

## Stellungnahme zum BGH-Urteil vom 25. Juni 2010 in Sachen „Sterbehilfe“

### I Das BGH-Urteil enthält formaljuristische und inhaltliche Anteile

Formaljuristisch hatte der BGH-Urteil über das strittige Verhalten der Tochter und des Rechtsanwaltes einer Patientin im Wachkoma zu entscheiden.

Inhaltlich war über die Bewertung des Verhaltens als „aktive“ (strafbare) oder „passive Sterbehilfe“ zu entscheiden.

### II Was ist neu? Was wurde geklärt, was bleibt ungeklärt?

- 1.) Der Wille des Patienten ist entscheidend und bereits mit dem Nürnberger Ärztekodex (1947) festgeschrieben worden: Ohne Einwilligung, keine Behandlung, kein Versuch! Der Wille des Patienten ist ausschlaggebend (Prinzip der *Willensautonomie* – bei bestehendem Fürsorgegebot durch die behandelnden Ärzte). Dies wurde durch das Urteil nochmals bestätigt. Der Patientenwille setzt dem ärztlichen Fürsorgegebot eine Grenze.
- 2.) Dies festzustellen, war spätestens seit dem im September 2009 verabschiedeten Patientenverfügungsgesetztes klar. Dazu bedurfte es dieses BGH-Urteils nicht.
- 3.) Im Falle einer Zustimmungsunfähigkeit bei „Nichteinwilligungsfähigen“ wie bei „Bewusstlosigkeit“ oder „Demenz“ gilt der in gesunden Tagen mündlich oder schriftlich erklärte Wille, z.B. in Form einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht.
- 4.) Wenn keine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorliegt, gilt der *mutmaßliche Wille*. Dieser muss durch mündliche oder schriftliche Zeugnisse z.B. persönliche Wertvorstellungen, individuell und konkret (auf die tatsächliche spätere Situation bezogen) nachweisbar sein (Höfling 2005/2007)<sup>1</sup>. Darin kann ein Behandlungsverzicht zum Ausdruck gebracht werden, der der tatsächlichen Situation entspricht (Prinzip des mutmaßlichen Willens).
- 5.) Demgegenüber ist bei „Nichteinwilligungsfähigen“ für Pflegende, Therapeuten und Ärzte in Pflegeeinrichtungen, Palliativ- und Frührehabstationen nicht selten ein *körpersprachlicher Lebenswille* erkennbar, der empathisch wahrgenommen und in den Dialog mit dem Kranken einbezogen wird. Die Pflegende wissen durch Erfahrung, was dem Kranken gut tut und was nicht. Sie haben im alltäglichen Umgang mit dem Kranken seine Körpersemantik zu entschlüsseln gelernt und kennen seine persönlichen Vorlieben in konkreten Pflege- und Lebenssituationen.<sup>2</sup> Der beobachtbare körpersprachliche Ausdrucksverhalten widerspricht nicht selten dem in gesunden Tagen geäußerten oder schriftlich festgelegten Patientenwillen. Diese konkreten, individuellen Erfahrungen von Pflegefachkräften, Therapeuten und Ärzten (und auch vielen pflegenden Angehörigen) werden in der öffentlichen ethischen Debatte und Rechtsprechung vernachlässigt. (Prinzip der *essenziellen Willensautonomie*, des *natürlichen Willens*, des *Körperwillens* und *–bewusstseins*).

<sup>1</sup> Höfling, W. (Hrsg.): Das sog. Wachkoma. Juristische, medizinische und ethische Aspekte. Münster: Lit-Verlag 2005

<sup>2</sup> vgl. Zieger, A.: Autonomes Körper selbst im Wachkoma - Wahrnehmen, Erleben und Körpersemantik. In: Ingensiep, H.W., Rehbock, T. (Hrsg.): "Die rechten Worte finden..." Sprache und Sinn in Grenzsituationen des Lebens. Würzburg: Königshausen & Neumann 2009, S. 237-246; ders.: Körpersemantik und körpernaher Dialogaufbau mit Menschen im Koma und Wachkoma. in: Kammerer, Th. (Hrsg.): Traumland Intensivstation, Veränderte Bewusstseinszustände und Koma. Interdisziplinäre Expeditionen. Norderstedt: Books on Demand 2006, S. 73-88

- 6.) Die erfahrenen Begleitpersonen werden bei der Ermittlung des individuellen und konkreten mutmaßlichen Willens ihrer Kompetenz als Erfahrene der Entschlüsselung der Körpersprache ihrer Schutzbefohlenen im Klärungs- und Entscheidungsprozess übergeben. Als nahe stehende Personen, die im vertrauten Umfeld der Kranken arbeiten, empfinden sie eine Dominanz der Stärkeren (Juristen, Gesetzgeber, Ärzte) gegenüber den Schwachen (Patient, Angehörige, nahe stehende Begleitpersonen wie Pflegende, Therapeuten, Ärzte, Betreuungsteam).
- 7.) Im Verlauf einer Erkrankung kann sich der ehemals in gesunden Tagen erklärte Wille ändern oder in sein Gegenteil verwandeln. Das **ethische Dilemma** setzt dann ein, wenn eine Patientenverfügung zu einem Behandlungsverzicht vorliegt, aber das körpersprachliche Verhalten des Patienten dem Umfeld Wohlbefinden und Lebenswillen signalisiert.
- 8.) Entscheidend bei „Nichteinwilligungsfähigen“ ist demnach, a.) wie der mutmaßliche Wille individuelle (unter Einbeziehung des Behandlungs- und Betreuungsteams) ermittelt und konkretisiert wird und b.), ob und wie der *natürliche Lebenswille* (essenzielle Willensautonomie) sich äußert und in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbezogen wird. (Prinzip der Partizipation aller erfahrener Kundigen, eine Teamentscheidung).
- 9.) Menschen im Wachkoma sind nicht per se „irreversibel“ schwerkrank, totkrank oder sterbend. Im Einzelfall kann die Prognose nicht „mit zweifelsfreier Sicherheit“ festgestellt werden: Es gibt nicht nur Langzeitüberlebende von mehreren Jahrzehnten (Lebenswille?), sondern auch (wenige) Patienten mit später Erholung (z.B. Terry Wallice mit nachweisbaren Hirnveränderungen (Umstruktuerungen, Neubildungen funktioneller Hirnsysteme), die die Besserung in der modernen Bildgebung anzeigen. Da sich bei Patienten/Menschen im Wachkoma neuerdings absichtsvolles inneres Vorstellen und Verhalten (auf äußere Instruktionen) in ca. 10 Prozent von als wachkomatös diagnostizierten Pflegeheimbewohnern mittels der neuen Bildgebung (bei einer klinisch ohnehin schon bekannten Fehldiagnoserate von bis zu 40 Prozent!) nachweisen lassen, kann inneres Wahrnehmen, Erleben und Empfinden nicht zweifelsfrei ausgeschlossen werden, auch bei Langzeitkranken.
- 10.) Schließlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass im Wachkoma sich die vormalige Meinung zu Leben und Sterben geändert hat und bei zufriedenstellender Pflege (und Ernährung) Menschen im Wachkoma leben wollen wie dies eine häufige Beobachtung in Pflegestationen und frührehabilitativen Einrichtungen ist.<sup>3</sup>

### III Absehbare Folgen des BGH-Urteils:

- 1.) Es ist absehbar, dass das BGH-Urteil die Schwelle unter den Bedingungen von Kostendruck und Personalmangel in den Krankenhäusern zum ärztlich induzierten Behandlungsverzicht.
- 2.) Was geschieht zukünftig mit den zahlreichen nichteinwilligungsunfähigen Schwerkranken auf den Intensivstationen?
- 3.) Welches Potenzial an Selbstjustiz eröffnet sich durch die in der öffentlichen Interpretation konstruierte Beurteilung des BGH-Urteils?
- 4.) Was bedeutet das BGH-Urteil für das öffentliche „Ansehen“ bestimmter Krankheitsbilder? Da das Gebot der Einwilligung in eine Behandlung unabhängig von der Art oder dem Stadium einer Erkrankung gilt, sind lediglich durch das Kriterium der Nichteinwilligungsfähigkeit und die juristisch unbefriedigende Konstruktion des mutmaßlichen Willens in den letzten Jahren Menschen im Wachkoma, im Locked-in-Syndrom oder in Demenz einseitig im ethischen

---

<sup>3</sup> Zieger, A.: Leben im Wachkoma – Mythos und Lebenswirklichkeit. In S. Graumann & K. Grüber (Hrsg.). Grenzen des Lebens. Münster: Lit-Verlag 2007, S. 105-120

Diskurs hervorgehoben und in gewisser Weise gebrandmarkt worden. (Prinzip der Stigmatisierung von Randgruppen).

- 5.) Die Diagnose „Wachkoma“ ist nicht gleichbedeutend, dass die im Wachkoma lebenden Menschen nicht mehr leben wollen. Es wird jedoch im öffentlichen Diskurs als allgemeines Werturteil (Übertragung) häufig und quasi automatisch unterstellt, dass die betroffenen Menschen nicht mehr leben wollen, eine Art öffentlicher Vorverurteilung. Die Erfahrung in der Betreuung dieser Menschen besagt häufig das genaue Gegenteil, nämlich, **dass diese Menschen einen starken Lebenswillen zeigen**. Das gilt auch für andere Krankheitsbilder, die mit „Nichteinwilligungsfähigkeit“ einhergehen.
- 6.) Der Grundsatz „Im Zweifel für das Leben“ (Lebenserhalt) ist daher unbedingt zu berücksichtigen.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Zieger, A.: Palliative Care bei Menschen im Wachkoma. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, Ch. (Hrsg.): Palliative Care. 3. Aufl., Heidelberg: Springer 2009, S. 322-329