

Sterbebegleitung und Patientenwille

Wuppertaler Internisten informierten sich über rechtliche Aspekte beim Umgang mit Patienten am Ende des Lebens

von Jürgen Brenn

Mit dem Thema „Patientenautonomie am Ende des Lebens – Rechte der Patienten und Pflichten der Ärzte“ hatten sich Wuppertaler Internisten ein hoch aktuelles und in der ärztlichen Praxis oft mit Unsicherheiten behaftetes Thema für eine Fortbildung gesucht. „Auf dem diesjährigen Internisten-Kongress in Wiesbaden haben die Delegierten einen ganzen Vormittag über das Thema diskutiert“, berichtete Dr. Johannes Vesper, 1. Vorsitzender der Bezirksstelle Bergisch Land und Vorstandsmitglied der Kreisstelle Wuppertal der Ärztekammer Nordrhein.

Debatte im Bundestag

Der Bundestag debattierte Anfang des Jahres über den Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ zu Patientenverfügungen, der eine gesetzliche Regelung empfiehlt. Der 110. Deutsche Ärztetag in Münster verabschiedete zu dem Thema einen Beschluss, der sich gegen eine umfangreiche rechtliche Regelung der hochkomplexen und individuellen Situationen am Lebensende ausspricht. „(Es) stellt sich die Frage, ob durch eine weitergehende gesetzliche Regelung nicht neue Verunsicherungen im medizinischen Alltag hervorgerufen werden“, heißt es in dem Beschluss.

Aus juristischer Sicht stelle sich die Sachlage nur teilweise klar dar, erklärte Professor Dr. jur. Dirk Olzen vor den Wuppertaler Internisten. Der Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht und Zivilpro-

zessrecht an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf leitet das Institut für Rechtsfragen der Medizin und verfolgt das Thema Patientenwille am Lebensende bereits seit Jahren. „Maßnahmen, die das Sterben erträglich machen“ fallen unter den Begriff der Sterbebegleitung und sind rechtlich unbedenklich.

Ebenfalls klar sei der Fall der aktiven Sterbehilfe. Werden lebensverkürzende Maßnahmen vorgenommen, so unterscheidet der Jurist zwischen gezielter Lebensverkürzung und einer Lebensverkürzung als Nebenfolge etwa einer Schmerzbehandlung, die Olzen als indirekte Sterbehilfe bezeichnet, die gemäß § 34 *Strafgesetzbuch* (Rechtfertigender Notstand) gerechtfertigt sein kann.

Die direkte, aktive Sterbehilfe ist in Deutschland nach § 216 *Strafgesetzbuch* strafbar mit einem Strafmaß zwischen 6 Monaten und 5 Jahren Haft, wenn der Täter durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde (anderenfalls Totschlag nach § 212 *StGB*). Olzen: „Ich glaube, das weiß auch jeder.“ Dagegen abzugrenzen ist die „Beihilfe zum Suizid“, die straflos bleibt. Entscheidend für die Definition sei, dass der Patient die letzte Ausführ-

ung selbst vornimmt. Ausschlaggebend sei „wer die Tatherrschaft hat“, betonte Olzen und erinnerte an den umstrittenen Arzt Julius Hackethal, der in den 80-er Jahren für aktive Sterbehilfe eintrat. Ein Blick ins benachbarte Ausland zeige, dass lediglich in den Niederlanden und Belgien die aktive Sterbehilfe legalisiert ist und in der Schweiz Regelungen zur Beihilfe zur Selbsttötung bestehen. Im übrigen Europa gilt ähnliches Recht wie in Deutschland, so der Rechtsprofessor.

Unter „passiver Sterbehilfe“ versteht der Jurist den „Verzicht oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen“, die unstreitig zulässig sei, wenn der Sterbevorgang eingesetzt hat und lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr medizinisch indiziert sind. In dem Fall ist grundsätzlich nur noch eine Basispflege erforderlich, erklärte Olzen den Wuppertaler Ärztinnen und Ärzten. Aber auch schon vor Einsetzen des Sterbevorgangs ist nach der so genannten Kemptener Entscheidung des Bundesgerichtshofes aus dem Jahr 1995 die passive Sterbehilfe zulässig, wenn die Krankheit einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat, erklärte Olzen. Ein Verzicht auf oder der Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen sei beispielsweise bei dahingehendem Patientenwillen zulässig, wenn der Patient irreversibel bewusstlos und kommunikationsunfähig sei, künstlich beatmet und ernährt werde und bei einer Nichtweiterversorgung der Tod rasch eintritt. Wenn das Einverständnis des Patienten



Professor Dr. jur. Dirk Olzen von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Foto: privat

feststellbar ist, dann ist diese Hilfe zum Sterben nicht strafbar. Olzen: „Das ist unter Juristen Konsens.“

Umstritten sei allerdings die passive Sterbehilfe für den Fall, dass keine irreversible und tödlich verlaufende Krankheit vorliegt. Dieser Fall ist bislang noch nicht höchstichterlich entschieden. Nach Ansicht des Rechtsprofessors ist allein der Wille des Patienten maßgeblich für den weiteren Verlauf der Behandlung. Das ergebe sich aus dem Selbstbestimmungsrecht nach *Artikel 2 Abs. 1* des Grundgesetzes. Kann der Wille des Patienten nicht festgestellt werden, „ist die Weiterbehandlung in jedem Fall geboten“, betonte Olzen.

Eine Schwierigkeit bestehe darin, den Patientenwillen zu ermitteln, wenn der Patient sich nicht mehr äußern kann. Im besten Fall liegt eine ausdrückliche Willenserklärung des Patienten vor, etwa in Form einer Patientenverfügung, oder der Wille des Betroffenen wird glaubhaft von Vertretern des Patienten vorgebracht. Dabei, so betont Olzen, sei es unerheblich, wie viel Zeit zwischen Willensäußerung und Behandlungsfall liegt. Der einmal geäußerte Wille sei solange bindend, bis er vom Betroffenen widerrufen werde. Der häufig von Ärzten geäußerte Einwand, dass sich der Wille des Patienten im Laufe der Zeit doch geändert haben könnte, sei zwar verständlich, besitze juristisch aber keine Bedeutung, meint Olzen: „Als Arzt würde ich mich auf einen klar geäußerten Willen verlassen.“

Mutmaßlicher Wille

Liegt eine Äußerung nicht vor, so muss der behandelnde Arzt den „mutmaßlichen Willen“ zu ermitteln versuchen. Dabei können die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung helfen (*im Internet: www.baek.de/page.asp?his=2.60.3698.3699*). Der Arzt solle bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens zum Beispiel frühere Äußerungen des Patienten, religiöse Überzeu-

gungen, Wertvorstellungen, dessen Einstellung zu Schmerzen und die altersbedingte Lebenserwartung mit berücksichtigen, empfahl Olzen.

Mit Ausnahme des letztgenannten Punktes deckt sich die Liste des Juraprofessors mit den Grundsätzen der Bundesärztekammer. Dabei können Angehörige und Freunde dem Arzt als Auskunftspersonen dienen. Ein Entscheidungsrecht steht ihnen allerdings nicht zu. Nur wenn keine der oben genannten Anhaltspunkte vorliegen, könne als letztes Mittel auf allgemeine Wertvorstellungen zurückgegriffen werden, so Olzen. Allgemeine Wertvorstellungen als Begründung für den Behandlungsabbruch bei einem Patienten heranzuziehen, dessen Tod noch weit entfernt sei, halte er allerdings für sehr problematisch. Grundsätzlich riet der Professor den Medizinerinnen: „Habe ich keine klare Willensäußerung, würde ich als Arzt weitermachen.“

Verfügungen und Betreuer

Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht sind Möglichkeiten des Betroffenen, für den Fall vorzusorgen, dass er seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann. Mittlerweile sei es unumstritten, dass eine Patientenverfügung bindende Wirkung hat, wobei die Form einer solchen Verfügung nicht geregelt sei. Nicht einmal die Schriftform oder eine Unterschrift ist zwingend erforderlich, was allerdings zur Glaubhaftigkeit einer solchen Verfügung wesentlich beitragen kann, sagte Olzen. So sei aus ärztlicher Sicht auch ein weiterer Sicherheitsaspekt, wenn die Unterschrift unter der Verfügung regelmäßig erneuert wurde und der Patient damit deutlich macht, dass er seine Willensäußerung immer noch aufrechterhält, auch wenn die Patientenverfügung bereits Jahrzehnte alt ist.

Ist ein Betreuer eingesetzt, so muss sich der Arzt nach den Entscheidungen des Betreuers richten. Dieser wiederum muss sich nach

dem Willen des Patienten richten und dessen Willen Geltung verschaffen. Entsprechendes gelte auch für den Vorsorgebevollmächtigten, erklärte Olzen. Im Unterschied zum explizit geäußerten Willen eines Patienten kann der Betreuer gestützt auf den mutmaßlichen Willen des Patienten keinen Behandlungsabbruch verlangen, wenn das Grundleiden möglicherweise reversibel ist, betonte Olzen.

Bietet der Arzt eine weitere Behandlung an und verweigert der Betreuer diese, kommen die Vormundschaftsgerichte ins Spiel, gleich ob der Wille des Patienten feststellbar ist oder nicht. Zwar hat der Bundesgerichtshof nur den Fall für den feststellbaren Patientenwillen entschieden, aber ein „Erst-Recht-Schluss“ legt nahe, dass auch bei einem nicht feststellbaren Patientenwillen das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden muss. Aber „generell ist das Vormundschaftsgericht nicht zur Kontrolle über ärztliches Verhalten beim Behandlungsabbruch berufen“, stellte der Jurist klar. Bestehe aus medizinischer Sicht kein Anlass zur Weiterbehandlung, so könne der Arzt ohne Einbeziehung des Betreuers oder Vormundschaftsgerichts die Behandlung abbrechen.

Die Wuppertaler Ärztinnen und Ärzte gaben zu bedenken, dass in der Praxis Patientenverfügungen den Willen nicht immer klar ausdrücken. In diesem Fall rät der Jurist, weitere Anhaltspunkte wie religiöse Überzeugungen mit in die Betrachtung einzubeziehen. Zwar hatte auf Nachfrage keiner der anwesenden Ärztinnen und Ärzte bisher juristische Probleme im Zusammenhang mit der Behandlung Sterbender oder todkranker Menschen gehabt. Einer der Internisten stellte dennoch fest, dass Mediziner in solchen Situationen sehr vorsichtig seien und meist weiterbehandeln würden, weil der eindeutige Wille selten feststellbar sei. Der Juraprofessor aus Düsseldorf versuchte die Praktiker mit der Feststellung zu beruhigen: „Die Angst vor Strafbarkeit ist unter Ärzten übertrieben groß.“