

**Diplomarbeit**

**Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten  
im Lichte richterlicher Entscheidungen**

eingereicht von  
**Christian Regvar**  
Mat.Nr.: 0230811

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde  
(Dr. med. univ.)**  
an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der  
**Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin**

unter der Anleitung von  
**Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll**

Graz, am 09.09.2011

### Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer andern Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Graz, im September 2011

Unterschrift

Aus stilistischen Gründen und aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

## **Danksagungen**

An dieser Stelle möchte ich meinem Betreuer Herrn Ao. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll von ganzem Herzen danken. Ohne seine Hilfe, Motivation und vor allem ohne sein Interesse an diesem Thema, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Auch für die Bereitstellung seiner äußerst umfangreichen Literatursammlung sei ihm sehr gedankt.

Ein weiteres Dankeschön gebührt den Herren Mag. jur. Patrik Just und cand. jur. Armin Nuart für ihre Hilfestellung, Erklärung und Einführung in die rechtlichen Grundlagen und sonstigen spezifischen Rechtsfragen.

Auch allen anderen Personen, die durch umfangreiche Diskussionen und Stellungnahmen wesentlich zur Entstehung dieser Diplomarbeit beigetragen haben, bin ich zu Dank verpflichtet.

Nenazadjne se iz srca zahvalujem pri moji družini, ki mi je vsa leta z podporo in s pomočjo omogočila moj študij. Hvala vam!

## **Zusammenfassung**

Die Tatsache und die damit verbundene Problematik, dass Patienten jahrelang im Wachkoma liegen, sind nicht neu. Durch den Fortschritt der präklinischen Versorgung und der immer komplexeren und besseren Möglichkeiten der intensivmedizinischen Versorgung, gelingt es, Patienten wiederzubeleben, am Leben zu erhalten und auch wieder, mit oder ohne neurologisches Defizit, in die Gesellschaft einzugliedern. Trotzdem kommt es vor, dass die cerebrale Schädigung so groß ist, dass Patienten im vegetativen Status verbleiben.

Wie soll nun mit Patienten verfahren werden, die jahrelang im Wachkoma liegen, zu einem früheren Zeitpunkt ein solches Leben aber abgelehnt haben? Wer darf oder soll diese ethisch schwierige Entscheidung treffen, die in letzter Konsequenz das Ende eines Lebens bedeuten kann? Ist es medizinethisch vertretbar, aufgrund von Patientenverfügungen gewisse Maßnahmen am Patienten zu unterlassen oder bei aussichtslosem Zustand mit gewissen Maßnahmen nicht mehr zu beginnen (z.B. Verzicht auf eine Antibiotikatherapie bei multimorbiden Intensivpatienten)? Ein Patient, der sich im Wachkoma befindet, ist aber medizinisch gesehen in keinem akut lebensbedrohlichen Stadium, sondern bis auf seine künstliche Ernährung selbstständig (ohne maschinelle Unterstützung -> Beatmung, Leber- bzw. Nierenersatztherapie etc.) lebensfähig.

Immer wieder kommt es also vor, dass sich die behandelnden Ärzte und Angehörigen in einem rechtlichen Graubereich befinden, wenn sie dem Willen des Patienten nachkommen wollen.

Es gibt leider keine verbindliche Rechtsnorm, welche die Änderung des Therapieziels ausreichend regelt.

Verschiedene ärztliche Vereinigungen (z.B. die deutsche Bundesärztekammer) haben zwar Richtlinien veröffentlicht, nach welchen der Wille des Patienten bzw. der mutmaßliche Wille ermittelt werden kann. Die Entscheidungsfindung zur Einstellung der künstlichen Ernährung ist dennoch keine juristisch klar definierte Angelegenheit.

Der BGH Karlsruhe hat im Juni 2010 ein Urteil gefällt, in dem anhand eines konkreten Falles entschieden wurde, dass zwischen dem „Nichtergreifen“ und dem „Beenden“ einer bereits begonnenen Maßnahme kein Unterschied gemacht werden darf, sofern dies dem Willen des Patienten entspricht.

Inwiefern Gerichte geeignet sind, derartige Fragen (ethisch und rechtlich) umfassend zu klären, soll anhand von ausgewählten Fallbeispielen untersucht werden.

## **Abstract**

Since the clinical presentation of a vegetative state is known, it is associated with juridical problems.

Through the improvement of medical care in first aid, pre-clinical and critical care medicine, it is possible to resuscitate people, who would have died some time ago.

Depending on the sustained cerebral damage, the later life differs. Some patients can lead an independent life without neurological problems others stay in a vegetative state for a lifetime.

What should happen to patients who are in a persistent vegetative state for years, but have always declined such a life? Who is allowed or should make decisions for these patients? Is it ethically correct to refrain from medical actions due to advance directives? Is it acceptable to dispense the beginning of different measures at a patient in a hopeless state (e.g. Renunciation of antibiotic therapy in multi-morbid intensive care patients)? These decisions are ethically very difficult because they may cause the end of life.

In addition, a patient in a vegetative state is not in an acute life-threatening situation, but is up on the artificial diet independently viable.

It often happens that doctors and family members act in a juridical border area, if they want to fulfill the will of the patient.

Unfortunately there is no binding legal norm, which sufficiently controls the change in a therapy goal.

Although there are different rules to determine the will or to get to know the presumed will of the patient, but the decision to stop the artificial nutrition is not clearly defined.

In June 2010, the BGH in Karlsruhe has reached a revolutionary judgement. This decision was based on a concrete case. It was concluded that no difference should be made between the "non-taking" and the "end" of the initiated measure, if this is the patients will.

How far courts are suitable to resolve such issues (ethically and legally), should be examined on the base of selected cases.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagungen .....	4
Zusammenfassung .....	5
Abstract.....	6
1.Einleitung .....	9
2.Begriffsklärungen und Definitionen.....	10
2.1 Der Tod als fortschreitender Prozess.....	10
2.2 Wachkoma .....	11
2.2.1 Verlauf.....	12
2.2.2 Prognose .....	13
2.3 Künstliche Ernährung.....	14
2.3.1 PEG-Sonde .....	15
2.4 Selbstbestimmung, Autonomie.....	16
2.5 Patientenverfügung.....	17
2.6 Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft.....	20
2.7 Sterbehilfe.....	22
2.7.1 Aktive Sterbehilfe.....	22
2.7.2 Passive Sterbehilfe.....	22
2.7.3 Indirekte Sterbehilfe .....	23
2.7.4 Änderung des Therapieziels .....	23
2.7.4.1 Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden.....	24
3. Situation in Österreich, Deutschland und der Schweiz .....	26
3.1 Österreich .....	26
3.2 Deutschland .....	27
3.2.1 Der Fall Kempten .....	29
3.2.2 BGH – Urteil vom 25. Juni 2010.....	33
3.2.3 Bedeutung des BGH Entscheides .....	34

3.3 Schweiz.....	36
4. Entscheidungsfindung .....	38
5. Fallbeispiele.....	41
5.1 Der §1904 BGB.....	42
5.2 Patientenfälle .....	44
5.2.1 Fall 1 abgelehnt .....	44
5.2.2 Fall 2 abgelehnt .....	45
5.2.3 Fall 3 abgelehnt .....	46
5.2.4 Fall 4 angenommen .....	47
5.2.5 Fall 5 abgelehnt .....	47
5.2.6 Fall 6 abgelehnt .....	48
5.2.7 Fall 7 abgelehnt .....	49
5.2.8 Fall 8 angenommen .....	50
5.2.9 Fall 9 angenommen .....	51
5.2.10 Fall 10 abgelehnt .....	52
5.2.11 Fall 11 abgelehnt .....	53
6.1 fMRI-Studie.....	55
6.2 Diskussion der richterlichen Entscheidungen .....	56
6.2.1 Bemerkungen zu angenommenen Anträgen.....	58
6.2.2 Bemerkungen zu abgelehnten Anträgen.....	58
6.3 Therapieverzicht ICU vs. Wachkoma .....	59
7. Abkürzungsverzeichnis .....	61
8. Literaturverzeichnis.....	62

## 1. Einleitung

Der Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten wirft eine Reihe von Fragen auf. Steht für die Angehörigen vor allem die psychische Belastung im Vordergrund, so sind für das medizinische Personal zusätzlich noch rechtliche Fragestellungen relevant.

Durch den Fall der Italienerin Eluana Englaro im Jahr 2009 hat das Thema Medienpräsenz erhalten und eine aktuelle Ethikdiskussion ausgelöst.

Die prinzipielle Problematik ergibt sich vereinfacht gesagt aus dem Fehlen eines verbindlichen „Behandlungsabbruchsgesetzes“. Durch das Fehlen einer verbindlichen gesetzlichen Norm basiert jede Entscheidung, für eine Änderung des Therapiezieles bei Patienten mit apallischem Syndrom, nur auf Basis von Richtlinien, Leitfäden und höchstgerichtlichen Entscheidungen. Da sich höchstgerichtliche Entscheidungen immer nur auf konkrete Einzelfälle beziehen, ist eine Verallgemeinerung solcher Entscheidungen problematisch.

In der vorliegenden Arbeit werden die rechtliche Situation bzw. die jeweiligen Handlungsleitfäden in Österreich, Deutschland und der Schweiz dargestellt. In der Diskussion wird versucht, anhand ausgewählter gerichtlicher Entscheidungen bzw. Beschlüsse, Gemeinsamkeiten, Unstimmigkeiten und Gründe für den jeweiligen Entscheidung zu finden. Haben die Gerichte ihre Entscheidungen nachvollziehbar getroffen? Sind höchstgerichtliche Entscheidungen für alle (künftigen) Fälle gültig bzw. anwendbar? Gibt es Ereignisse oder Tatsachen in Patientengeschichten, die eine Entscheidung erleichtern?

Am 25. Juni 2010 hat der BGH in Karlsruhe ein Grundsatzurteil gefällt. Kommt diesem Urteil in Zukunft eine große Bedeutung zu? Hätten in der Vergangenheit Richtersprüche anders gelaundet, wenn dieses Urteil schon existent gewesen wäre?

Aus heutiger Sicht kann ein allgemein gültiges Vorgehenskonzept aufgrund der Komplexität und Differenziertheit der einzelnen Patientengeschichten nicht erwartet werden.

## **2. Begriffsklärungen und Definitionen**

### **2.1 Der Tod als fortschreitender Prozess**

Aus heutiger Sicht ist der Tod ein fortschreitender Prozess. Am Beginn dieses Prozesses steht ein plötzlicher Herzkreislaufstillstand. Der Herzkreislaufstillstand führt zum Sistieren der Blutzirkulation und somit zum Verlust der Versorgung des gesamten Körpers mit verschiedenen lebenswichtigen Substanzen und verhindert den Abtransport von schädlichen Stoffwechselprodukten. Diese Phase des Sterbeprozesses ist mit Hilfe einer Reanimation reversibel. Hier gilt allerdings als Voraussetzung, dass eine reversible Ursache für den Herzkreislaufstillstand gefunden und behoben werden kann. Diese reversiblen Ursachen werden von den ERC Guidelines 2010 als die 4 H's und 4 T's bezeichnet (Hypovolämie, Hypoxie, Hyper-/Hypokaliämie, Hypothermie; Thrombembolie, Intoxikation, Tamponade, Tension). [35]

Ein Ausbleiben der Reanimation führt zum sicheren Tod.

Das zentrale Geschehen dieses Prozesses ist das irreversible Erlöschen der gesamten Funktion des Gehirnes, ab diesem Zeitpunkt ist der Tod nicht mehr abzuwenden. Der pathophysiologische Mechanismus ist immer ein Sauerstoffmangel im gesamten Gehirn.

Ein Ausfall der Organversorgung führt zum Ausfall der spezifischen Funktion dieses Organs. Wird innerhalb einer sogenannten Ischämiezeit keine Organversorgung hergestellt, führt dies zum irreversiblen Zelluntergang und Funktionsausfall der betroffenen Organe. Die Toleranz der einzelnen Organe und Gewebe gegenüber Sauerstoffmangel ist unterschiedlich. So reagieren zum Beispiel Gehirn und Herz sehr empfindlich auf eine Hypoxie. Die Wiederbelebenszeit, also die Zeit, in welcher es möglich ist, das Organ ohne Schäden wieder zu aktivieren, beträgt beim Gehirn nur etwa 4-6 Minuten.

Bradytrophe Gewebe, wie zum Beispiel Knorpelzellen, tolerieren eine vielfach längere Zeitdauer eines Sauerstoffmangels.

Diese Zeit ist allerdings auch von anderen Umständen wie Körpertemperatur, Alter oder Vorschädigung der Organe abhängig. Wird das Gehirn eines Patienten so schwer geschädigt, dass dieser Patient noch Hirnströme hat, der Cortex des Gehirnes (niedrigste Ischämietoleranz aller Gewebe) seine Funktion aber nicht wieder aufnimmt, so wird dies als Dekortikationssyndrom bezeichnet. Dieser Patient ist somit Apalliker. [13,14]

Zusammenfassend möchte ich die möglichen Folgen bzw. Gegebenheiten nach einem Herzkreislaufstillstand festhalten:

- Patient überlebt ohne neurologisches Defizit
- Patient überlebt mit neurologischem Defizit, ist in seinem alltäglichen Leben in gewisser Weise eingeschränkt
- Patient überlebt mit größtem noch tolerierbarem neurologischem Defizit, Patient befindet sich im Wachkoma
- Patient verstirbt

## 2.2 Wachkoma

Synonym: apallisches Syndrom, Coma vigilé, vegetative state

Ernst Kretschmer beschrieb es 1940 in folgender Weise: *„Der Patient liegt wach da, mit offenen Augen. Der Blick starrt geradeaus oder gleitet ohne Fixationspunkt verständnislos hin und her. Auch der Versuch, die Aufmerksamkeit hinzulenken gelingt nicht oder höchstens spurenweise; Ansprechen, Anfassen, Vorhalten von Gegenständen erweckt keinen sinnvollen Widerhall. ... Im Gegensatz dazu kann das elementare Irradiieren unverarbeiteter und ungebremster Außenreize enorm gesteigert sein, sodass sensible Reize mit Zuckungen beantwortet werden können. Trotz Wachsein ist der Patient unfähig zu sprechen, zu erkennen und sinnvolle Handlungsformen in erlernter Art durchzuführen.“*

Definition:

Als apallisches Syndrom wird ein Krankheitsbild bezeichnet, bei dem ein Patient wach zu sein scheint, jedoch nicht in der Lage ist, mit seiner Umgebung bewusst Kontakt aufzunehmen. Das apallische Syndrom (Coma vigilé) ist durch einen Großhirn-Ausfall bei intakter Hirnstammfunktion gekennzeichnet. Die vegetativen Funktionen (Schlaf-Wach-Rhythmus, Atmung, Herz-Kreislauf) sind intakt, das Bewusstsein, sowie Emotionen einschließlich aller kognitiven Funktionen sind ausgeschaltet.

Augenbewegungen sind ziellos, eine Kontaktaufnahme mit dem Patienten ist nicht möglich. [1,2,3]

Als Ursache des apallischen Syndroms gilt eine ausgedehnte Schädigung des Marklagers, der Thalami oder des Hirnstamms, meist als Folge eines traumatischen Mittelhirnsyndroms

oder einer globalen cerebralen Hypoxie. Zu dieser Hypoxie kommt es zum Beispiel nach schweren Schädel-Hirn-Verletzungen, schweren Vergiftungen oder in Folge einer Reanimation. [2,3]

Diagnose:

Zur einheitlichen Diagnosestellung des apallischen Syndroms gibt es durch die Multi-Society-Task-Force on PVS entwickelte diagnostische Kriterien:

- den vollständigen Verlust von Bewusstsein über sich selbst oder die Umwelt und die Fähigkeit zu kommunizieren,
- den Verlust zu willkürlichen oder sinnvollen Verhaltensänderungen infolge externer Stimulation,
- den Verlust von Sprachverständnis und Sprachproduktion
- Blasen- und Darminkontinenz,
- einen erhaltenen Schlaf- / Wachrhythmus,
- weitgehend erhaltene Hirnstamm-, spinale-, hypothalamische- und autonome Reflexe [3,4,5]

### **2.2.1 Verlauf**

Es besteht oft eine Beuge- oder Streckspastik der Extremitäten, was im weiteren Verlauf zu Versteifungen an den betroffenen Gelenken führen kann. Nahrungsaufnahme ist nur über eine Sonde möglich.

In Folge der neurologischen Funktionsausfälle ergeben sich für den Patienten wesentliche Beeinträchtigungen.

Eine wesentliche Beeinträchtigung stellt die Schluckstörung (Dysphagie) dar. Aufgrund der Beeinträchtigung von Schluck-, Husten- und Würgereflex, ist ein normaler Schluckakt nicht mehr möglich.

Aufgrund der Schluckstörung stellt die Aspiration eine große Gefahr dar. Unter Aspiration wird das Eindringen von Nahrung, Speichel oder Magensaft in die Atemwege verstanden. Dies wiederum kann zu einer Lungenentzündung (Aspirationspneumonie) führen.

Eine Aspiration, bei welcher der Schluckakt von außen normal aussieht, aber der Hustenreflex nicht vorhanden ist, wird als stille Aspiration bezeichnet.

Die Aspirationspneumonie ist von klinischer Relevanz, da sie die häufigste Form der Pneumonie ist, die Mortalitätsraten zwischen 20% und 62% liegen und es bei 40% der Patienten zu einer stillen Aspiration gekommen ist. Die Wahrscheinlichkeit an einer Pneumonie zu erkranken, nimmt mit dem Ausmaß der Schluckstörung zu. Das Risiko eine Pneumonie zu entwickeln, ist für Patienten im Rahmen einer stillen Aspiration 13-mal höher als bei Patienten mit normalem Schluckverhalten. [6]

### **2.2.2 Prognose**

Grundsätzlich bedarf es einer Definition der Prognose eines Wachkomapatienten.

Unter Prognose einer Krankheit oder deren Verlauf können sowohl Überlebenszeit wie auch Veränderungen des jetzigen Zustandes verstanden werden. Die Frage nach der Lebenserwartung eines Patienten im vegetative state wird hier nicht beantwortet, sondern nur kurz gestreift. Im Zusammenhang mit einer Therapiezieländerung ist die Prognose in Hinblick auf Verbesserung des Zustandes, also das Erwachen aus dem Koma bzw. das Wiedererlangen bestimmter Fähigkeiten, von Bedeutung.

Der individuelle Krankheitsverlauf bei Wachkomapatienten ist äußerst unterschiedlich. Es gibt immer wieder Berichte über das Erwachen nach jahrzehntelangem Koma. [44]

Eine prospektive Studie [41] hat gezeigt, dass für den Krankheitsverlauf und das Erwachen eines Patienten, die Ätiologie und das Alter des Betroffenen eine wichtige Rolle spielen. Ist die Ursache für die Hirnschädigung und das Koma eine traumatische, so besteht ein signifikanter Unterschied in der Wahrscheinlichkeit des Erwachens, im Vergleich zur hypoxischen Schädigung des Gehirns als Auslöser eines Wachkomas. Die größte Wahrscheinlichkeit, wieder aus einem vegetativen Status zu erwachen, haben demnach junge Patienten mit einem Trauma in der Anamnese.

Die möglichen Erklärungen für diesen Umstand sind vielfältig.

Zum einen ist das Alter der Patienten, welche durch ein Schädelhirntrauma ins Wachkoma fallen, meist niedrig. Somit liegen auch noch keine altersbedingten, atrophischen Organschäden vor, welche eine Erholung erschweren würden.

Bei hypoxischen Prozessen kommt es zum Untergang von Zellen im Cortex, welche nicht mehr die Tendenz zur Regeneration besitzen. Bei hämorrhagischen Prozessen wird die Perfusion gewisser Hirnareale unterbrochen und bei Rekanalisation besteht eventuell die Möglichkeit zur Regeneration.

Auch in der unter 6.1 fMRI-Studie vorgestellten Studie sind die Untersuchungsergebnisse so zu interpretieren, dass die Tendenz oder die Möglichkeit einer Regeneration von Nervenzellen im Gehirn von der Anamnese, dem Alter des Patienten und der Dauer im Wachkoma abhängt. Eine Aktivität von Hirnarealen bei dieser Untersuchung konnte nur bei traumatisch geschädigten jungen Patienten, nicht aber bei älteren Patienten oder einem hypoxischen Prozess in der Anamnese gefunden werden.

## **2.3 Künstliche Ernährung**

Wie aus dem Verlauf eines apallischen Syndroms hervorgeht, nimmt die Nahrungsaufnahme bzw. Nahrungszufuhr einen zu Recht beträchtlichen Stellenwert in der Pflege bzw. Therapie eines Wachkomapatienten ein.

Da das Essen und Trinken bei einer Vielzahl von Wachkomapatienten nicht mehr auf natürlichem Wege möglich sind, behilft man sich in diesen Fällen mit künstlicher Ernährung.

Die Möglichkeit der künstlichen Ernährung repräsentiert ein wesentliches Entscheidungskriterium für die Justiz, wenn es um die Beurteilung der Frage geht, ob die Nahrungszufuhr aufrecht zu erhalten oder einzustellen ist.

Die Gründe für die Ernährung des Wachkomapatienten per Sonde sind seine Unfähigkeit zur eigenständigen und gefahrlosen Nahrungsaufnahme. Durch den abgeschwächten Schluck- und Hustenreflex bei oraler Nahrungsaufnahme, besteht die Gefahr zu aspirieren und infolge dessen Lebensgefahr.

Unter dem Begriff „künstliche Ernährung“ wird in dieser Arbeit nur die Ernährung von Patienten verstanden, welche nicht mehr fähig sind, sich selbst zu ernähren.

Dabei wird ein Teil des Weges, den die Nahrung im Körper nimmt, durch Schläuche bewältigt.

Prinzipiell kann man auch noch zwischen enteraler und parenteraler Ernährung unterscheiden, allerdings hat die parenterale Ernährung bei Wachkomapatienten für die Dauerpflege keine Bedeutung.

### 2.3.1 PEG-Sonde

Die heute am häufigsten angewandte Technik der künstlichen Ernährung erfolgt mittels PEG-Sonde (perkutan endoskopische Gastrostomie). Die Sonde kann - ohne großen operativen Eingriff - durch eine Gastroskopie in den Magen oder Dünndarm gelegt werden. Die Anlage einer PEG-Sonde wird bei Patienten angewendet, wo eine längere Liegedauer abzusehen ist. Über die PEG-Sonde können dem Betroffenen Flüssigkeit, speziell zubereitete Kost und industriell gefertigte Sondennahrung zugeführt werden. Auch die Zufuhr von Medikamenten ist mittels Sonde möglich. Für kurzfristige Sondenernährung wird auf transnasale Sonden zurückgegriffen. Weitere Vorteile der PEG-Sonde sind die geringe Aspirationsgefahr und der Zeitaufwand, welcher von den Pflegenden für das Verabreichen von Nahrung aufzuwenden ist.

Vereinfacht dargestellt, wird dies wie folgt durchgeführt. Unter gastroscopischer Kontrolle wird nach Lokalanästhesie eine Sonde von außen in den Magen eingeführt, darin platziert und so befestigt, dass die Sonde nicht herausrutschen kann. Nach Anlage erfolgt üblicherweise eine Lagekontrolle. Die künstliche Ernährung kann etwa einen Tag nach der Anlage beginnen.

Das apallische Syndrom stellt mit einer Vielzahl anderer Erkrankungen eine Indikation zur Anlage einer PEG-Sonde dar. Es muss sichergestellt sein, dass die Resorptionsfähigkeit und die Motilität des Gastrointestinaltraktes aufrechterhalten bleiben.

Perkutan-endoskopische-Sonden können gastral, duodenal oder jejunally platziert werden.

Die Applikation der Nahrung kann auf unterschiedliche Weise erfolgen; zum Beispiel mittels Spritze, Schwerkraftüberleitung oder mittels Ernährungspumpe. Die Entscheidung darüber, welches Verfahren angewendet wird, ist individuell zu treffen. Bei der Auswahl der Methode sind auch pflegerische Aspekte zu berücksichtigen.

Für die Liegedauer und Komplikationsarmut sind das Pflegen der Sonde und der Wunde am Bauch, bestimmend. Eine PEG-Sonde kann prinzipiell so lange belassen werden, wie sie benötigt wird. [7,8]

## 2.4 Selbstbestimmung, Autonomie

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass die in dieser Arbeit behandelten Themen, Normen und Richtlinien sich ausschließlich auf das Thema der Diplomarbeit beziehen bzw. nur soweit erörtert werden, wie dies zum allgemeinen Verständnis erforderlich ist.

Beauchamp & Childress, definierten die Autonomie als eines von vier Prinzipien der *mittleren Ebene*, wie folgt: Verpflichtung, die individuelle Persönlichkeit und deren Recht auf unabhängige Selbstbestimmung zu respektieren, wenn es um ihre eigenen Lebensprojekte und um ihre eigene physische und psychische Integrität geht. [45]

Jeder Patient hat prinzipiell das Recht, selbst einer medizinischen Behandlung zuzustimmen oder diese abzulehnen. Eine Einwilligung ist als zwingende Voraussetzung für die Zulässigkeit jeder Behandlung notwendig. Diese Behandlung muss aber auch einem rechtlich anerkannten Zweck dienen. Daher gilt auch, dass der behandelnde Arzt seinen Patienten vor Beginn seines Tuns über das geplante Vorgehen zu informieren hat und sich die Zustimmung für seine geplante Tätigkeit einholen muss. Nach §110 Abs. 1 ÖStGB ist strafbar, wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt. Der Patient hat also ein aktuelles Vetorecht, aufgrund dessen er zwar jegliche Behandlung verweigern, aber nicht jede von ihm gewünschte Behandlung erzwingen kann.

Ein weiterer bedeutender Aspekt ist der Absatz 3, der besagt, dass „*Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen.*“ ist. [10]

Der Aspekt, dass nicht jede vom Patienten gewünschte Behandlung erzwungen werden kann, ist deswegen von Bedeutung, da es im Zusammenhang mit der Problematik der letzten Lebensphase bzw. eines Behandlungsabbruches, durchaus Kontaktpunkte zu den Paragrafen 77, 78 des ÖStGB (Tötung auf Verlangen, Mitwirkung am Selbstmord) geben kann. [9, 10, 11]

Das Selbstbestimmungsrecht, jede Behandlung zu verweigern, impliziert jedoch auch das Recht, im Zustand der Einwilligungsfähigkeit Verfügungen zu treffen, die zu einem späteren Zeitpunkt – nämlich genau dann, wenn keine aktuelle Willenserklärung möglich ist – bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen (z.B.: hochgradige Demenz, irreversibles Wachkoma, Multimorbidität etc.) dem Behandlungsteam die Vornahme bestimmter Eingriffe (z.B.: das Legen einer PEG-Sonde) oder auch nur die Fortführung bestimmter Maßnahmen (z.B.: künstliche Ernährung) untersagen. [9]

## 2.5 Patientenverfügung

Anmerkung:

Die Zitate, Verweise bzw. Quellen in folgendem Kapitel beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf das Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006 (Literaturverzeichnis [11]). Zur besseren Lesbarkeit werden die Paragraphen in runden Klammern nach einem Absatz angegeben.

Eine Patientenverfügung ist eine einseitige Willenserklärung des Patienten, in welcher er bestimmt, wie im Falle seiner Urteilsunfähigkeit vorzugehen ist.

In Österreich ist die Patientenverfügung durch ein Bundesgesetz (das Patientenverfügungs-Gesetz PatVG) geregelt. Auch Deutschland und die Schweiz verfügen über solche gesetzlichen Regelungen.

Eine Patientenverfügung kann nur höchstpersönlich im urteilsfähigen Zustand errichtet werden. (§3 PatVG)

Man unterscheidet zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen. Eine verbindliche Patientenverfügung setzt voraus, dass alle abgelehnten medizinischen Handlungen konkret beschrieben sind. (§4 PatVG)

Zusätzlich wird laut §5 eine umfassende ärztliche Aufklärung, einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Maßnahmen für die medizinische Behandlung verlangt. Der aufklärende Arzt hat auch zu dokumentieren, warum der Patient nach Aufklärung den Umfang und die Folgen der von ihm unterzeichneten Patientenverfügung richtig einschätzt. Um alle Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung zu erfüllen, ist eine zusätzliche Aufklärung über die Rechtsfolgen beim Notar, Rechtsanwalt oder einer rechtskundigen Person der Patientenanwaltschaft erforderlich.

Die Gültigkeit einer verbindlichen Patientenverfügung beläuft sich auf 5 Jahre. Nach Wiederholung der entsprechenden formalen Schritte kann die Patientenverfügung wiederum für die Dauer von 5 Jahren erneuert werden.

Nach Ablauf der Gültigkeit oder bei nicht entsprechender Einhaltung der gesetzlich vorgegebenen Formalitäten ist eine Patientenverfügung als beachtlich zu betrachten.

Je mehr Kriterien einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt sind, umso mehr ist dieser beachtlichen Verfügung Aufmerksamkeit zu schenken. (§9 PatVG)

Im Paragraph 10 wird festgelegt, wann eine Patientenverfügung ihre Wirksamkeit verliert. Dies ist einerseits der Fall, wenn sie der Patient selbst widerruft, was zu jedem Zeitpunkt

möglich ist. Andererseits, wenn „1. sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde, 2. ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder 3. der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat.“ (§10 PatVG)

Es ist in diesem Zusammenhang wichtig darauf hinzuweisen, dass Patienten darüber verfügen können, dass sie auf alle lebenserhaltenden Maßnahmen verzichten. Sie können aber nicht erklären, dass sie auf Verlangen getötet werden sollen, da dies im Widerspruch zu den Bestimmungen des §77 ÖStGb steht.

Von großer Bedeutung ist das Verhalten im Notfall, welches im §12 geregelt wird. „Dieses Bundesgesetz lässt medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.“ (§12 PatVG)

#### Erläuterungen zum Patientenverfügungsgesetz

Der §12 ist von besonderer Bedeutung, da somit alle Ärzte, welche in einer Notfallsituation lebenserhaltende oder lebensverlängernde Handlungen setzen, vom Gesetz geschützt sind.

Gerade aus der Anwendung des §12 ergibt sich die Problematik dieser Diplomarbeit. Hätten sich zum Zeitpunkt des Notfalls alle Beteiligten im Wissen einer Patientenverfügung an diese gehalten, wäre der Patient X damals nach seinem Wunsch verstorben und würde jetzt nicht aufgrund seines apallischen Syndroms auf die Entscheidung des Richters warten müssen, da ja eigentlich diese Situation nie hätte auftreten können.

In der Praxis ist die Patientenverfügung im stationären Bereich, wo Patientenakten entsprechend markiert und vor allem auch schnell verfügbar sind, ein sinnvolles und anwendbares Instrument zur Patientenautonomie. In Notfallsituationen ist ihre Bedeutung aufgrund mangelnder Verfügbarkeit und eingeschränkter zeitlicher Ressourcen gering.

Ein wesentlicher Aspekt der Patientenverfügung ist der persönliche Wille des betroffenen Patienten. Egal ob beachtlich oder verbindlich ist dieser Wille bei allen Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen.

Welche Folgen ergeben sich aus der Nichtbeachtung einer Patientenverfügung?

Diese Frage ist insofern nicht einfach zu beantworten, da es bis dato in Österreich noch keine oberstgerichtliche Entscheidung gibt, deren Begründung richtungsweisend wäre.

Fakt ist, dass sich ein Arzt, wenn er einer verbindlichen Patientenverfügung wissentlich keine Beachtung schenkt, durch den §110 ÖStGB schuldig macht.

Der §110 ÖStGB regelt die sogenannte eigenmächtige Heilbehandlung und sieht eine Strafe vor, wenn jemand einen anderen, ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt. [10]

Im Absatz 3 heißt es, dass *nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten* der Täter zu verfolgen ist. Dadurch, dass es sich in diesem Fall nicht um ein Officialdelikt, sondern nur um ein Privatanklagedelikt handelt, stellt sich wiederum die Frage, ob jemand, der nun lebt, weil er behandelt worden ist, den Schritt zu einer Klage setzt. Zusätzlich sei noch angemerkt, dass sich die Richter in einem derartigen Fall wohl auf den Schutz eines höheren Gutes „das Leben“ berufen könnten.

## 2.6 Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft

Eine medizinische Behandlung ohne Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters ist grundsätzlich rechtswidrig. Ausgenommen sind hier Notfallsituationen. [22]

Daraus ergibt sich, dass es für den Fall von dem Recht, selbst in eine Behandlung einzuwilligen, nicht mehr Gebrauch machen zu können, weil der Patient zum Beispiel nicht mehr handlungsfähig ist, eine Möglichkeit geben muss, Einwilligungen zu erlangen.

Mit Vorsorgevollmachten und Sachwalterschaften wird geregelt, wer für Patienten, die selbst nicht mehr handlungsfähig sind, bestimmte Entscheidungen treffen darf. In Österreich gibt es seit 1. Juli 2007 das Sachwalteränderungsgesetz, in dem diese Thematik geregelt ist.

Ein Sachwalter wird vom Gericht bestellt um die Angelegenheiten von psychisch kranken oder geistig behinderten (auch altersdementen) Menschen, die sich sonst nicht selbst oder nicht ohne die Gefahr eines Nachteils für sich selbst, helfen können, zu regeln. [18, 19]

Einem Sachwalter werden vom Gericht gewisse Aufgabenbereiche („Einkommens- und Vermögensverwaltung“, „Vertretung gegenüber Behörden“, „Zustimmung zu Heilbehandlungen“...) übertragen. Für diese Aufgabenbereiche ist der Sachwalter der gesetzliche Vertreter des Betroffenen. Der Sachwalter hat dabei das Wohl des Pflegebefohlenen bestmöglich zu fördern. (§275 SWRÄG) [19]

Ein Sachwalter braucht für den Fall einer „schwerwiegenden“ Behandlung die Zustimmung eines weiteren Arztes bzw. des Pflegegerichtes. Eine solche schwerwiegende Behandlung liegt dann vor, wenn sie gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder Persönlichkeit verbunden ist. Auch das Legen einer PEG-Sonde wird zu dieser Art von Behandlung gezählt. [22]

Verweigert ein Sachwalter pflichtwidrig eine medizinische Behandlung, darf sich der behandelnde Arzt nicht einfach darüber hinwegsetzen, sondern es ist das Gericht zu konsultieren, welches danach von Amts wegen vorzugehen hat. [22]

Eine Vorsorgevollmacht ist eine Vollmacht, die ihrem Inhalt nach dann wirksam werden soll, wenn der Vollmachtgeber die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine Äußerungsfähigkeit verliert. (§284f SWRÄG) [19]

Eine Sachwalterschaft kann durch eine Vorsorgevollmacht weitgehend vermieden werden.

Im §268 des SWRÄG wird explizit geregelt, wann es unzulässig ist, einen Sachwalter zu bestellen und hier wird darauf verwiesen, dass dies bei Vorhandensein einer Vorsorgevollmacht der Fall ist.

Der wesentliche Unterschied zwischen Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung ist, dass in der Vorsorgevollmacht nicht alle medizinischen Maßnahmen im Detail angeführt werden müssen. [26]

Eine Vorsorgevollmacht muss eigenhändig oder vor Zeugen verfasst werden, um Gültigkeit zu haben. Ein Bevollmächtigter sowie auch ein Sachwalter darf in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung zu einer Krankenanstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung stehen, in der sich der Vollmachtgeber aufhält oder von der dieser betreut wird. [19]

## **2.7 Sterbehilfe**

Wenn man sich mit der Thematik eines Behandlungsabbruches oder anders ausgedrückt, mit der Änderung des Therapiezieles bei Patienten mit apallischem Syndrom auseinandersetzt, kommt man zwangsläufig mit dem Begriff der Sterbehilfe in Berührung. Unter dem Begriff Sterbehilfe versteht man Handlungen, die gewollt den Tod einer Person herbeiführen. Mit dem Begriff Sterbehilfe werden sowohl aktive, passive und indirekte Sterbehilfe bezeichnet. Eine Unterscheidung dieser drei Arten ist allein schon deshalb erforderlich, da die gesetzlichen Grundlagen in einzelnen Ländern sehr unterschiedlich sind. Länder, wie zum Beispiel die Schweiz oder die Beneluxstaaten, haben Sterbehilfe in gewissem Ausmaß unter bestimmten Voraussetzungen legalisiert.

Anmerkung:

Für das Kapitel Sterbehilfe und dessen Unterkapitel gilt, dass nur Sterbehilfe gemeint ist, die dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Systematische Euthanasie-Programme, wie in Zeiten des Nationalsozialismus, werden hier nicht behandelt.

### **2.7.1 Aktive Sterbehilfe**

Unter aktiver Sterbehilfe oder Euthanasie versteht man eine direkte Beendigung des Lebens, wobei der Tod gezielt durch aktives Handeln herbeigeführt wird. Die aktive Sterbehilfe ist nur in den Beneluxländern erlaubt. In Österreich würde diese Art der Sterbehilfe unter die Begriffe „Tötung auf Verlangen“ (§77 ÖStGB) oder „Beihilfe zum Selbstmord“ (§78 ÖStGB) fallen und ist daher eine Strafhandlung. Ebenso stellt sich die Situation in Deutschland und der Schweiz dar. [9,15,16]

### **2.7.2 Passive Sterbehilfe**

Passive Sterbehilfe ist die gewollte Herbeiführung des Todes, indem lebensverlängernde Behandlungen oder Maßnahmen nicht begonnen, nicht weitergeführt, nicht intensiviert oder abgebrochen werden. Da in diesem Fall der Tod nicht durch aktives Zutun eintritt, sondern durch Passivität (Nichtstun), ist auch der Begriff passives Sterbenlassen richtig. [15, 17]

Unter den Begriff der passiven Sterbehilfe fallen somit

- Verzicht auf oder Abbruch einer Beatmung oder Intubation,
- Verzicht auf oder Abbruch einer Dialyse,
- Verzicht auf eine Reanimation oder deren Abbruch vor Eintritt des Hirntodes,
- Verzicht auf oder Abbruch einer künstlichen Ernährung, Flüssigkeitszufuhr oder Medikamentengabe. [17]

Besitzt ein Patient eine Patientenverfügung, in der er festgelegt hat, dass er eine lebensverlängernde Behandlung ablehnt, entspricht dies nicht einer passiven Sterbehilfe, sondern es handelt sich aufgrund der Patientenautonomie um eine Selbstbestimmung. [17]

### **2.7.3 Indirekte Sterbehilfe**

Man versteht unter dem Ausdruck indirekte Sterbehilfe die in Kauf genommene Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer Schmerzbekämpfung oder Symptomkontrolle.

Die sogenannte terminale Sedierung erfüllt die Kriterien der indirekten Sterbehilfe.

Der Begriff indirekte Sterbehilfe scheint der aktiven Sterbehilfe auf den ersten Blick sehr ähnlich, doch ist die primäre Intention der Verabreichung eines Medikamentes eine andere. [9,15]

### **2.7.4 Änderung des Therapieziels**

Aufgrund der oben genannten rechtlichen Rahmenbedingungen wird klar, dass die Änderung des Therapiezieles im vegetativen Status nicht beliebig erfolgen kann und auch die Möglichkeiten, falls es überhaupt zu diesem Schritt kommt, sehr eingeschränkt sind. In allen Fällen, mit denen sich die vorliegende Arbeit beschäftigt, wird als endgültige Handlung des Therapieabbruchs die Nahrungszufuhr über die PEG-Sonde eingestellt. Der Tod tritt dann üblicherweise innerhalb einiger Tage ein. In der Literatur wird ein Zeitraum von etwa 8 bis 21 Tagen für das Überleben ohne Nahrung und Flüssigkeit genannt. Dieser Zeitraum ist allerdings sehr stark von den äußeren Umständen, sowie dem allgemeinen Gesundheitszustand des Betroffenen, abhängig. [39]

Die Einstellung der Nahrungszufuhr erfolgt in allen beschriebenen Fällen. Die Fortführung oder Einstellung der Hydrierung erfolgt in differenzierten Vorgehensweisen. Die Überlebenszeit kann sich bei Nahrungsrestriktion, aber bei aufrechter Flüssigkeitszufuhr, verlängern. [39]

#### **2.7.4.1 Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden**

Eine Thematik, auf die man zwangsläufig trifft, wenn es um den Behandlungsabbruch bei Patienten mit apallischem Syndrom geht, welcher ja das Einstellen der Nahrungszufuhr bedeutet, ist die Flüssigkeitsgabe. Im Konkreten stellt sich die Frage, ob die Flüssigkeitszufuhr trotz Nahrungsrestriktion aufrechterhalten bleiben soll oder auch diese eingestellt wird.

Das Substituieren von Flüssigkeit in der terminalen Phase ist eine Thematik, welche auch Palliativmediziner beschäftigt, wenn es darum geht zu entscheiden, ob man Patienten in ihren letzten Tagen oder Stunden Flüssigkeit geben soll oder nicht. Fakt ist, dass es keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse gibt, welche sich klar für oder gegen Flüssigkeitsgabe bei Sterbenden aussprechen.

Den Patienten der Palliativmedizin in der terminalen Phase seines Lebens und den Wachkomapatienten, dessen Therapieziel geändert wurde, unterscheidet prinzipiell sein Ausgangspunkt bzw. anders ausgedrückt, seine Vorerkrankungen.

Handelt es sich bei Palliativpatienten vorzugsweise um Krebspatienten oder Patienten mit chronischen Erkrankungen am Ende ihres Leidensweges, wo der Tod in einem abzusehenden Zeitraum eintreten wird und definitionsgemäß keine kurative Therapie mehr erfolgsversprechend ist, so wird beim Apalliker der Zeitpunkt des Eintritts in diese letzte Phase vom behandelnden Team bestimmt. Ein weiterer, nicht unwesentlicher Unterschied ist die Genese einer Hypervolämie bei Palliativpatienten.

Die Tatsache, dass es sich bei Patienten einer palliativmedizinischen Einrichtung großteils um Patienten handelt, die sich in einem weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Krebserkrankung befinden, legt auch die Vermutung nahe, dass bei diesen Patienten ein Flüssigkeitsdefizit durch Erbrechen und Durchfall als Nebenwirkung einer Therapie oder als Symptomenkomplex der eigentlichen Erkrankung zustande gekommen ist.

In allen Fällen sollte die Entscheidung, ob Flüssigkeit in der terminalen Phase gegeben wird, individuell und vor allem im Team, unter Berücksichtigung des Patientenwillens, getroffen werden. Wie bei so vielen Entscheidungen, die direkt oder indirekt das Ableben

eines Patienten zur Folge haben, ist es wichtig, dass das gesamte behandelnde Team aus Ärzten, Pflegeern und Angehörigen zu dieser Entscheidung steht und auch alle über wesentliche Folgen oder Umstände aufgeklärt sind.

Ein Volumendefizit manifestiert sich durch Symptome wie Durstgefühl, Mundtrockenheit und Müdigkeit. Kleinere Studien an Palliativpatienten haben gezeigt, dass das subjektive Durstempfinden bei Patienten in der Terminalphase unabhängig von einer parenteralen Flüssigkeitszufuhr, immer gleich bleibt. Gezeigt wurde allerdings auch, dass durch einfaches Befeuchten der Mundschleimhäute das subjektive Durstgefühl bei diesen Patienten in der Terminalphase gelindert werden konnte. Durch diese Hypovolämie, welche, im Fall eines Wachkomapatienten dessen Therapieziel geändert wurde, eher durch eine Flüssigkeitsrestriktion als durch vermehrten Verlust zustande kommt, wird auch die Osmolalität beeinträchtigt, was wiederum dazu führt, dass Zellfunktionen im gesamten Organismus wie auch im Zentralnervensystem herabgesetzt werden. Als Folge dieser beeinträchtigten Zellfunktionen im ZNS kommt es zu einer Somnolenz, welche in ein Koma übergeht.

In der Palliativmedizin geht man auch aus anderen Gründen dazu über, die Flüssigkeitszufuhr einzuschränken. Durch die Hypovolämie kommt es zu einem Ausschütten von Endorphinen, welches zu einem geringeren Schmerzempfinden und zu einer verminderten pulmonalen Sekretion führt. Dadurch kommt es seltener zu Atemnot und auch das sogenannte „Death rattle“, wie auch den Körper stark belastende Ödeme kommen seltener vor.

Kritiker wiederum behaupten, der Endorphinausstoß sei erst durch das Leiden des Patienten (Schmerz, Durst etc.) getriggert. [36,37,38]

Wie bei allen Entscheidungen am Lebensende gilt auch hier, individuell vorzugehen. Der Wille des Patienten ist oberstes Gebot. Eine derart folgenschwere Entscheidung ist im Team zu treffen und von diesem zu verantworten. Aus wissenschaftlicher Sicht spricht derzeit nichts für oder gegen eine aufrechterhaltene parenterale Flüssigkeitszufuhr bei Patienten im vegetativen Status, deren Ernährungszufuhr man bereits beendet hat.

### **3. Situation in Österreich, Deutschland und der Schweiz**

Im folgenden Abschnitt wird die unterschiedliche Vorgehensweise bei der Therapiezieländerung eines Patienten mit apallischem Syndrom in drei deutschsprachigen Ländern erörtert.

Das Problem wird von der ärztlichen Aufgabe, Patienten unter Beachtung ihres Willens am Leben zu halten, ihre Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen, sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen, begleitet. Diese ärztliche Verpflichtung Leben zu erhalten besteht also nicht unter allen Umständen. [23]

Für Deutschland und die Schweiz werden Richtlinien regionaler Gesellschaften zur Vorgehensweise behandelt. Patientenverfügungen gibt es in allen drei Ländern, doch sind die Voraussetzungen unterschiedlich.

In Deutschland gibt es auch Höchstgerichtsurteile, welche sich mit der Problematik des Behandlungsabbruches auseinandersetzen. Diesen Urteilen werden in diesem Abschnitt eigene Kapitel gewidmet.

#### **3.1 Österreich**

Wie verhält es sich in Österreich wenn angedacht ist, das Therapieziel eines Patienten im Wachkoma zu ändern?

Für Personen, die eine Patientenverfügung erstellt haben, gibt es in Österreich als Grundlage das PatVG, in welchem geregelt ist, was an Behandlung abgelehnt wird. Näheres siehe Kapitel 2.5 Patientenverfügung.

Für den Fall, dass der Patient keine Patientenverfügung besitzt, bleibt dem behandelnden Arzt die Möglichkeit, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu erheben. Wie im Kapitel 4 erläutert, muss der Arzt anhand von Aussagen des Hausarztes, von Freunden und der Familie des Betroffenen eruieren, was der Betroffene in der jetzt vorliegenden Situation gewollt hätte.

Herbert Watzke, Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft, meint in [26], dass sich aus den Aussagen des Patientenumfelds ein "uniformes, nachvollziehbares Bild" ergeben muss. Andernfalls gilt "in dubio pro vita" ("im Zweifel für das Leben"). Der Arzt muss demnach seinem "normalen ärztlichen Heilungsauftrag" nachkommen. Er kann nur

dann die Behandlung abbrechen, wenn er weiß, dass sie sinnlos geworden ist. Aber "Sinnlosigkeit hat viele Dimensionen", betont Watzke. [26]

Wie schon oben in den entsprechenden Kapiteln beschrieben, ist die aktive Sterbehilfe in Österreich verboten. Das Unterlassen der Ernährung mittels Sonde gilt aber als Verzicht auf eine Behandlung, welches erlaubt ist.

In Österreich besteht Behandlungspflicht. Ein Abbruch und das Unterlassen von ärztlichen Handlungen sind in Österreich als gleichwertig anzusehen. Unterlassen werden können Handlungen nur dann, wenn sie sich gegen den Willen des Patienten richten, der Patient bereits hirntot ist, wenn die Indikation zu einer Handlung fehlt und wenn Aussichtslosigkeit besteht. [47]

In einem OGH Urteil aus dem Jahr 2008 wurde im Zusammenhang mit der Klärung, ob ein Erbwürdigkeitsgrund vorliegt, das Problem der Sterbehilfe behandelt. In diesem Urteil wurde festgehalten, dass wenn der Patient keine lebensverlängernden Maßnahmen wünscht und somit der Ehemann, welcher in diesem Fall der Angeklagte war, dem Willen der Patientin nachkommt, es sich um kein strafbares Verhalten handelt und somit auch keine Erbwürdigkeit vorliegt. Der OGH merkt aber auch an, dass, wenn kein mutmaßlicher Patientenwille eruierbar ist, im Zweifel für das Leben des Patienten zu entscheiden ist, da hier dann die vorliegende passive Sterbehilfe unter Strafe steht. [46]

Die sogenannte "eigenmächtige Heilbehandlung", also das Behandeln gegen den Willen des Patienten, ist in Österreich per Gesetz untersagt. (siehe dazu Kapitel 2.5 Patientenverfügung, §110 ÖStGB). Der Behandlungsabbruch auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten ist im Gegensatz dazu zwar erlaubt, aber nicht dezidiert per Gesetz geregelt. [26]

## **3.2 Deutschland**

Die Bundesärztekammer Deutschland hat Grundsätze veröffentlicht, die ein Sterben in Würde ermöglichen sollen. Es geht um Verhaltensweisen bei Patienten mit infauster Prognose, die Begleitung von Sterbenden und nicht zuletzt um die Behandlung von Patienten mit schwerster cerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit.

In diesen Grundsätzen wird klargestellt, dass Patienten mit apallischem Syndrom, wie alle anderen Patienten, ein Recht auf Behandlung und Pflege haben. Es wird klargestellt, dass lebenserhaltende Therapie und gegebenenfalls künstliche Ernährung geboten sind, sofern der Wille oder der mutmaßliche Wille des Patienten beachtet wird. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. [23]

Das Patientenverfügungsgesetz in Deutschland zeigt insofern Schwächen, als dass Patientenverfügungen zwar theoretisch verbindlich sind, aber juristisch nicht bescheinigt sein müssen. [26]

Patientenverfügungen stellen somit, aufgrund ihrer Eigenschaften als individuelle, schriftliche oder mündliche, formfreie Willensäußerung nur eine wesentliche Hilfe für den behandelnden Arzt dar. [23]

Die sogenannte aktive Sterbehilfe ist auch in der Bundesrepublik Deutschland per Gesetz verboten.

Die deutsche Bundesärztekammer betont in ihren Grundsätzen, dass Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden dürfen. [23]

Ein Grundsatz des ärztlichen Handelns ist auch, Menschen am Ende ihres Lebens beizustehen und zu helfen, so gut als nur möglich. Der behandelnde Arzt ist also dazu verpflichtet, so zu helfen, dass Sterbende unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können. Die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr können im Sterbeprozess eine schwere Belastung darstellen. [23]

Am 25. Juni 2010, verkündete der BGH in Karlsruhe ein Urteil, bzw. hob die vom LG Fulda ausgesprochenen Strafen gegenüber zwei Personen, wegen des Durchtrennens einer Magensonde, auf.

Durch dieses Urteil ist in Deutschland nunmehr Rechtssicherheit geschaffen worden. Näheres zu diesem Urteil bzw. dessen möglichen Folgen in der Zukunft, siehe im entsprechenden Kapitel (3.2.2 BGH – Urteil vom 25. Juni 2010).

### 3.2.1 Der Fall Kempten

Am 13. September 1994 hat der BGH in Deutschland das Urteil eines Landesgerichtes aufgehoben, in dem es zu Freisprüchen von Angeklagten gekommen war, die eine Sondenernährung einstellen wollten.

Die Vorgeschichte:

Eine 72-jährige Dame litt an einem ausgeprägten hirnorganischen Psychosyndrom im Rahmen einer präsenilen Demenz mit Verdacht auf Alzheimer-Krankheit. Im September 1990 erlitt die Patientin einen Herz-Kreislaufstillstand. Die Dame konnte zwar erfolgreich reanimiert werden, doch blieben aufgrund des vorübergehenden Sauerstoffmangels im Gehirn schwerste irreversible cerebrale Schäden zurück. Aufgrund ihrer Schluckunfähigkeit, welche auf dieses Ereignis zurückzuführen ist, wurde eine Ernährung mittels Magensonde notwendig. Die Betroffene war seit Ende 1990 nicht mehr ansprechbar, geh- und stehunfähig und eine Reaktion auf optische oder akustische Reize konnte lediglich mit Gesichtszuckungen oder Knurren der betroffenen Patientin wahrgenommen werden. Trotz regelmäßiger Physiotherapie kam es zu Kontrakturen an den Gliedmaßen. Der Zustand der Patientin veränderte sich auch über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren nicht. Der Angeklagte Dr. T. betreute die Patientin über diesen Zeitraum einmal wöchentlich. Dr. T. schlug dem Sohn der Patientin, welcher als Betreuer bestellt war, Anfang des Jahres 1993 vor, aufgrund keiner zu erwartenden Besserung, die künstliche Ernährung mittels Sonde einzustellen und stattdessen nur mehr Tee zuzuführen. Der Tod der Patientin würde dann in einigen Wochen eintreten, ohne dass die Patientin leiden müsse. Nach Beratungen mit dem Umkreis seiner Familie, entschloss sich der Sohn im März 1993 dem Vorschlag Dr. Ts zuzustimmen. Auch eine Aussage der Betroffenen, die sie acht bis zehn Jahre vorher im Rahmen einer Fernsehsendung über Kontrakturen und Wundliegen getroffen hatte, „so nicht enden zu wollen“ spielte in dieser Entscheidung eine Rolle.

Nach der gemeinsamen Entscheidungsfindung ordneten der behandelnde Arzt Dr. T. und der Sohn der Betroffenen dem Pflegepersonal an, die künstliche Ernährung einzustellen. Die Pflegedienstleitung des Heimes, in welchem die Patientin gepflegt wurde, schaltete jedoch das Vormundschaftsgericht ein, welches die Genehmigung zum Einstellen der Sondenernährung jedoch versagte. Nach weiteren Einsprüchen des Dr. T., die alle

abgelehnt wurden, gab dieser die Behandlung der Betroffenen an einen weiteren Arzt ab. Dr. T. und der Betreuer wurden wegen versuchten Totschlags angeklagt.

Die Patientin verstarb am 29. Dezember 1993 an den Folgen eines Lungenödems. [30]

Durch das Landesgericht Kempten wurden beide Angeklagten wegen versuchten Totschlages verurteilt.

Der Bundesgerichtshof allerdings hob dieses Urteil mit der Begründung des Vorliegens einer mutmaßlichen Einwilligung auf.

Der Begriff bzw. das Vorhandensein eines mutmaßlichen Patientenwillens wurde somit bereits 1994 vom BGH in das Urteil eingebracht.

Der BGH bezog sich damals auf die Richtlinien der Bundesärztekammer. Die wesentlichen Entscheidungen des BGH im Urteil von Kempten lauten:

- „ 1. 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.*
- 2. An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen. Hierbei kommt es vor allem auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.*
- 3. Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willen des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.“ [30]*

Die wesentlichen Neuerungen oder Erkenntnisse aus diesem Urteil sind die Unabhängigkeit des Behandlungsabbruches vom Erkrankungsstadium und das Einbringen der allgemeinen Wertvorstellungen bei der Ermittlung des Willens des Betroffenen.

In einer derart sensiblen und intimen Lebensphase sind die Achtung von religiösen und individuellen Werten für das Umfeld, die Familie und die gesellschaftliche Gruppe, welcher der Betroffene zugehörig ist, von äußerster Wichtigkeit. Das Problem, das sich in diesem Zusammenhang ergibt, ist die Frage, wer diese allgemeinen Wertvorstellungen definiert. Wenn diese Wertvorstellungen rein theologisch geprägt sind, sind dann bei verschiedenen Glaubensrichtungen des Patienten und des behandelnden Personals Konflikte zu erwarten? Das Zurückgreifen auf Wertvorstellungen des Patienten, wenn dieser seinen Willen nicht geäußert hat, hat spekulativen Charakter. Gerade in Situationen, wo Entscheidungen mit sehr weitgreifenden Folgen getroffen werden müssen, ist ein spekulatives Handeln nicht angebracht. Ein weiterer Punkt, der mit Sicherheit kritisch zu sehen ist, ist die Berücksichtigung der altersbedingten Lebenserwartung. Klar ist, dass unter Umständen bei sehr alten Patienten, welche nicht ein Trauma als Pathogenese ihres vegetativen Status vorzuweisen haben, die Entscheidung zur Beendigung der Nahrungszufuhr leichter getroffen wird, als bei jüngeren Menschen.

Der Fall Eluana Englaro zeigt aber auch, dass es durchaus auch bei jüngeren Patienten zum Überdenken des Therapieziels kommen kann, da die Belastung der Angehörigen, mit der nun vorliegenden Situation zu leben, nicht zu unterschätzen ist.

Das Sterben in Würde ist in diesem Zusammenhang ein Begriff, der immer wieder genannt wird. Wer definiert allerdings für das einzelne Individuum, was würdevolles Sterben bedeutet? Ist es nur die Schmerz- und Leidensfreiheit des Patienten?

Die Würde des Menschen (die Menschenwürde) ist kein klar definierter Begriff. Er unterliegt wie alle Wertvorstellungen einem ständigen Wandel. Im kontextabhängigen Gebrauch des Begriffes ergeben sich unterschiedliche Wesensbestimmungen

Religion:	Der Mensch als Ebenbild Gottes
Grundgesetz:	Die Würde des Menschen ist unantastbar.
Menschenrechte:	Recht auf sittliche Autonomie
	Recht auf Freiheit
	Recht auf Leben
	Recht auf Unversehrtheit
	usw.

Die oben beispielhaft aufgezählten Wesensmerkmale von „Würde“ sind beim gesunden Menschen ihrer Möglichkeit nach erfüllbar bzw. machbar.

Dem Sterbenden ist die Erfüllung dieser Postulate nicht mehr oder nur mehr eingeschränkt möglich. So wurde bereits der sterbende Mensch (durch Krankheit) ungewollt würdiger Aspekte menschlichen Daseins („Recht auf Unversehrtheit“) verlustig.

Die Würde des sterbenden Menschen kann sich demnach nicht mehr auf alle Wesensmerkmale und Bestimmungsstücke des Begriffes „Würde“ beziehen, welche für einen gesunden (normalen) Menschen Geltung haben sollten.

Wenn aufgrund einer Erkrankung und der Unmöglichkeit einer medizinischen Besserung das „Recht auf Unversehrtheit“ bereits obsolet ist, bedarf es einer Neuinterpretation von „Menschenwürde“.

Im selben Umfang wie das „Recht auf Leben“ schwindet, muss dem Sterbenden auch ein „Recht zum Sterben“ eingeräumt werden können.

Ein „menschenwürdiges Sterben“, was immer dies bedeutet, kann nicht vom Sterbenden selbst herbeigeführt werden. Diese Entscheidung bleibt dem betroffenen Umfeld (Ärzte, Pfleger, Verwandte usw.) überlassen. In letzter Konsequenz beruht das „menschenwürdige Sterben“ auf einer Gewissensentscheidung und entzieht sich demnach jeder allgemeinverbindlichen Normierung.

### **3.2.2 BGH – Urteil vom 25. Juni 2010**

Ende Juni 2010, fällte der BGH Karlsruhe ein Urteil, welches zu Recht als richtungsweisend bezeichnet werden kann. Im Folgenden wird der Fall präsentiert und kommentiert.

Der konkrete Fall:

Die Betroffene, Erika Küllmer, geb. 1931, erleidet im Oktober 2002 eine Hirnblutung und liegt seither im Wachkoma. Sie wird in einem Pflegeheim betreut, die Nahrungszufuhr erfolgt mittels PEG-Sonde über die Bauchdecke. Nach einer Fraktur wird ihr 2006 der linke Arm amputiert. Eine Besserung ihres Zustandes ist nicht mehr zu erwarten.

Im September 2002 äußerte Frau Küllmer mündlich gegenüber ihrer Tochter, für den Fall, bewusstlos zu werden und sich nicht mehr verständigen zu können, den Wunsch, an keine Schläuche angeschlossen zu werden und auch nicht künstlich beatmet oder ernährt zu werden und lehnte lebensverlängernde Maßnahmen ab.. [27]

Auslöser für diese Aussage war eine Hirnblutung des Vaters der Betroffenen im Jahr 2002. Bis zu seinem Tod Ende 2005, war der Ehemann von Frau Erika Küllmer gemeinsam mit einer Berufsbetreuerin, als Betreuer bestellt. Nach seinem Ableben wurde diese Funktion von der Berufsbetreuerin alleine ausgeführt. Im März 2006 teilte Frau G. (Tochter von Erika Küllmer) der Betreuerin mit, dass sie und ihr Bruder wünschten, die künstliche Ernährung, dem Willen der Mutter entsprechend, einzustellen. Die Betreuerin lehnte ab, da ihr dieser Wille nicht bekannt war.

Frau G. und ihr Bruder zogen den auf Medizinrecht spezialisierten Rechtsanwalt Wolfgang Putz hinzu. Auch nach dessen Interventionen, bei der Betreuerin, blieb diese ihrem Standpunkt treu.

Putz gelang es im August 2007 die beiden Kinder der Frau Küllmer als alleinige Betreuer ihrer Mutter einzusetzen. Der Hausarzt von Frau Küllmer unterstützte das Vorhaben die künstliche Ernährung einzustellen, da aus seiner Sicht keine medizinische Indikation für deren Fortsetzung gegeben war. Die Heimleitung kam dem Wunsch der Betreuer nicht nach und auch eine konkrete Anweisung des Hausarztes wurde vom Pflegepersonal nicht beachtet.

Die Heimleiterin unterbreitete daraufhin einen Kompromissvorschlag, der den moralischen Vorstellungen aller Beteiligten entsprechen sollte. Das Pflegepersonal beschränkte sich nur

mehr auf die pflegerischen Tätigkeiten, die Betreuer sollten die Ernährung selbstständig einstellen.

Nach Rücksprache mit dem Rechtsanwalt Putz stellte Frau K. am 20. Dezember 2007 die Ernährung ein und reduzierte auch die Flüssigkeitszufuhr.

Die Geschäftsleitung des Pflegeheims wies die Heimleitung am 21. Dezember aber dazu an, die Ernährung wieder aufzunehmen und drohte den Betreuern, für den Fall damit nicht einverstanden zu sein, ein Hausverbot an. Herr Putz wies noch am selben Tag Frau G. an, die PEG-Sonde knapp über der Bauchdecke zu durchtrennen, weil er die Ansicht vertrat, dass keine Klinik eigenmächtig die Ernährung rechtswidrig wieder beginnen würde.

Daraufhin wurde der Schlauch der PEG-Sonde von Frau G. durchtrennt. Das Heimpersonal entdeckte dies bereits nach kurzer Zeit, woraufhin die Patientin gegen den Willen ihrer Betreuer, auf Anordnung des Staatsanwaltes in ein Krankenhaus gebracht wurde, wo ihr wiederum eine PEG-Sonde angelegt wurde.

Frau Küllmer verstarb nach etwa zwei Wochen später am 5. Jänner 2008 eines natürlichen Todes auf Grund ihrer Erkrankungen. [27,28,29]

Die Angeklagten (Betreuer und Rechtsanwalt) wurden mit der Begründung freigesprochen, dass das Beenden einer Behandlung nicht vom Stadium der Erkrankung abhängig ist, also der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt haben muss. Das erneute Setzen einer Ernährungssonde wurde als Handlung gegen den Willen der Patientin gewertet und das aktive Durchtrennen des Schlauches wurde nicht als aktive Sterbehilfe gesehen.

### **3.2.3 Bedeutung des BGH Entscheides**

Was bedeutet nun das Urteil des BGH Karlsruhe und wie weitreichend sind dessen Folgen? Was sind die Unterschiede zur BGH Entscheidung aus dem Jahr 1994 im sogenannten Kemptener Fall?

Prinzipiell wurden dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und dem medizinischen Personal, das in letzter Konsequenz eine Art Sterbehilfe zu leisten hat, eine gewisse Rechtssicherheit gegeben.

Wenn also ein Patient schriftlich oder mündlich seinen Willen geäußert hat und in diesem lebensverlängernde Maßnahmen oder eine künstliche Ernährung ablehnt hat, ist es mit dem Gesetz vereinbar, bereits begonnene Behandlungen oder Maßnahmen einzustellen.

Das Signifikante am BGH-Entscheid ist, dass es zu einem Behandlungsabbruch kommen kann, ohne dass dabei die Grenze zum Strafgesetz (Tötung eines Menschen) überschritten wird. Das Strafgesetz würde hier, in Deutschland wie auch in Österreich das aktive Tun, also das Setzen einer Handlung (wie es ja zum Beenden der künstlichen Ernährung notwendig ist), auch wenn der Wille des Patienten (zur Sterbehilfe) vorhanden ist, als Tötung auf Verlangen interpretieren.

Dieser Behandlungsabbruch kann nun, (passiv), durch Unterlassen einer Handlung, oder auch durch aktives Zutun wie beispielsweise durch Beenden der Nahrungszufuhr, geschehen. Ist eine Willensäußerung des Betroffenen vorhanden, die auch nachvollziehbar den wirklichen Willen des Patienten zeigt, spricht der BGH in diesem Fall nicht von Sterbehilfe. Hier wird vom BGH nämlich deutlich zwischen „der auf eine Lebensbeendigung gerichteten Tötung“ und der Verhaltensweisen „die dem krankheitsbedingten Sterbenlassen mit Einwilligung des Betroffenen seinen Lauf lassen“ unterschieden. [29,30]

Das aktive Setzen einer Handlung, wie etwa das Durchtrennen des Ernährungsschlauches, wird im OGH Urteil von Karlsruhe im Gegensatz zum Kemptener Fall mit dem passiven Unterlassen einer Handlung gleichgesetzt.

Der BGH führt auch den Terminus des vom Patienten gewollten Behandlungsabbruches ein, welcher den „ungewissen und konturlosen Begriff“ der passiven Sterbehilfe ersetzen soll. [29]

Lebensverlängernde Maßnahmen bei im Sterben liegenden Patienten abubrechen, bzw. medizinische Behandlungen nicht mehr zu beginnen, ist ja schon in den Grundsätzen der Bundesärztekammer angesprochen worden. [23]

Wesentlich ist, dass lebensverlängernde Maßnahmen, sofern vom Patienten gewollt, schon eingestellt werden dürfen, wenn der eigentliche Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat. Diese Entscheidung gab es schon im Kemptener Urteil von 1994 und diese wird hier nochmals bekräftigt.

Durch diesen Urteilsspruch wird dem Willen des Patienten auch in Situationen, in welchen er nicht urteils- und äusserungsfähig ist, mehr Relevanz eingeräumt. Für die Patientenautonomie ist dies ein wesentlicher Punkt.

Patientenverfügungen werden mit diesem Entscheid auch aufgewertet. Wenn man davon ausgeht, dass die Ätiologie eines Wachkomapatienten einen medizinischen Notfall darstellt, so ist zu diesem Zeitpunkt niemand in der Lage, sich an eine Patientenverfügung zu halten, auch wenn der Patient es eventuell nicht wünschen würde. Die Zeit und die

Umstände machen eine Prüfung auf Gültigkeit bzw. Korrektheit nicht möglich, also wird hier in dubio pro vita gehandelt und dem Patienten geholfen. Kommt es nun als Folge dieses Primärereignisses dazu, dass der Betroffene ein apallisches Syndrom entwickelt, er eine Patientenverfügung besitzt und auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet, so ermöglicht nun das BGH Urteil, auch ein Einstellen von Maßnahmen bei noch nicht eingetretenem Sterbeprozess aber vorhandenem Willen.

Wichtig ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass Sterbehilfe anhand von Giftspritzen oder o.ä. nach wie vor strafbar bleibt. [29]

Offen bleibt hingegen die Frage, was in Fällen passieren soll, in welchen lebensverlängernde Maßnahmen eine Heilung herbeiführen könnten oder es zu einer Besserung des Zustandes kommen könnte.

### **3.3 Schweiz**

Auch in der Schweiz gibt es medizinisch ethische Richtlinien der SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften), die sich mit der Behandlung und Betreuung von cerebral schwerstens geschädigten Langzeitpatienten [31] und der Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende [32] beschäftigen.

Im Grundsatz sind diese Richtlinien denen der Deutschen Bundesärztekammer ähnlich. Es wird auch hier darauf aufmerksam gemacht, dass therapeutische und diagnostische Therapieverfahren, welche invasiv und aufwendig sind, immer abgewogen werden sollten und eventuell auf solche zu verzichten ist, um auf schonende und einfachere Maßnahmen zurückzugreifen. [31]

Die SAMW unterscheidet bei cerebral schwerstens geschädigten Langzeitpatienten zwischen drei verschiedenen Patientengruppen. Zusätzlich zu der für diese Arbeit von Interesse bestehenden Gruppe der Patienten mit persistierendem vegetativem Status, werden noch schwerste degenerative Hirnerkrankungen im Spätstadium und schwerste bei der Geburt oder in der frühen Kindheit erworbene Hirnschäden in zwei weitere Gruppen eingeteilt.

Zu Beginn wird darauf hingewiesen, dass die Entscheidungsfindung eine sehr komplexe und schwierige Aufgabe ist, da die Prognose ungewiss bzw. eine Besserung des Zustandes des Patienten unter Umständen auftreten kann. Man geht hier allerdings auch davon aus, dass verletzungsbedingte Hirnschäden die etwas bessere Prognose bzw. die Tendenz zur Erholung haben als bei krankheitsverursachenden Hirnschädigungen. [31]

Für den Fall der Urteils- und Äußerungsunfähigkeit des Patienten gibt es auch in der Schweiz die Möglichkeit der Patientenverfügung. Eine landesweite gesetzliche Regelung fehlt. Es bestehen kantonale Unterschiede. Anforderungen, die an eine Patientenverfügung in der Schweiz gestellt werden, sind unter anderem die inhaltliche Beantwortung folgender Fragen:

- Beschreibung der persönlichen Werthaltung: Was bedeutet Lebensqualität und Sterben in Würde konkret für den Verfügenden? Welche persönlichen Überzeugungen, Ängste, Erwartungen sind bei medizinischen Entscheidungen in Grenzsituationen zu beachten?
- Bezeichnung mindestens einer Vertretungsperson und Kontaktangaben zu dieser Person.
- Angaben, für welche Situationen die Patientenverfügung erstellt wird bzw. in welchen Situationen sie zur Anwendung kommen soll.
- Angaben zu den Zielen einer Behandlung in bestimmten Situationen
- Einwilligung in bzw. Ablehnung von spezifischen medizinischen Maßnahmen
- Bereitschaft zur Organspende
- Umgang mit dem Körper nach dem Tod (Autopsie) [33]

Anders als in Österreich ist keine juristische Beglaubigung notwendig. Einen interessanten Hinweis gibt es für die Notfallsituation. Wie bei uns ist die Behandlung des Patienten im Notfall von höchster Priorität, nur muss danach geprüft werden, ob eine Patientenverfügung verfasst wurde und diese muss bei der Behandlungsplanung einbezogen und eingeleitete Maßnahme müssen unter Umständen abgebrochen werden. [33]

Hier gibt es den Hinweis darauf, dass Handlungen abgebrochen werden dürfen, auch wenn sich der Patient nicht im Sterbeprozess befindet. (Vergleiche 3.2.2 BGH – Urteil vom 25. Juni 2010)

Es wird auch wie in den Richtlinien der Bundesärztekammer auf die Entscheidungsfindung eingegangen und darauf Wert gelegt, den mutmaßlichen Patientenwillen zu eruieren und ihm Folge zu leisten. Auch das Hinzuziehen einer klinischen Ethikkommission wird vorgeschlagen.

Eine Besonderheit im Schweizer Recht ist die im Unterschied zu Deutschland und Österreich teilweise straffreie Beihilfe zum Suizid. Laut Artikel 115 des Schweizer

Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straffrei, wenn diese ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Voraussetzung hierzu ist aber, dass der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung in jedem Fall durch den Patienten selbst zu erfolgen hat. Zusätzlich muss der Patient urteilsfähig sein. [32]

Diese Umstände sind deswegen von großer Bedeutung, da aufgrund einer fehlenden Urteilsfähigkeit und der Unmöglichkeit eines Wachkomapatienten den letzten Akt der zum Tode führenden Handlung eigenständig auszuführen, diese somit auch in Patientenverfügungen nicht verlangt werden kann. Die Tötung auf Verlangen ist auch in der Schweiz laut Artikel 114 des Schweizer Strafgesetzbuches verboten.

#### **4. Entscheidungsfindung**

Was aber ist das Motiv welches den Behandlungsabbruch motiviert und für den Patienten den sicheren Tod bedeutet? Diese Frage kann wohl als „Schlüsselfrage“ der vorliegenden Diplomarbeit bezeichnet werden.

Bei Vorliegen einer Patientenverfügung hat der Betroffene selbst zum Zeitpunkt seiner vollständigen Urteilsfähigkeit die Entscheidung getroffen, dass bei Eintritt besonderer, von ihm bezeichneter, Umstände auf gewisse medizinische Maßnahmen zu verzichten ist (siehe 2.5 Patientenverfügung).

Oftmals sind Krankheitsverläufe im familiären Umfeld der Auslöser dafür, sich über das eigene Schicksal in ähnlichen Situationen Gedanken zu machen. Auch Medienberichte über das Leben an Maschinen, über unheilbaren Krebs oder das Wachkoma, sind ein Grund für eine Selbstreflexion.

Anders gestaltet sich die Situation, wenn Angehörige sich anstelle des Betroffenen, der im Wachkoma liegt, dafür entscheiden das Therapieziel so zu ändern, dass es dem Willen des Betroffenen entspricht. Von besonderer Wichtigkeit ist hier, dass sich diese Entscheidungen immer auf den tatsächlichen oder den mutmaßlichen Willen des Patienten beziehen. Äußerungen, Statements und Handlungen im bisherigen Leben des jetzigen Patienten werden dann als Anhaltspunkt für diese Entscheidung genommen. In [34] wird bei einigen Fällen beschrieben, dass das Gericht, welches sich mit dem Antrag der Angehörigen bzw. Vormundes auseinanderzusetzen hat, sich bei der Erörterung der

Problematik oftmals auf Aussagen von Zeugen (Hausarzt, Pfleger, Familienangehörige etc.) stützen muss.

Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen schlägt [23] Folgendes vor, „Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen. Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht – auch nicht durch Bestellung eines Betreuers – rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom.“ [23]

Im Fall von Eluana Englaro wird darauf hingewiesen, dass sie vor ihrem Unfall im Jahr 1992 nach Angaben von Angehörigen, nach Besuch eines Komapatienten betont hatte, dass sie selbst im Fall eines Komas sterben wolle. [24]

Auch im Fall Erika Küllmer, mit welchem sich das Urteil des BGH vom 25.06.2010 (siehe 3.2.2 BGH – Urteil vom 25. Juni 2010) beschäftigt, beruft sich die Tochter auf den Wunsch ihrer Mutter, welche, bevor sie ins Koma fiel, ausdrücklich den Wunsch ihr gegenüber geäußert hat, nicht über Jahre hinweg künstlich ernährt oder beatmet werden zu wollen. [25]

Eine Rangordnung bzw. Prioritätenliste als strukturierte Entscheidungshilfe für derart schwierige und folgenschwere Entscheidungen wird wie folgt vorgeschlagen:

- Aktueller Patientenwille - wenn der Patient urteils- und einwilligungsfähig ist, hat dieser die höchste Priorität.
- Verfügter Wille - Patientenverfügungen verbindlicher oder beachtlicher Art, die der Betroffene für den vorliegenden Fall zu einer anderen Zeit erstellt hat.
- Mutmaßlicher Wille - durch Nachforschungen festgestellte Einstellung des Betroffenen wie in so einer Situation vorzugehen ist.
- In dubio pro vita (im Zweifel für das Leben). Werden Zweifel über das geplante Vorgehen ans Licht gebracht, oder entspricht eine Patientenverfügung nicht über die notwendigen Voraussetzungen, so hat man sich für das höchste Gut des Menschen, das Leben, zu entscheiden.

## 5. Fallbeispiele

In diesem Kapitel sollen nun Patientenfälle bzw. richterliche Entscheidungen zu Behandlungsabbrüchen in Deutschland genauer beleuchtet werden. Die Entscheidungen wurden zur Gänze aus dem Buch „Das sog. Wachkoma“ [34] entnommen. Aus diesem Grund sei hier auch angeführt, dass es sich ausschließlich um Gerichtsentscheidungen in Deutschland zwischen den Jahren 1994 und 2004 handelt. Die rechtlichen Unterschiede in Österreich und Deutschland zu diesem Thema wurden bereits an entsprechender Stelle gezeigt, bzw. sind sie für das Thema der vorliegenden Arbeit nicht von besonderer Bedeutung. Es wird auch der Versuch unternommen, einen Zusammenhang mit der aktuellen Entwicklung und dem Urteilsspruch des BGH Karlsruhe vom 25. Juni 2010 herzustellen, bzw. die Frage zu klären, was wäre gewesen, wenn es dieses aktuelle Urteil schon zum damaligen Zeitpunkt gegeben hätte. Alle weiter unten angeführten Entscheidungen über einen Behandlungsabbruch kamen erst nach dem sog. Kemptener Urteil (3.2.1 Der Fall Kempten) zustande.

Es wurden nur Patientenfälle bzw. Entscheidungen von Gerichten verwendet, die Personen im vegetative state betreffen. Die ausgewählten Fälle erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen diese Thematik exemplarisch beleuchten. Gezeigt werden soll vor allem die unterschiedliche Ansichts- und Vorgangsweise der einzelnen Gerichte bzw. deren Richter. Der Verlauf der Krankengeschichte bzw. der gerichtlichen Entscheidungsfindung wird nicht immer im Detail, sondern nur soweit es für das Verständnis erforderlich ist, dargestellt.

## 5.1 Der §1904 BGB

Da es in Deutschland an einer gesetzlichen Grundlage fehlt, die sich mit dem Thema des Behandlungsabbruches bei Wachkomapatienten beschäftigt, wird in solchen Fällen bei der Entscheidung auf §1904 BGB Bezug genommen.

Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen:

- (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, 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) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.
- (3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.
- (4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach §1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.
- (5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist. [40]

Wird also der oben angeführte §1904 als Rechtsgrundlage für die Entscheidung eines Behandlungsabbruches herangezogen, dann wird auch klar, warum überhaupt eine

Genehmigung eines Betreuungsgerichtes erforderlich ist. Im Regelfall ist der Betreuer berechtigt, auch medizinische Entscheidungen selbstständig zu treffen, nur wenn es sich um eine Heilbehandlung mit eventuell weitreichenden Folgen handelt, ist auch die Zustimmung eines Betreuungsgerichtes notwendig.

Es ist mit diesem Paragraphen also der Versuch unternommen worden, die Entscheidung zur Behandlung bei lebensbedrohlichen Zuständen nicht alleine dem Betreuer zu überlassen, sondern diese, zum Schutze dessen auf zwei Säulen zu stellen. Der Wille des Patienten (im §1904 als der Betreute bezeichnet) muss aber in jedem Fall mit solchen Entscheidungen einhergehen.

## 5.2 Patientenfälle

### 5.2.1 Fall 1 abgelehnt

Der erste hier vorgestellte Fall beschäftigt sich mit einer Patientin, welche unter ungeklärten Umständen (möglicherweise in selbstmörderischer Absicht) 1987 ein Hirntrauma erlitt und seither im Wachkoma liegt. Zum Zeitpunkt der Antragstellung im Jahr 1995 war das Zustandsbild der Patientin seit 8 Jahren unverändert, wie ein gerichtliches Gutachten feststellte. Die Patientin wurde zu diesem Zeitpunkt mittels PEG-Sonde ernährt und aufgrund von Ulcus-Bildungen ischämischer Genese wurden ihr beide Oberschenkel amputiert. Das Amtsgericht hat den Antrag auf Einstellung der Nahrungszufuhr abgelehnt. Laut Ansicht des Gerichtes, ist §1904 in diesem Fall nicht anwendbar, da sich dieser Paragraph auf ärztliche Eingriffe bezieht, welche ja prinzipiell die Verbesserung oder Heilung und nicht den Tod des Patienten als oberstes Ziel haben. Zusätzlich wurde hier angemerkt, dass in diesem Fall das Gericht zum „Herr über Leben und Tod“ wird, dies aber die deutsche Rechtsordnung in keiner Weise vorsieht.

Hier stellt sich die Frage, wieso dann überhaupt Gerichte konsultiert werden, wenn sich diese eine solche Entscheidung nicht anmaßen (dürfen). Es wurde zusätzlich damit argumentiert, dass eine Entscheidung zum Behandlungsabbruch auch aus historischen Gründen (vgl. Euthanasie Politik in der NS-Zeit) nicht getroffen werden kann.

Nach Meinung des Amtsgerichtes deckt sich auch der mutmaßliche Wille der Patientin nicht mit einem Behandlungsabbruch. Die Betreute hat im Jahre 1965 bereits erklärt und sich auch in den Folgejahren mehrfach dazu geäußert, dass sie lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt, sollte sie nicht mehr in vollem Besitz ihrer körperlichen und geistigen Kräfte sein. Für das Gericht liegen diese Äußerungen zu lange zurück, und sie sind zu einem Zeitpunkt getroffen worden, als die Patientin noch gesund und jung war. Die Situation 1987 war damals noch nicht abzusehen.

Zweifelsohne liegen diese Aussagen schon lange zurück und auch die Meinung der Patientin hätte sich im Laufe der Jahre ändern können, aber die Argumentation, dass sie damals gesund und jung war, ist nicht überzeugend. Die Aussagekraft von lange zurückliegenden Äußerungen ist problematisch, was allerdings für länger zurückliegende Patientenverfügungen ebenso zutrifft.

In diesem Fall hätte eine umfangreichere Erhebung des mutmaßlichen Patientenwillens nach den Richtlinien der BÄK erfolgen müssen. Die medizinische Situation des komatösen Zustandsbildes war auch laut Gutachter nach wissenschaftlichen Erkenntnissen

irreversibel, und auch die Durchblutungsstörungen zeigen im Normalfall eher die Tendenz einer Progression.

### **5.2.2 Fall 2 abgelehnt**

Im nächsten Fall wird das Schicksal einer 85-jährigen Patientin geschildert, die durch ausgedehnte Hirninfarkte im Wachkoma liegt und auch mittels PEG-Sonde ernährt wird. Sämtliche gerichtlichen Gutachten bestätigten diese Diagnose und waren auch der Meinung, dass eine Besserung des Zustandes nicht zu erwarten sei und auch die Beurteilung, ob ihr jetziger Zustand mit Leid und Schmerz verbunden sei, kann nicht sicher beurteilt werden.

Die Tochter der Patientin stellte den Antrag, die künstliche Ernährung einzustellen, mit der Begründung, dass die Patientin nach dem Tod ihres Ehemannes geäußert hätte, kein langes Sterben haben zu wollen.

Die ersten beiden Instanzen (Amtsgericht und Landesgericht) lehnten den Antrag mit der Begründung ab, dass der §1904 nicht auf eine gezielte Herbeiführung des Todes anwendbar ist, und der Sachverhalt somit rechtlich nicht gedeckt sei. Das Amtsgericht hält auch fest, dass es die alleinige Sache des Gesetzgebers ist, Genehmigungen eines Behandlungsabbruches zu regeln.

Im Gegensatz dazu hat die dritte Instanz, in diesem Fall das Oberlandesgericht Frankfurt, eine andere Sichtweise vertreten. Das OLG ist, mit Bezug auf das Kemptener Urteil, der Meinung, dass die Einstellung der Kalorienzufuhr eine vertretbare Maßnahme darstellt, wenn der Verzicht auf künstliche Lebensverlängerung ihrem mutmaßlichen Willen entspricht. Es wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass gerade in so einem Fall, dem eines Behandlungsabbruches, welcher ja den Tod des Patienten nach sich zieht, strenge Anforderungen auf die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens zu stellen sind.

Das OLG genehmigte den Behandlungsabbruch nicht, sondern weist den Fall mit der Aufgabe, den mutmaßlichen Willen unter strengen Voraussetzungen zu prüfen, an das Amtsgericht zurück.

Im hier geschilderten Fall ist der hohe Stellenwert des Patientenwillens erkennbar. Eine gründliche Ermittlung des mutmaßlichen Willens, ist die Grundvoraussetzung für eine so weitreichende und folgenschwere Entscheidung. Verantwortung will aber auch hier niemand übernehmen, auch wenn die Meinung kundgetan wird, dass ein Behandlungsabbruch, unter gewissen Voraussetzungen, vertretbar wäre. Argumentiert wird

einzig mit dem Willen der Patientin. Die mehrfachen Hirninfarkte in der Anamnese und das hohe Alter finden im Urteil keine Berücksichtigung.

### **5.2.3 Fall 3 abgelehnt**

Der nun dargestellte Fall einer Ablehnung des Antrages weist eine Besonderheit auf.

Die Tochter und gleichzeitig Betreuerin der Patientin stellt nach einem Zeitraum von 3 Jahren, in dem ihre Mutter im Wachkoma liegt und mit Hilfe einer PEG-Sonde ernährt wird, den Antrag zur Einstellung der Sondenernährung. Der Zusatz auch auf eine Flüssigkeitszufuhr zu verzichten, um den Todesprozess nicht unnötigerweise zu verlängern, wird einige Monate später ergänzt. Als Begründung wird von der Tochter angegeben, dass dies dem Wunsch der Patientin entspricht, was sie auch drei Vertrauenspersonen gegenüber mehrfach geäußert hätte. Die Patientin hatte keine lebensverlängernden Maßnahmen gewünscht. Ein vom Gericht in Auftrag gegebenes Gutachten bestätigt ein Wachkoma, welches sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht bessern werde. Auch die vom zuständigen Gericht eingesetzte Verfahrenspflegerin kam zum Schluss, dass der Antrag dem Wunsch der Betreuten entspricht.

Trotz vorliegendem Gutachten und der positiven Stellungnahme, hat das Amtsgericht den Antrag abgelehnt, da der §1904 nicht anwendbar ist. Dieser bezieht sich – wie an entsprechender Stelle nachzulesen – auf lebensverlängernde Heilbehandlungen und nicht auf das Gegenteil. Angemerkt wird allerdings, dass es der Betreuerin selbst überlassen bleibt, in eigener Verantwortung die Nahrungszufuhr einzustellen und sozusagen danach, wie es im Kemptener Fall war, auf strafrechtliche Milde bzw. Freispruch zu hoffen.

In diesem Fall liegt ein mehrfach bestätigter, mutmaßlicher Wille der Patientin vor (aus dem hervorgeht, wie im Falle eines irreversiblen neurologischen Zustandsbildes, vorzugehen ist), welcher zusätzlich von gerichtlicher Seite (Verfahrenspflegerin) bestätigt wird. Trotzdem wälzt auch hier das Vormundschaftsgericht die Verantwortung auf die Betreuerin ab.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass eine eindeutige und nachvollziehbare Urteilsfindung bzw. Zuordnung des Verantwortungsbereiches nur aufgrund einer klaren Gesetzgebung erfolgen kann.

#### **5.2.4 Fall 4 angenommen**

Bei diesem Patienten handelt es sich um den Vater der Betreuerin, welcher nach dem vierten Schlaganfall nicht ansprechbar ist, intravenös ernährt wird und auf der Intensivstation liegt. Zur Sicherstellung der Nahrungszufuhr wird von den behandelnden Ärzten beabsichtigt, dem Patienten eine Magensonde zu legen. Die Tochter lehnt dies jedoch mit der Begründung ab, ihr Vater habe stets den Wunsch geäußert, dass sein Leben nicht jahrelang durch künstliche Ernährung verlängert werden soll.

Ein gerichtliches Gutachten bestätigt ein komatöses Zustandsbild als Folge mehrerer Schlaganfälle, in welchem der Patient handlungsunfähig ist und keine Besserung zu erwarten sei.

Das Gericht hält mehrfach fest, dass ein Kranker, sofern es sein Geisteszustand zulässt, aufgrund seines ihm zustehenden Selbstbestimmungsrechtes über sein Leben und seine Gesundheit selbst entscheiden darf. Auch wenn diese Entscheidung unmittelbar zum Tod führt, ist sie zu respektieren. Gegen den Patientenwillen darf keine ärztliche Behandlung eingeleitet oder fortgesetzt werden. Im Falle, dass der Patient nicht mehr selbstständig entscheiden kann, wird diese Aufgabe seinem Betreuer übertragen, welcher den Wünschen des Patienten entsprechend zu handeln hat. Dieser darf auch über die Unterlassung von lebenserhaltenden Maßnahmen selbstständig entscheiden. Die Kontaktierung des Vormundschaftsgerichtes dient als Schutz für den Betreuer. Auch in diesem Falle ist der ermittelte mutmaßliche Wille des Patienten für die Entscheidung maßgebend. Der Patientenwille ist, wie die BÄK vorschlägt, zu ermitteln. Bezugnehmend auf den BGH-Beschluss im Fall Kempten wird erwähnt, dass nicht zuletzt auch zu berücksichtigen ist, wie gering die Wahrscheinlichkeit der Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Zustandes ist. In diesem Zusammenhang wurde herausgestellt, dass es keinen Unterschied machen darf, ob eine Ernährungssonde nicht gelegt, oder eine bereits vorhandene entfernt wird.

#### **5.2.5 Fall 5 abgelehnt**

Dass der Patientenwille die wichtigste Entscheidungsgrundlage darstellt, wird im nächsten Fall dargestellt.

Es wurde bei Gericht der Antrag eingebracht, die Ernährung mittels PEG-Sonde bei der Patientin, welche nach zwei Schlaganfällen im Wachkoma liegt, einzustellen. Das Gericht

hat aufgrund nicht vorhandener Möglichkeit der Patientenbefragung und dem Nichtvorhandensein einer Patientenverfügung die Ermittlung des mutmaßlichen Willens der Betroffenen durchgeführt. Die Befragung ihrer Kinder und der zuletzt behandelnden Ärzte ergab, dass die Patientin bis ins hohe Alter gesund war, und es nie Gespräche gab, in welchen die Patientin Wünsche hinsichtlich ihrer Behandlung im Falle einer schwerwiegenden Erkrankung geäußert hätte. Aussagen der Patientin, nicht so leiden zu wollen, wenn es zu Todesfällen im Umfeld der Patientin kam, wertet das Gericht als allgemein gehaltenen Wunsch. Der Wunsch, nicht leiden zu müssen, was die Hoffnung eines jeden Menschen ist, reicht für eine Genehmigung nicht aus.

Da der Wille des Patienten Grundlage jeder Behandlung sein muss, wurde meiner Meinung nach in diesem Fall korrekt und nachvollziehbar entschieden. Auch eine Berücksichtigung des BGH- Beschlusses vom Sommer 2010 würde an der Entscheidung nichts ändern, da der Wille des Patienten nicht eindeutig für einen Abbruch der künstlichen Ernährung spricht.

### **5.2.6 Fall 6 abgelehnt**

Ein Mann leidet nach einem Gehirnfarkt unter einem schweren hirnorganischen Psychosyndrom. Die Ernährung erfolgt über eine PEG-Sonde, zusätzlich ist eine Trachealkanüle zur Absaugung von Schleim notwendig.

Der Antrag auf Einstellung der künstlichen Nahrungszufuhr ist nach Auffassung des Landesgerichtes München aus Rechtsgründen abzulehnen, ohne dass es dabei auf den Gesundheitszustand bzw. den mutmaßlichen Willen des Betroffenen ankommt. Als Begründung wird die Nichtanwendbarkeit des §1904 angeführt. Zusätzlich wird die Meinung vertreten, dass die Beendigung der künstlichen Nahrungszufuhr, mit der Folge des Todes für den Patienten, nicht zu den Aufgaben des Betreuers gehört. Dennoch wird von einem zumutbaren Risiko des Betreuers gesprochen, falls dieser sich doch für das Einstellen der Ernährung entscheidet. Falls die Einstellung der künstlichen Ernährung durch den Betreuer dem Willen des Patienten entspricht, hätte dieser vermutlich keine strafrechtlichen Konsequenzen zu befürchten. Dabei wird auch auf das BGH- Urteil des Kemptener Falles verwiesen.

Dieser Urteilsspruch ist ein Musterbeispiel für die Beliebigkeit von Gerichtsentscheidungen in Ermangelung klarer gesetzlicher Vorgaben. Einerseits hat der Betreuer nichts zu befürchten, wenn seine Handlung dem Willen des Patienten entspricht,

andererseits hält es der Richter nicht für notwendig, die Ermittlung des Patientenwillens anzuordnen bzw. durchzuführen. Die Einstellung der künstlichen Nahrungszufuhr wird einerseits aus Rechtsgründen abgelehnt, andererseits wird auf ein Urteil verwiesen, welches ebenso auf fehlender Rechtsgrundlage basiert.

### **5.2.7 Fall 7 abgelehnt**

Im diesem Fall handelt es sich um eine Patientin, welche seit 4 Jahren als Folge einer Stammganglienblutung mit Entwicklung eines Hämatocephalus im Wachkoma liegt. Die Ernährung wird bei ihr mit einer PEG-Sonde durchgeführt. Der Sachverständige bestätigte die Diagnose und war der Meinung, dass sich keine Besserung einstellen werde. Man müsste aber davon ausgehen, dass die Patientin häufig Infektionen und Schmerzen erdulden müsse. Ein Ernährungsabbruch mit zusätzlichem Verzicht auf Flüssigkeitszufuhr würde laut Meinung des Sachverständigen zu einem weitgehend schmerzfreien Tod der Patientin führen. Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens der Patientin durch das Vormundschaftsgericht ergab, dass die Betroffene „für den gegenständlichen oder einen vergleichbaren Fall“ weder schriftlich noch mündlich eine Äußerung getroffen hat. Die Patientin hatte allerdings eine Abneigung gegen Ärzte, litt bereits 15-20 Jahre an Arteriosklerose, suchte deswegen aber auch keinen Arzt auf. Ihrem Ehemann gegenüber äußerte sie einmal, sie wolle keine langwierige Behandlung.

Da diese Aussage mehr als 10 Jahre zurückliegt, wurde ihre Wertigkeit als nicht hoch eingeschätzt.

Die Ablehnung des Antrages wurde in erster und zweiter Instanz aus Rechtsgründen abgelehnt. Auch hier wird festgestellt, dass §1904 auf lebensbeendende Maßnahmen nicht anwendbar ist. Es wird aber von beiden Instanzen bemerkt, dass der Entschluss zum Ernährungsabbruch eine höchstpersönliche Angelegenheit darstellt und deshalb nur vom Betroffenen selbst oder mittels Patientenverfügung getroffen werden kann. Während das AG Augsburg die Meinung vertritt, dass die Entscheidung auch durch Ärzte oder Betreuer bei vorliegendem mutmaßlichem Willen getroffen werden kann, stellt dies für das LG Augsburg keine Option dar.

### **5.2.8 Fall 8 angenommen**

Eine weitere Entscheidung zum Behandlungsabbruch aufgrund eines ermittelten mutmaßlichen Patientenwillens wird im folgenden Fall dargestellt.

Ein gerichtliches Gutachten hat festgestellt, dass die Patientin auf Berührung oder Ansprache nur mit Öffnen der Augen und einem Blick ins Leere reagieren kann. Dabei ist es egal, ob die Berührungen durch den Richter oder durch Angehörige erfolgen. Sie zeigt laut Gutachten keine Anzeichen von Bewusstsein und hat Kontrakturen an beiden Armen und Beinen. Seit mittlerweile 7,5 Jahren ist die Patientin hochgradig pflegebedürftig und wird seit 6 Jahren (1993) mittels PEG-Sonde ernährt.

Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens der Patientin ergab, dass die Patientin mehrfach geäußert hat, dass sie in einem Siechtum (wie ihr Ehemann) nicht leben wolle. Im Jahr 1970 hat die Patientin nach dem Tod ihres Ehemannes geäußert, nicht so wie er, an Schläuche angeschlossen langsam und qualvoll sterben zu wollen. Nach einer Tumoroperation im Jahr 1979 hat sie ihrer Tochter gesagt, dass es besser gewesen wäre, sie wäre nach der Operation nicht mehr aufgewacht und hat auch damals ihre Tochter gebeten, sie solle doch „die Stecker rausziehen, denn sie wolle nicht an Schläuche angeschlossen vor sich hinvegetieren“.

Die Patientin versuchte unterdessen in den Jahren 1987 und 1989 aufgrund ihres Leidens sich selbst das Leben zu nehmen.

Da genau dieser von ihr bezeichnete Zustand, also das „vor sich Hinvegetieren“ und dem Siechtum ausgesetzt zu sein, eingetroffen ist, entspricht die Einstellung der künstlichen Ernährung dem Willen der Patientin. In diesem Beschluss wird zusätzlich auf die im Kemptener Urteil erwähnten allgemeinen Wertvorstellungen Bezug genommen. „Diese Wertvorstellungen gehen dahin, dass niemand kommunikationsunfähig, bewusstlos, bewegungsunfähig, mit Kontrakturen an Armen und Beinen, Schluckunfähigkeit und der Notwendigkeit künstlicher Ernährung, Inkontinenz und Aussichtslosigkeit der Besserung des derzeitigen Zustandes, wie der Sachverständige das bestätigt hat, leben will.“

In den abschließenden Bemerkungen wird nochmals mit Hilfe von sehr klaren Worten festgestellt, dass in diesem Fall kein objektiver Wunsch der Patientin vorliegt das Leben künstlich aufrecht erhalten zu wollen und unter solchen Umständen kein Lebensinteresse mehr vorhanden sei. Außerdem würde in diesem Fall nicht das Leben, sondern das Siechtum verlängert werden.

### **5.2.9 Fall 9 angenommen**

In einer stattgegebenen Genehmigung für einen Behandlungs- und Ernährungsabbruch des AG bzw. LG Duisburg wird die Entscheidung ausführlich begründet. Die von juristischen Spitzfindigkeiten und Details geprägte Entscheidung wird wie folgt dargestellt.

In einem Gutachten wird festgestellt, dass die 67-jährige Patientin, welche seit 6 Jahren aufgrund einer Schlucklähmung mittels PEG-Sonde ernährt wird, sich nicht mehr bewegen kann, inkontinent ist und seit Jahren zur Kommunikation nicht mehr fähig ist. Die Symptome sind die Folge eines strahleninduzierten Hirnabbaus oder eines Tumorrezidivs.

Das LG Duisburg vertritt die Meinung, dass in diesem Fall das zuständige AG zu Recht auf einen Behandlungsabbruch aufgrund der Anwendung des §1904 entschieden hat.

Erwiesen ist die Tatsache, dass andere Gerichte eine solche Entscheidung als höchstpersönliche Angelegenheit ansehen, welche nur vom Betroffenen selbst (mündlich oder schriftlich) entschieden werden kann. In diesem Fall ist es auch dem Betreuer nicht erlaubt, einen Behandlungs- oder Ernährungsabbruch durchzuführen. Außerdem haben viele Patienten für einen solchen Fall weder schriftlich noch mündlich vorgesorgt.

In der Verfassung ist das Grundrecht auf Selbstbestimmung geregelt. Wenn ein Patient keine lebenserhaltenden Maßnahmen wünscht, Ärzte unter Ausschöpfung sämtlicher intensivmedizinischer Möglichkeiten, ein jahrelanges und qualvolles Dahinvegetieren verursachen würden, müsste es möglich sein, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu eruieren und danach zu handeln.

Die Voraussetzung dafür, dass der mutmaßliche Wille des Patienten festgestellt werden kann (bzw. darf), ist seine krankheitsbedingte Entscheidungsunfähigkeit. Die Grundlage für die Feststellung des mutmaßlichen Willens, womit der Patient jede weitere Behandlung oder Ernährung ablehnt und den Dingen ihren natürlichen Lauf lässt, bedarf gemäß der Entscheidung des LG Duisburg einer sogenannten infausten Prognose. Darunter versteht man einen unheilbaren Zustand, bei dem es auszuschließen ist, dass der Patient je wieder ein bewusstes oder selbstbestimmtes Leben führen kann.

Ein solcher Wille des Patienten ist für Betreuer, Angehörige und Ärzte bindend und somit ist jede weitere Behandlung zu unterlassen.

### **5.2.10 Fall 10 abgelehnt**

Der nun folgende Fall zeigt exemplarisch, wie unterschiedlich ein und derselbe Sachverhalt von verschiedenen Sachverständigen beurteilt werden kann und welche Problematik sich daraus ergibt.

Ein 69-jähriger Patient erkrankte im April 1999 an einer Pneumokokken-Meningoencephalitis. Trotz stationärer Therapie traten multiple kleine Hirninfarkte auf und der Patient befindet sich seit 11.04.1999 in einem komatösen Zustand.

Der Patient wird mit Hilfe einer PEG-Sonde künstlich ernährt. Da eine vom Patienten im Februar 1999 verfasste Patientenverfügung vorliegt, in der er erklärt, dass „für den Fall, dass ich unwiederbringlich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen auszudrücken, verfüge ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, dass an mir keine lebensverlängernden Maßnahmen durchgeführt, bzw. bereits begonnene abgebrochen werden, sofern ich für den Rest meines Lebens unumkehrbar bewusstlos sein sollte“, wird das AG Ahrensburg im November 1999 kontaktiert, welches ein Gutachten in Auftrag gibt.

Im erstellten Gutachten wird ein apallisches Syndrom diagnostiziert und auch noch zusätzlich beschrieben, dass die Hände des Patienten im 90 Grad Winkel vom Körper abstehen, Hände und Füße spastisch kontrahiert sind und der Betroffene lediglich mit einem Rollen der Augen Spontanreaktionen aufweist. Die Verlaufsprognose wird als ungünstig und wenig aussichtsreich eingeschätzt, doch kann der Zustand des Patienten noch einige Jahre andauern. Es wird auch zu medizinisch notwendigen Maßnahmen Stellung genommen. Medizinische Maßnahmen im engeren Sinn wurden laut Meinung des Gutachters spätestens mit der Entlassung aus dem Krankenhaus beendet und die Ernährung über die Magensonde wird nicht als ärztliche Therapie im engeren Sinne angesehen. Man geht also davon aus, dass dies keine Behandlung ist, die man abrechnen kann, sondern stellt die Frage, ob man jemanden die Nahrung verweigern darf, damit er früher stirbt.

Das Amtsgericht hat den Antrag auf Einstellung der künstlichen Nahrungszufuhr mit der Begründung abgelehnt, dass es keine Rechtsgrundlage gibt, die das Gericht zu einer zum Tode führenden Handlung ermächtigen würde. Zusätzlich kann auch aufgrund einer fehlenden rechtlichen Grundlage auf die Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten verzichtet werden.

Gegen die Entscheidung des AG Ahrenburg wurde Einspruch erhoben. Damit wurde dieser Fall der nächsten Instanz, dem LG Lübeck, zugewiesen. Das LG Lübeck hat ein Gutachten in Auftrag gegeben, in dem die Frage nach dem Zustand des Patienten und eventuell eingetretener Besserung seit dem letzten Gutachten zu beantworten ist. Des Weiteren soll geklärt werden, inwieweit lebensverlängernde Maßnahmen erforderlich sind und ob eine Unumkehrbarkeit des Patientenzustandes gegeben ist.

Der Gutachter kam zu folgendem Ergebnis: Die Diagnose entspricht multiplen Hirninfarkten mit Begleitvaskulitis aufgrund einer Pneumokokkenmeningitis mit Polyneuropathie und Tetraplegie, nur hat sich der Zustand des Patienten in der Hinsicht geändert, dass er nun seinen Blick nach rechts und links wenden kann, somit Hinweise auf eine Kontaktaufnahme mit der Umwelt bestehen und es sozusagen zu einer Teilremission des apallischen Syndroms gekommen ist. Der Patient benötigt bis auf die Nahrungssonde keine besonderen Maßnahmen, um am Leben gehalten zu werden und aufgrund der Besserung des Zustands handelt es sich nicht mehr um eine unumkehrbare Bewusstlosigkeit, von welcher ja in der Patientenverfügung die Rede war. Auch das LG Lübeck vertritt die Meinung, dass es keine gesetzliche Grundlage gibt, welche den Ernährungsabbruch rechtfertigt. Durch die Besserung des Patientenzustandes ist auch die Patientenverfügung nicht mehr anwendbar.

Abgesehen vom voreiligen Schluss auf die Diagnose Wachkoma, welche nicht nach so kurzer Zeit (wenige Wochen) gestellt werden kann, ist trotzdem zu hinterfragen, wieso bei vorhandener Patientenverfügung, nicht auf den Wunsch des Patienten Rücksicht genommen wurde. Außerdem bleibt die Frage offen wie viel Lebensqualität ein minimally conscious state beinhaltet, wenn ein Patient eine dauerhafte Bewusstlosigkeit als nicht mehr lebenswert empfindet.

Zur Thematik der Prognose bzw. der Remission eines Wachkomas, wird an entsprechender Stelle Bezug genommen.

### **5.2.11 Fall 11 abgelehnt**

Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens ist sehr viel Interpretationsspielraum vorhanden, wie der nächste Fallbericht zeigt.

Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine Patientin, ehemals Röntgenassistentin, welche seit über einem Jahr im Wachkoma liegt. Nach Ablehnung des Antrages in erster Instanz aufgrund fehlender Rechtsgrundlage, verfügt das OLG Frankfurt, eine erneute

Bearbeitung des Falles durch das AG Ingolstadt, welches den Gesundheitszustand und den mutmaßlichen Willen der Patientin festzustellen hat.

Nach den Richtlinien der BÄK wurden Angehörige und Ärzte befragt, und es wurde festgestellt, dass die Patientin aufgrund ihres Berufes mit Krankheit und Leid konfrontiert war und eine künstliche Lebensverlängerung ablehnte. Aussagen der Patientin, wie zum Beispiel „Ich will kein lebender Leichnam sein“ oder „Lasst mich nicht als lebender Leichnam sterben“, überzeugten das Gericht aber nicht davon, dass dies auch für bereits eingeleitete Maßnahmen, wie es ja die Ernährung mit PEG-Sonde darstellt, ebenso gilt. Das Gericht ist der Auffassung, dass sich diese Aussagen gegen die Einleitung lebensverlängernder Maßnahmen richten. Da keine Patientenverfügung oder Vollmacht vorhanden war, wurde der Antrag abgelehnt.

Anzumerken ist hier, dass, wenn das Gericht einen mutmaßlichen Willen feststellt, welcher erkennen lässt, dass keine lebensverlängernden Maßnahmen gewollt werden, die Patientin auch aufgrund ihres Berufes mit solchen Situationen konfrontiert war, dass es laut einem Beschluss des AG Ingolstadt keinen Unterschied machen darf, ob Maßnahmen nicht ergriffen werden dürfen oder bereits eingeleitete beendet werden sollen.

## **6. Diskussion**

### **6.1 fMRI-Studie**

Eine im Februar 2010 veröffentlichte Studie zeigt sehr interessante Untersuchungsergebnisse, welche einerseits die Prognose und andererseits eine Entscheidung zum Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten betreffen.

Es wurden in einer Studie in England und Belgien 54 Patienten, die sich in einem vegetative state bzw. in einem minimally conscious state befinden, mittels einer funktionalen Magnetresonanzuntersuchung (fMRI) hinsichtlich ihres Wachheits- bzw. Aufmerksamkeitszustandes untersucht.

Für diese Arbeit sind allerdings nur 23 der 54 untersuchten Patienten von Interesse, da sich nur diese 23 in einem Wachkoma befanden.

In der Studie wurde mittels fMRI die Aktivität in verschiedenen Hirnarealen bei verschiedenen Aufgaben gemessen. Durch eine funktionelle Magnetresonanzuntersuchung ist es möglich, durch den Effekt, dass aktive Hirnareale besser mit Blut versorgt werden als nicht aktive, bestimmte Gebiete zu identifizieren. Die Unterscheidung erfolgt durch den geänderten Sauerstoffgehalt in den besser durchbluteten Bezirken.

Es sollte die Antwort auf die Frage gefunden werden, ob und wie viel Wachkomapatienten von ihrer Umgebung mitbekommen. Sollten diese Patienten ihre Umgebung akustisch wahrnehmen, wie weit sind sie in der Lage, bestimmten Aufforderungen Folge zu leisten und ist eventuell eine Art der Kommunikation mit diesen Patienten möglich.

Um unterscheiden zu können, ob die Patienten etwas aus ihrer Umgebung akustisch aufnehmen und verarbeiten können, wurden mittels Aufforderung zwei verschiedene Hirnareale angesprochen.

Zum einen wurde die Aktivität im motorischen Zentrum mit dem „Befehl“, „stellen Sie sich vor, Sie stehen auf einem Tennisplatz und schlagen den Ball zurück“, und zum anderen die Aktivität beim räumlichen Denken, mit der Aufforderung, in der eigenen Wohnung von Raum zu Raum zu gehen und sich alles vorzustellen, was man dort sehen kann, überprüft.

Die Untersuchungen zeigten dann folgende Ergebnisse:

Von den 23 Patienten konnte bei 3 Patienten eine Aktivität in beiden Zentren (motorisch und räumlich) und bei einem weiteren Patienten eine Aktivität im motorischen Zentrum festgestellt werden.

Mit einem Patienten, bei welchem eine Hirnaktion in beiden überprüften Regionen gemessen werden konnte, wurde zusätzlich versucht, eine einfache Kommunikation zu führen.

Man stellte dem Patienten Ja/Nein Fragen und er sollte diese beantworten, in dem er für die Antwort „Ja“ das eine Areal, und für die Antwort „Nein“ das andere Areal aktivieren sollte. Dieser Patient beantwortete fünf Fragen richtig.

Es muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass alle vier Patienten, bei denen die Messungen erfolgreich waren, ein Trauma als Ursache für ihren vegetativen Status hatten. Das Alter war mit 22, 22, 23 und 46 Jahren durchwegs niedrig. Beim 46-jährigen Patienten lieferte nur die motorische Aufgabe positive Messergebnisse.

Als weiterer Kritikpunkt ist hier anzuführen, dass zwei von vier Patienten sich erst zwei bzw. sechs Monate im Wachkoma befanden. Diese kurze Periode eines komatösen Zustandsbildes wird nicht einheitlich als für die Diagnose Wachkoma ausreichend akzeptiert. Es ist durchaus üblich, erst ab einer Dauer von mehr als 12 Monaten von einem vegetativen Status zu sprechen.

Die Frage, ob eine fMRI Untersuchung bei Wachkomapatienten in der Entscheidungsfindung um eine Therapiezieländerung eine Rolle spielen kann oder soll, möchte ich hier mit „Nein“ beantworten. Die Ergebnisse der Studie haben ohnehin das Patientenkollektiv, bei welchem es eventuell eine Aussicht auf Besserung gibt, aufgezeigt. Zusätzlich sollte nicht das Ergebnis einer Untersuchung, sondern der Patient, nach seinem Willen behandelt werden.

## **6.2 Diskussion der richterlichen Entscheidungen**

Die vorgestellten Fälle illustrieren die Komplexität der Thematik der Therapiezieländerung beim Patienten im vegetativen Status sehr gut. Der Hauptkritikpunkt, der von allen Gerichten direkt oder indirekt angesprochen wurde, ist die fehlende gesetzliche Grundlage. Ein künftiges Gesetz muss die wesentlichen Fragen dieser Problematik klar und praxisgerecht regeln. Im Zusammenhang mit der Möglichkeit des Behandlungsabbruchs und den jeweiligen Umständen und Bedingungen, tritt auch immer wieder das Argument auf, dass es nicht geregelt ist, ob ein Behandlungsabbruch überhaupt einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf. Dies ist mitunter sicherlich ein Grund dafür, dass sich derartige Prozesse über einen längeren Zeitraum hinziehen. Wenn das Ziel ein Sterben ohne Leiden und Qual ist, dann ist es zu überlegen, wie solche Prozesse zu

beschleunigen wären. Ein langer Zustand der Ungewissheit ist für alle Beteiligten, die auf den richterlichen Urteilsspruch warten, nicht erstrebenswert. Die unklare Rechtssituation erschwert das Handeln aller beteiligten Instanzen und Personen. Derart schwerwiegende Entscheidungen einzig den Richtern zu überlassen ist weder sachgerecht noch praktikabel. Bei den vorgestellten Fällen wird großteils fernab von medizinischen Tatsachen argumentiert, verhandelt und entschieden. Andererseits ist es dem behandelnden Team bzw. den Betreuern nicht zumutbar, sich für den Behandlungsabbruch zu entscheiden, auch wenn diese Entscheidung mit dem Willen des Patienten vereinbar ist. Aufgrund fehlender Rechtsgrundlagen ist die Urteilsfindung bzw. Entscheidung des Gerichtes nicht vorhersehbar. Die wissenschaftstheoretischen Grundlagen von Medizin und Juristerei sind derart verschieden, dass eine fruchtbare Kooperation nur mit Hilfe klar definierter rechtlicher Vorgaben (Gesetze) erreicht werden kann. Unterliegen Lehrmeinungen, Bücher, Therapien und Guidelines in allen medizinischen Fachbereichen einer dynamischen Weiterentwicklung, so sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen weitgehend (temporär) als statisch zu bezeichnen.

Es ist teilweise unverständlich, dass Diagnosen bzw. die Ätiologie des Wachkomas im Einzelfall nicht in den Entscheidungsprozess einbezogen wurden. Sicherlich kann und wird auf Sachverständige zurückgegriffen, aber schon die Fragestellungen sind teilweise nicht genügend genau. Es macht meiner Meinung nach einen doch wesentlichen Unterschied, wie es zu dem hirnorganischen Defekt gekommen ist. Die altersbedingte Vorschädigung des Gehirns, im Sinne dementieller und atrophischer Prozesse, Ischämien, Blutungsanamnese und dergleichen, hat auf eine mögliche Besserung des momentanen Zustandsbildes durchaus Einfluss.

Abgesehen von den neurologischen Defiziten im engeren Sinn, haben auch Kontrakturen, periphere arterielle Verschlüsse, Dekubitus, Infektanfälligkeit etc. eine Aussagekraft und haben Einfluss auf die Prognose. Dies ist zu berücksichtigen.

Wie schon unter 2.2.2 Prognose beschrieben, gibt es einen signifikanten Unterschied in der Erholungstendenz aufgrund der Anamnese und des Alters der Patienten. Unter diesem Gesichtspunkt ist zu hinterfragen, wie weit die Aufrechterhaltung der künstlichen Ernährung bei Patienten, welche aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters oder der Vorschädigung von Gefäßen durch ein hypoxämisches Ereignis, in einen vegetativen Status fallen, ethisch vertretbar ist. In solchen Fällen stellt sich auch die Frage nach dem Ziel dieser therapeutischen Intervention. Soll man Leben künstlich verlängern, wenn eine

Person selbst an diesem Leben nicht mehr teilnehmen kann und auch keine Hoffnung auf Besserung besteht?

Auch die bereits beschriebene fMRI Studie kommt zu diesem Ergebnis, was die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung des Zustandsbildes oder der Möglichkeit der Umgebungswahrnehmung betrifft. Alle Patienten, die in dieser Studie untersucht wurden und eine Reaktion auf die geforderten Aufgaben zeigten, hatten eine traumatische Hirnschädigung in der Anamnese und waren zusätzlich noch jüngeren Alters.

Somit kann man also behaupten, dass das Alter und die Anamnese des Patienten einen bedeutenden Einfluss auf die Prognose haben. Genau diese beiden Punkte werden aber in richterlichen Entscheidungen wenig oder gar nicht berücksichtigt.

### **6.2.1 Bemerkungen zu angenommenen Anträgen**

Allen Anträgen, welche von den Betreuern eingebracht wurden und auch ihrem Wunsch, die künstliche Ernährung einzustellen, ist gemeinsam, dass der Wille des Patienten durch das Gericht ermittelt wurde, wie es die Bundesärztekammer in ihren Richtlinien vorsieht. Dies ist auf der Grundlage des Selbstbestimmungsrechts richtig, da nur dann behandelt werden darf, wenn der Patient dies auch möchte.

### **6.2.2 Bemerkungen zu abgelehnten Anträgen**

Hauptgrund für die Ablehnung eines Antrages auf Behandlungsabbruch, respektive Einstellung der künstlichen Ernährung, war oftmals die unklare Rechtslage. Die meisten Anträge wurden mit der Bitte um eine vormundschaftgerichtliche Genehmigung nach §1904 BGB eingebracht. Es wurde in den einzelnen Entscheidungen immer aufgrund eines, für diese Fälle nicht geeigneten, Paragraphen entschieden. Dabei war der Wille des Patienten nicht ausschlaggebend bzw. wurde der mutmaßliche Wille nicht ermittelt.

Wie schon beschrieben, ist eine richterliche Entscheidung bei Vorliegen eines Sachverständigengutachtens und einem Willen des Patienten, in welcher Form auch immer, nur aufgrund der Nichtanwendbarkeit des §1904 BGB nicht nachvollziehbar.

Nicht nachvollziehbar auch aus dem Grund, weil unterschiedliche Gerichte den gleichen Paragraphen (§1904 BGB) unterschiedlich auslegen. Es stellt sich somit die Frage nach der Bedeutung einer höchstgerichtlichen Entscheidung, die bereits seit 1994 (Anm. Kempten) vorliegt, und warum spätere Entscheidungen darauf nicht Bezug nehmen.

Es fällt auf, dass die Pathogenese des Wachkomas nie auf die Entscheidung der Gerichte Einfluss nimmt. In einem Großteil der beschriebenen Patientenfälle kam es durch hypoxämische, vaskuläre Ereignisse (Schlaganfall, Hirninfarkt, Stammganglienblutung usw.) zum Zustandbild des Wachkomas.

Wie unter 2.2.2 Verlauf beschrieben, haben diese Patienten nach heutigem Stand quasi keine Aussicht auf Besserung ihres Zustandbildes.

Meiner Meinung nach wäre es aber durchaus sinnvoll, neben der rechtlich ethischen Komponente (Wille des Patienten, in welcher Form auch immer), auch die medizinisch wissenschaftliche Komponente (Verlauf, Prognose) in die Entscheidung mit einzubeziehen.

Anhand des Patientenfalls 11 (5.2.11) kann man die Problematik des Nichteinleitens bzw. des Beendens einer begonnenen Therapie sehen. In diesem Fall wurde der Antrag abgelehnt. Durch den BGH-Beschluss 25.06.2010 macht es keinen Unterschied, ob die Therapie schon begonnen wurde oder nicht, sofern dies dem Willen des Patienten entspricht. Dieser Fall hätte also, einen komplett anderen Verlauf genommen, wenn der BGH-Beschluss schon bestanden hätte.

Der Fall (Fall 10), in dem aufgrund eines nicht vorliegenden oder ausreichenden Patientenwillens der Antrag abgelehnt wurde, stellt hier eine Ausnahme dar, welche aber logisch und auch nachvollziehbar ist. Anhand dieses Beispiels ist die Notwendigkeit, der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens gut zu erkennen, denn es darf zu keinen Entscheidungen gegen den Willen des Patienten kommen.

### **6.3 Therapieverzicht ICU vs. Wachkoma**

Eine parallele bzw. eine verwandte Problematik eines Behandlungsabbruches bei einem Wachkomapatienten, stellen die sogenannten end of life decisions oder Therapieabbrüche bzw. Therapiebegrenzungen an einer Intensivstation dar.

Auf Intensivstationen ist es üblich, für jeden Patienten einen Therapieplan zu erstellen, welcher beinhaltet, welche Ziele bei diesem Patienten erreicht werden sollen, aber vor allem auch, wie weit man im konkreten Fall mit den Möglichkeiten einer High-tech-Medizin überhaupt gehen kann. Diese Entscheidungen werden immer wieder überdacht und auf den aktuellen Zustand, den Verlauf und die Prognose des jeweiligen Patienten angepasst.

Es wird auf Intensivstationen immer mehr nach den Prinzipien gehandelt, dass, wenn man an die Grenzen des Machbaren stößt, auf weitere Maßnahmen verzichtet wird, bzw. bereits begonnene abgebrochen werden. Der Grund dafür ist, dass man erkannt hat, dass durch gewisse Maßnahmen kein Vorteil mehr für den Patienten entsteht, sondern eher im Gegenteil eine unnötige Verlängerung der Sterbephase erreicht wird.

Das Konsensuspapier der intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs sieht keinen ethischen Unterschied im Abbruch bereits begonnener oder im Verzicht der Aufnahme von Therapien. Dies wird in einem ihrer Leitsätze *„Alle Gründe, die einen Behandlungsverzicht rechtfertigen, legitimieren auch ihren Abbruch.“* betont.

Ein weiterer Leitsatz, welcher im Konsensuspapier veröffentlicht wurde, lautet: *„Eine nicht mehr begründbare Therapie ist ethisch nicht vertretbar und kann eine Körperverletzung darstellen, sofern dadurch irreversible Abläufe nur verlängert werden“*. Diese Aussage ist vernünftig und sinnvoll.

Wenn es nun auf Intensivstationen, wo Patienten behandelt werden, die erst seit relativ kurzer Zeit einen behandlungsbedürftigen Gesundheitszustand erreicht haben, Leitsätze und Konsensbeschlüsse über ein Vorgehen bei einem aussichtslosen gesundheitlichen Zustand gibt, ist nochmals zu hinterfragen, warum bei vorliegendem Patientenwillen, ermitteltem mutmaßlichem Willen des Betroffenen und einem komatösen Zustandsbild, dessen Verbesserungstendenz nach heutigem Stand der Wissenschaft einfach nicht gegeben ist, Richter gegen den Willen des Patienten entscheiden und ihm so den Wunsch und das Recht auf ein würdevolles Sterben nehmen. [43]

*Coram iudice et in alto mare in manu dei soli sumus.* - Vor Gericht und auf hoher See sind wir *allein* in Gottes Hand!

## 7. Abkürzungsverzeichnis

Abs	Absatz
AG	Amtsgericht
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bundesgesetzblatt
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
ERC	European Resuscitation Council
fMRI	funktionelle Magnetresonanz
LG	Landesgericht
OGH	Oberster Gerichtshof
OLG	Oberlandesgericht
ÖStGB	Österreichisches Strafgesetzbuch
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PVS	Persistent Vegetative State
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SW	Sachwalter
SWRÄG	Sachwalteränderungsgesetz
ZNS	Zentrales Nervensystem

## 8. Literaturverzeichnis

- [1] Berlit Peter, Basiswissen Neurologie, 5. überarbeitete und erweiterte Auflage
- [2] Masuhr Karl F., Neumann Marianne, Neurologie, 6. Auflage
- [3] Wachkoma.at Stand 27.07.2010
- [4] <http://de.wikipedia.org/wiki/Wachkoma>
- [5] Lipp Axel, *Klinische Kriterien zur Diagnose des Apallischen Syndroms* (Dissertation)
- [6] Dr. Gabriele Michitsch GZW, Apalliker Care Unit, Ernährung u. Schlucken aus medizinischer Sicht auf einer Wachkomastation, Präsentation, im Zuge der 5. Jahrestagung der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft am 20. Oktober 2006
- [7] <http://www.geronto.at>
- [8] <http://www.htma.info>
- [9] Dr. Ruckenbauer Hans-Walter, Ethik in der Medizin II KSR 4a im Wintersemester 2009
- [10] <http://www.ris.bka.gv.at/> Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch, Fassung vom 05.08.2010
- [11] Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006
- [12] Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 – SWRÄG 2006, BGBl. I Nr. 92/2006
- [13] Larsen Reinhard, Anästhesie, 8. Neu bearbeitete und erweiterte Auflage
- [14] Iberer Florian, Präsentationen im Modul 26 im Sommersemester 2010
- [15] <http://de.wikipedia.org/wiki/Sterbehilfe> (abgerufen am 18.10.2010)
- [16] Spezialfragen der Gesellschaftslehre – Prof. Neuhold – SoSem 2004 – erstellt von M.R. Löhnert
- [17] [http://de.wikipedia.org/wiki/Passive\\_Sterbehilfe](http://de.wikipedia.org/wiki/Passive_Sterbehilfe)
- [18] <http://www.sachwalterschaft.at/>
- [19] Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 – SWRÄG 2006
- [20] Sahm Stephan, Sterbebegleitung und Patientenverfügung
- [21] Salomon Fred, Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin
- [22] Barth/Ganner, Handbuch des Sachwalterrechts
- [23] Hrsg. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krebshilfe e.V., Sterben in Würde, Grundsätze und Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Stand Mai 2009
- [24] <http://derstandard.at/1234261124119/Fall-Eluana-Englaro-Sterben-und-sterben-lassen>

- [25] <http://www.sueddeutsche.de/leben/bundesgerichtshof-zur-sterbehilfe-bgh-staerkt-recht-auf-menschenwuerdiges-sterben-1.965304>
- [26] <http://www.wienerzeitung.at/DesktopDefault.aspx?TabID=4109&Alias=wzo&cob=504914>
- [27] BGH, Urteil vom 25. Juni 2010 - 2 StR 454/09 - LG Fulda
- [28] LG Fulda, Urteil vom 30. April 2009 – 16 Js 1/08 – Ks –
- [29] Simone Utler, BGH-Urteil zu Sterbehilfe - Recht revolutionär  
<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/0,1518,702945,00.html>
- [30] BGH 1. Strafsenat Urteil vom 13. September 1994 Az: 1 StR 357/94 LG Kempten 8. März 1994 Ks 13 Js 13155/93
- [31] SAMW, Behandlung und Betreuung von cerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, Stand vom 27. November 2003
- [32] SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, Stand vom 25. November 2004
- [33] SAMW, Patientenverfügungen Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, Stand von 19. Mai 2009
- [34] Wolfram Höfling, Das sog. Wachkoma – Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte
- [35] J.P. Nolan et al, European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010
- [36] Werni M, Popp W, Wilkens W, Ernährung und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin, Journal für Ernährungsmedizin 2001; 3 (3)
- [37] <http://www.pflegewiki.de/wiki/F1%C3%BCssigkeitssubstitution> (abgerufen am 18.11.2010)
- [38] <http://www.springermedizin.at/fachbereiche-a-z/i-o/neurologie/?full=13280> (abgerufen am 22.11.2010)
- [39] Kottusch P, Tillmann M, Püschel K., Survival time without food and drink
- [40] <http://dejure.org/gesetze/BGB/1904.html> Stand vom 12.01.2011
- [41] Late recovery after traumatic, anoxic, or hemorrhagic long-lasting vegetative state, Estraneo A, Moretta P, Loreto V, Lanzillo B, Santoro L, Trojano L.; Neurology. 2010 Jul 20;75(3):239-45. Epub 2010 Jun 16.
- [42] Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness  
Martin M. Monti, Ph.D., Audrey Vanhaudenhuyse, M.Sc., Martin R. Coleman, Ph.D., Melanie Boly, M.D., John D. Pickard, F.R.C.S., F.Med.Sci., Luaba Tshibanda, M.D., Adrian M. Owen, Ph.D., and Steven Laureys, M.D., Ph.D.; NEJM february 18, 2010

[43] Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und –beendigung an Intensivstationen, Wiener Klinischer Wochenschrift (2004) 116/21–22: 763–767

[44][http://diepresse.com/home/gesundheit/378183/Bewusstsein\\_Sensation-bei-WachkomaPatienten](http://diepresse.com/home/gesundheit/378183/Bewusstsein_Sensation-bei-WachkomaPatienten)

[45] Tom L. Beauchamp, James F. Childress (2009) Principles of Biomedical Ethics. 6. Auflage Oxford University Press, Oxford/New York,

[46] RIS - Justiz - Entscheidungstext 6Ob286/07p

[47] Univ.Prof. DDr Christian Kopetzki, Rechtliche Aspekte der Therapiebegrenzung, Weissensee-Symposium 2009