensbildung vorliegt. Ein Absehen von der Rettung und Behandlung bei einem Suizidversuch kommt daher für Feuerwehr, Rettungsdienst und Notarzt grundsätzlich nicht in Betracht. Wird ein bereits bewusstloser Suizident angetroffen, gilt er als normaler Patient¹⁵⁾. Soweit eine intensivmedizinische Betreuung nicht erforderlich ist, wird regelmäßig durch die örtliche Ordnungsbehörde eine Zwangseinweisung nach dem Gesetz

¹¹⁾ BGHSt 42, 301 (305) = NJW 1997, 807; bestätigt in BGHSt 46, 279 (284) = NJW 2001, 1802

¹²⁾ Vgl. Kutzer, Probleme der Sterbehilfe FPR 2004, 683

¹³⁾ BGH NJW 1995, 204, 205 –

¹⁴⁾ Amtsgericht Medebach, 3 XVII S 712 Beschluss vom 16.02.2005

¹⁵⁾ Schönke/Schröder Kommentar zum StGB vor § 211 Rdnr. 46; BGHSt 32, 378



SWISSPHONE

Die SWISSPHONE Interschutzaktion

Die Modelle BOSS 900/920/940

Baustufe DME II, mit DME I Funktion

- 8 RUC, 32 Adressen (BOSS900)
- 32 RIC, 128 Adressen (BOSS920)
- 240 Zeichen Textalarm
- Einhandbedienung
- Programmierung mit Passwort
- EXPRESSALARM uvm.

SP: Becker GmbH & Co KG, Mindener Str. 60, 32479 Hille
Tel.: 05703 516969, Fax.: 05703 516970
Mail: sp-beckerhille@t-online.de

über psychische Krankheiten (PsychKG) in eine geschlossene Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses veranlasst werden.

2. Verweigerung der Behandlung

a) durch Willensbekundung des Patienten

Eine rettungsdienstliche oder ärztliche Behandlung eines Patienten, der in der Lage ist, seinen Willen frei zu bekunden, ist grundsätzlich nicht zulässig, wenn dieser die Behandlung verweigert. Denn jede in die körperliche Unversehrtheit eingreifende Behandlungsmaßnahme ohne ausdrücklich, stillschweigende oder mutmaßliche Einwilligung erfüllt nach ständiger Rechtsprechung den Straftatbestand der Körperverletzung¹⁶⁾. Diese freie Willensentscheidung ist auch dann zu beachten, wenn die Bewusstlosigkeit eintritt und schwere Folgen oder sogar der Tod drohen¹⁷⁾. Dies gilt allerdings regelmäßig nicht beim Einsatz des Rettungsdienstes. Denn die hier gebotene intensive Prüfung, ob der Patient tatsächlich in der Lage ist, seinen Willen frei zu äußern und ob er die Tragweite seiner Entscheidung eigenverantwortlich erkannt hat, wird im normalen Rettungsdiensteinsatz nicht möglich sein. Spätestens wenn der Patient bewusstlos wird, ist deshalb in diesen Fällen von einer mutmaßlichen Einwilligung in alle Maßnahmen auszugehen, mit denen sein Leben noch gerettet werden kann. Ausnahmen können bei sehr gut aus vorherigen Einsätzen oder Behandlungen bekannten Patienten bestehen.

b) durch Patientenverfügung

Im Regelfall werden Feuerwehr, Rettungsdienst und Notarzt im Einsatzfall keine Kenntnis von dem Vorhandensein einer Patientenverfügung erlangen. Im anderen Fall wird zumeist keine Zeit für das Lesen und Bewerten einer Patientenverfügung und die Prüfung ihrer Wirksamkeit vorhanden sein. Letztlich dient die Patientenverfügung nur der Erforschung des mutmaßlichen Willens des Patienten und ist jederzeit widerruflich. Ob der Patient in der akuten Situation seinen Willen nicht geändert hat, ist im Rettungseinsatz nicht zu klären. Von Ausnahmefällen abgesehen, in denen der Patient und sein mutmaßlicher Wille dem Arzt genau bekannt ist, ist die Patientenverfügung für den Rettungseinsatz nach jetziger Rechtslage unbeachtlich. Anderes gilt im Krankenhaus, wenn mit der Patientenverfügung und aus anderen Umständen der mutmaßliche Wille ermittelt werden kann. Eine Weiterbehandlung hat dann zu unterbleiben¹⁸⁾.

c) Verweigerung der Behandlung durch Dritte

Dritte, also auch Ehegatten und Kinder, sind für den Fall, dass der Patient nicht mehr zu Willensäußerungen in der Lage ist, grundsätzlich nicht befugt, für den Patienten eine rechtlich verbindliche Entscheidung zu treffen. Anderes gilt für den durch das Amtsgericht nach § 1896 ff BGB bestellten gesetzlichen Betreuer eines Patienten mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge. Allein auf eine Patientenverfügung kann keine Entscheidung mehr gestützt werden, da mit dem Betreuer der Betroffene seine rechtliche Handlungsfähigkeit wieder erlangt hat¹⁹⁾. Der Betreuer kann eine angebotene lebenserhaltende Maßnahme ablehnen, wenn das Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat und

der Behandlungsabbruch dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen entspricht, der bei Vorhandensein auch unter Berücksichtigung einer Patientenverfügung zu ermitteln ist. Allerdings bedarf er hierzu zwingend der Zustimmung des Gerichtes, das erst nach Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Zeugnisses entscheiden wird. Für den Rettungseinsatz gilt daher auch hier, dass die Verweigerung der Zustimmung eines Dritten grundsätzlich unbeachtlich ist.

3. Rettungslos verlorener Patient

Bei einem rettungslos verlorenen Notfallpatient, bei dem der Tod also unmittelbar bevorsteht, darf und muss von quälenden und sinnlosen medizinischen Maßnahmen abgesehen werden. Zu solchen Maßnahmen gehören Intubation, Druckmassage, Defibrillation und Verabreichung von Adrenalin²⁰⁾. Hier ist vielmehr im Sinne der Menschenwürde eine aktive Schmerzbekämpfung bis hin zur indirekten Sterbehilfe geboten (s.o. II und III c).

Ralf Fischer

Fotos: Löschzug, Bad Fredeburg

¹⁶⁾ Vgl. m.w.N. Tröndle/Fischer § 223 Rdnr. 9 a

¹⁷⁾ OLG München NJW 1987, 2943, Kutzer MDR 85,712).

¹⁸⁾ BGH FGPrax 2003, 161

¹⁹⁾ BGH FGPrax 2003, 161

²⁰⁾ Tries. Sterbehilfe: Rettungsassistenten in der Zwickmühle, Rettungsdienst 2005, 76

Empfehlungen des Landesfachbeirates für den Rettungsdienst zur Einbindung von Einrichtungen der organisierten Ersten Hilfe (Notfallhelfer-Systeme) in Nordrhein-Westfalen

Der Länderausschuss „Rettungswesen“ hat in seiner Sitzung am 10./11.9.2002 unter TOP 21.1 die Empfehlungen „Eckpunkte für örtliche Einrichtungen organisierter Erster Hilfe (Ersthelfer-Systeme)“ verabschiedet, die Mindeststandards beinhalten. In diesem Eckpunktepapier wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es den Ländern überlassen bleibt, wie die Tätigkeit der Ersthelfer in den jeweiligen Ländern im Einzelnen ausgestaltet wird.

Der Landesfachbeirat für den Rettungsdienst hat sich in seiner Sitzung am 9. Mai 2003 unter TOP 3 mit der Thematik „Ersthelfer-Systeme“ befasst und die Bildung einer Arbeitsgruppe unter Vorsitz des Landesfeuerwehrarztes Herrn Dr. Riebandt beschlossen, die Empfehlungen zur Einrichtung von Ersthelfer-Systemen erarbeiten sollte.

Das Innenministerium NRW hat die o.g. Empfehlungen mitgezeichnet.

Es weist ausdrücklich darauf hin, dass Notfall-Systeme weder Teil des organisierten öffentlichen Rettungsdienstes sind noch an dessen Stelle treten. Sie ergänzen diesen lediglich.