

# 17 Ausgewählte Strafrechtsprobleme im Bereich der Kranken- und Altenpflege

## 17.1 Verabreichen von Injektionen

Sehr häufig entsteht im Rahmen der Delegation die Frage, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen das Kranken- und Altenpflegepersonal und seine Schüler Injektionen vornehmen dürfen. Diese Frage lässt sich jedoch nicht mit ja oder nein beantworten. Um dem Problem umfassend gerecht zu werden, müssen zunächst verschiedene Rechtsbereiche unterschieden werden.

- So gibt es die *standesrechtliche* bzw. *berufspolitische Überlegung*, welche Injektionsart zum Tätigkeitsbereich der beruflich Pflegenden und welche zum Tätigkeitsbereich des Arztes gehören bzw. unter welchen Voraussetzungen und an wen sie delegiert werden können.
- *Arbeitsrechtlich* ergibt sich die Problematik, inwieweit derartige Weisungen befolgt werden müssen bzw. was geschieht, wenn Pflegekräfte entgegen innerbetrieblicher Anordnung Injektionen erteilen (Ermahnung, Abmahnung, Kündigung, Schadenersatz).
- *Berufsrechtlich* spielt diese Frage insofern eine Rolle, als bei Unzuverlässigkeit der Pflegekraft die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung widerrufen werden kann, was bei schuldhaftem Fehlverhalten in Betracht kommt.
- Zivilrechtliche und damit haftungsrechtliche Folgen können sich ergeben, wenn die Injektion beim Patienten zu Schäden führt und zwar sowohl für den Arzt, der delegiert hat, als auch für die ausführende Pflegekraft.
- Schließlich bleibt noch die *strafrechtliche* Verantwortung, da jede Injektion den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt und nur dann straflos bleibt, wenn sie von einer Einwilligung des Patienten gedeckt ist und ordnungsgemäß ausgeführt wurde.

### 17.1.1 Delegieren von Injektionen auf das Pflegepersonal

Im Folgenden soll nur die Zulässigkeit der Injektion aus dem Blickwinkel des Zivilrechts (Haftung) und Strafrechts betrachtet werden. Wichtig ist zunächst die Feststellung, dass keine gesetzlichen oder tarifvertraglichen Vorschriften bestehen, die die Zulässigkeit des Verabreichens von Injektionen durch das Pflegepersonal regeln. Dennoch hat die Rechtsprechung bestimmte Grundsätze aufgestellt, die beachtet werden müssen. Wie jeder medizinische Eingriff durch Arzt und Pflegepersonal (S. 159) stellt auch die Injektion einen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten dar. Nach Ansicht der Rechtsprechung fällt daher die Verabreichung einer Injektion in den **Aufgaben und Verantwortungsbereich des Arztes**. Dementsprechend trägt er auch die **Gesamtverantwortung**, d. h. er ist trotz Delegation weiter verantwortlich für die Anordnung, Auswahl und Überwachung des Krankenpflegepersonals.

Die Durchführung der Injektion darf im Rahmen der ärztlichen Anordnung dem medizinischen Assistenzpersonal übertragen werden, wenn es die hierfür **erforderlichen theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen** besitzt und der Eingriff wegen der besonderen Gefährlichkeit im Einzelfall nicht das persönliche Handeln des Arztes erfordert. Bei dieser Delegation werden drei verschiedene Verantwortungsbereiche unterschieden (► Abb. 17.1).

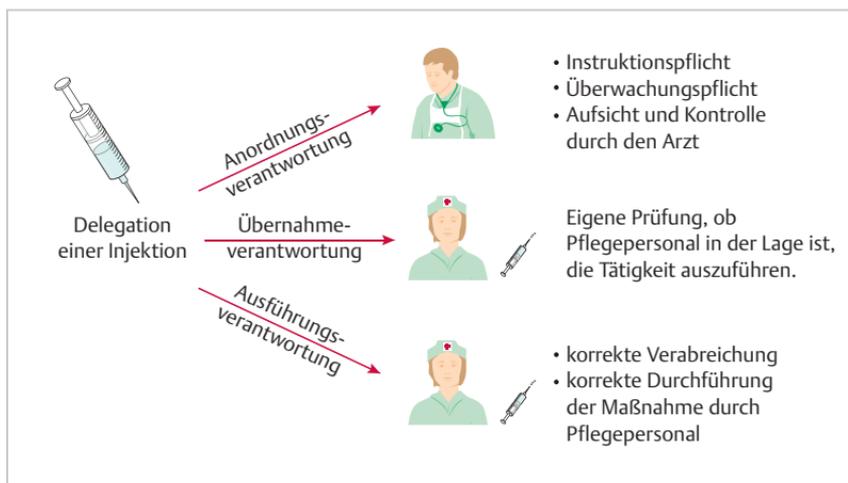


Abb. 17.1 Delegation einer Injektion

## Anordnungsverantwortung

Die Anordnung von Injektionen jeglicher Art liegt im alleinigen Zuständigkeitsbereich des Arztes (Anordnungsverantwortung). Dies bedeutet, dass der Arzt allein bestimmt, ob, wann und welche Injektion verabreicht wird. Diese Verantwortung umfasst auch eine Instruktions- und Überwachungspflicht gegenüber dem ausführenden Pflegepersonal. Er muss sich vergewissern, ob die Pflegekraft über die erforderlichen theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen verfügt. Des Weiteren muss er sie überwachen.

## Übernahmeverantwortung

Die Pflegeperson trifft die Übernahmeverantwortung. Dies bedeutet, dass sie nach gesunder Selbsteinschätzung zu prüfen hat, ob sie sich im Moment der Übernahme der Tätigkeit in der Lage fühlt, die übertragene Aufgabe zu erledigen. Fühlt sie sich – warum auch immer – hierzu nicht in der Lage, darf sie die Tätigkeit nicht übernehmen. Sie darf sich und muss sich sogar weigern, die Aufgabe auszuführen, muss dies jedoch sofort dem anordnenden Arzt gegenüber mitteilen. Neben dieser Weigerungspflicht gibt es auch die Remonstrationspflicht. Diese beinhaltet die Pflicht, auftretende Bedenken gegen die ärztliche Anordnung dem Arzt gegenüber mitzuteilen. Wird die Anordnung trotzdem aufrechterhalten, muss sie allerdings ausgeführt werden, es sei denn es läge eine Straftat vor.

## Durchführungsverantwortung

Für die Durchführung der Maßnahme ist derjenige verantwortlich, der eigenhändig die delegierte Tätigkeit ausführt. Diese Durchführungsverantwortung umfasst die korrekte Vorbereitung wie Desinfektion sowie die technisch richtige Durchführung der Injektion.

Auch muss die Pflegekraft auftretende Komplikationen beherrschen bzw. solche erkennen und in der Lage sein, die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um diesen entgegenzuwirken. Grundsätzlich ist Folgendes festzuhalten: Je höher die Qualifikation des Assistenzpersonals ist, desto eher darf es zur Injektion herangezogen werden und desto geringer sind die Anforderungen des Arztes an die Pflicht der Überwachung. Je geringer die Qualifikation, desto weniger darf der Betroffene mit den hier fraglichen Eingriffen betraut werden und desto höhere Anforderungen sind an die Kontroll- und Überwachungspflicht zu stellen.

## 17.1.2 Qualifikation des Pflegepersonals

Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin darf eine Injektion nur verabreichen, wenn sie aufgrund ihrer Kenntnisse und ihrer Erfahrung sowohl die *Technik des Injizierens* beherrscht, als auch über theoretische Grundkenntnisse des zu verabreichenden Medikamentes verfügt. Damit kann keinesfalls von einer generellen Eignung einer geprüften Gesundheits- und Krankenpflegerin ausgegangen werden. Die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung (Gesundheits- und Krankenpflegerin, Arzthelferin usw.) reicht als Qualifikationsnachweis ebenso wenig aus wie umgekehrt bestimmten Assistenzberufen die Befähigung von vornherein abgesprochen werden kann. Entscheidend ist vielmehr der Grad der durch die vorgeschriebene Berufsausbildung und die Zusatzausbildung erworbene Fähigkeit, die gerade zum Zeitpunkt des Eingriffes noch vorliegen muss. So kann es im konkreten Einzelfall ohne Weiteres möglich sein, dass eine Krankenpflegehelferin durch langjährige Berufserfahrung die Fähigkeit besitzt, eine bestimmte Injektion zu verabreichen, während im gleichen Fall eine examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin diese Injektion nicht setzen darf (weil sie z. B. lange Jahre diese Tätigkeit nicht mehr ausgeübt und damit ihre diesbezügliche Fähigkeit verloren hat).

## 17.1.3 Art der Injektion

Je höher die Gefährlichkeit des Injizierens ist, desto eher muss sie der Arzt selbst durchführen. Diese Gefährlichkeit kann sich aus der Art der Injektion ergeben (intrakutane, subkutane, intramuskuläre, intravenöse Injektion) oder aus dem Medikament, welches durch die Injektion verabreicht wird. Von der Gefährlichkeit hängt auch ab, wie hoch die Qualifikation der Schwester sein muss, wenn sie selbst die Injektion durchführen will bzw. muss. Das bedeutet demzufolge, dass eine Schwester befugt sein kann, eine subkutane Injektion zu verabreichen, nicht jedoch eine intravenöse.

## 17.1.4 Ärztliche Überwachung

Soweit der Arzt das Verabreichen einer Injektion an die Gesundheits- und Krankenpflegerin delegiert, hat er diese sorgfältig **auszuwählen**, sie erforderlichenfalls **anzuleiten** und dann, falls nötig, zu **überwachen**. Der Umfang dieser Aufgaben hängt wieder davon ab, um welche Art der Injektion es sich handelt bzw. welche Gefahren hiermit verbunden sind. Für den Arzt genügt es nicht, wenn er sich einen „Spritzenschein“ zeigen lässt, ohne nachzufragen, ob der ausgewiesene Wissensstand noch bei der Schwester vorhanden ist. Kennt er die Schwester jedoch und ihre Fähigkeit zum Injizieren, kann er natürlich darauf vertrauen, dass sie diese Fähigkeit nicht „über Nacht“ verloren hat.

Wie oben bereits erwähnt, gibt es verschiedene Injektionen (intrakutan, subkutan, intravenös und intramuskulär) und daneben noch Infusion, Transfusion und die Blutentnahme.

Es kann nicht grundsätzlich gesagt werden, welche Arten von Injektionen durchgeführt werden dürfen und welche nicht. Entscheidend ist und bleibt der Einzelfall, d. h. die individuelle Gesundheits- und Krankenpflegerin und deren Kenntnisstand. Allerdings spricht eine gewisse Vermutung dafür, dass z. B. die Verabreichung einer intramuskulären Injektion durch Krankenpflegehelfer unzulässig ist, da sie zumindest nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung hierfür nicht ausgebildet sind und deren fehlerhafte Ausführung zu typischen schwerwiegenden Schäden führen kann. Zulässig ist die Injektion jedoch, wenn die Helferin oder der Helfer ausnahmsweise besonders qualifiziert und über das allgemeine Ausbildungsziel hinaus geübt ist. Unabhängig von diesen Ausführungen bleibt es dem Krankenhausträger als dem Arbeitgeber des Pflegepersonales unbenommen, innerbetriebliche Regelungen zu treffen. So kann z. B. grundsätzlich das Übertragen der intravenösen Injektion auf die Schwester durch den Arzt untersagt werden, mit der Konsequenz, dass diese auch dann nicht „spritzen“ muss bzw. darf, wenn sie es könnte. Weigert sie sich unter Berufung auf diese Regelung zu injizieren, handelt sie richtig (Ausnahme: Notfall). Andererseits kann **eine** innerbetriebliche Regelung niemals zum Gegenstand haben, dass z. B. eine examinierte Schwester intravenös spritzen muss (was ja dann auch bei derjenigen gelten würde, die es überhaupt nicht kann).

*Für die strafrechtliche Verantwortung bedeuten diese Ausführungen nun Folgendes:*

Bei jeder Art der Injektion liegt wegen des Einstichs zunächst der Tatbestand der Körperverletzung vor. Diese ist jedoch dann nicht rechtswidrig (und damit nicht strafbar), wenn der Patient eine wirksame Einwilligung erteilt. Vor der Erteilung der Einwilligung muss der Patient aufgeklärt werden. Diese Aufklärung muss zum einen die mit der Injektion verbundenen Risiken umfassen. Zum anderen geht jeder Patient selbstverständlich davon aus, dass derjenige, der die Injektion verabreicht (Krankenpflegepersonal oder Arzt), über die erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse verfügt. Ist dies nicht der Fall, müsste er hierüber zusätzlich aufgeklärt werden, da dies für den Patienten von Bedeutung ist. Eine Einwilligung ohne diese Aufklärung wäre von vorneherein unwirksam.

## 17.2 Sterbehilfe

Seit die Medizin derartige Fortschritte macht, dass der Zeitpunkt des Todes teilweise entscheidend vom Gebrauch der modernen Medizin samt ihrer Apparaturen abhängig gemacht wird, drängt sich die Frage auf, wo die Grenzen der Manipulierbarkeit des Todes liegen. Hier ist insbesondere das **Selbstbestimmungsrecht** über das eigene Leben und darüber hinaus zu respektieren, nachdem der Mensch nicht zum bloßen Objekt der Medizin degradiert werden darf. Die Sterbehilfe bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen den beiden gleichermaßen durch das Grundgesetz geschützten Werten

- der **Menschenwürde** (keine Lebenserhaltung gegen den Willen des Menschen um jeden Preis – Recht auf menschenwürdigen Tod) und
- des **Rechtes auf Leben** (keine gezielte Lebensverkürzung gegen den Willen des Menschen).

Die folgenden Ausführungen sollen die *Sterbehilfe aus strafrechtlicher Sicht* darstellen und der Frage nachgehen, wann Sterbehilfe strafbar ist und unter welchen Voraussetzungen nicht. Hier sollen keine moralischen, ethischen oder berufs- bzw. standespolitischen Erwägungen erfolgen, die den Rahmen dieses Buches über Gesetzeskunde sprengen würden und ebenso wenig rechtlich bindend wären wie die bereits bestehenden Richtlinien von Berufsverbänden zu diesem Thema. Diese stellen allenfalls strafrechtlich unverbindliche Verhaltensanweisungen an den Arzt dar. Die Frage, ob Sterbehilfe strafbar ist, kann nicht mit ja oder nein beantwortet werden. Hier muss man zwischen den einzelnen Formen der Sterbehilfe unterscheiden (► Abb. 17.2).

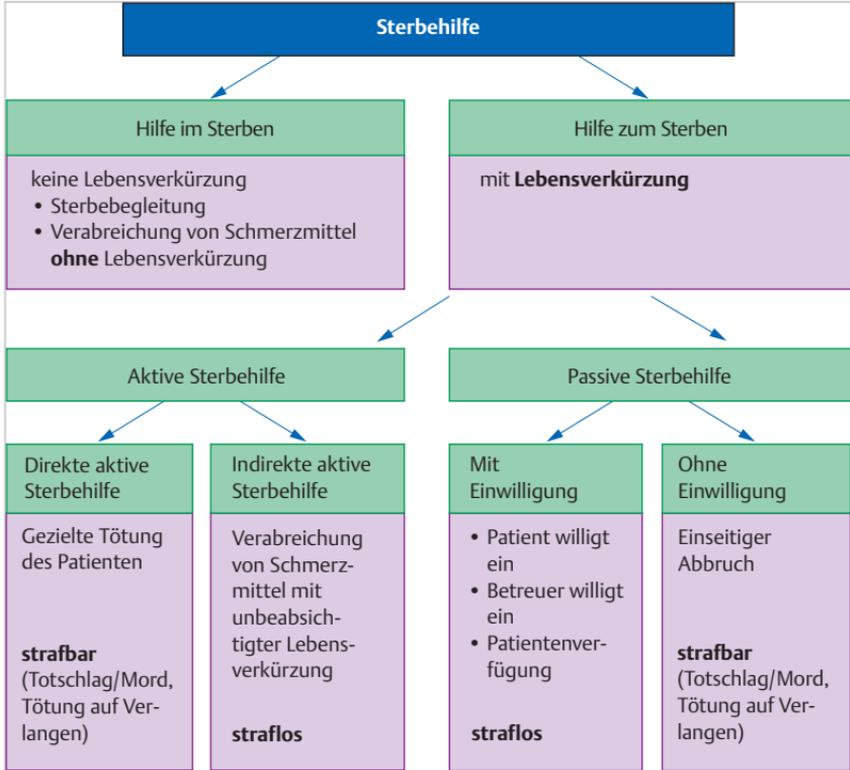


Abb. 17.2 Strafrechtliche Einteilung der Sterbehilfe

Zunächst ist festzuhalten, dass in der Rechtsprechung und der Literatur keine einheitliche Terminologie bezüglich der unterschiedlichen Arten von Sterbehilfe existiert. So spricht der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung vom 13.9.1994 (1 StR 357/94 sog. Kempener-Urteil) davon, *Sterbehilfe setze voraus, dass das Grundleiden eines Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar (irreversibel) ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird*. Fehle es an einer derartigen Prog-

nose, insbesondere das Merkmal „Todesnähe“, so habe der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt, sodass es sich bei dem Patienten überhaupt noch nicht um einen Sterbenden handele. Es läge dann Sterbehilfe im weiteren Sinn vor. Diesem Urteil folgten weitere grundsätzliche Entscheidungen des Bundesgerichtshofes, wonach es für die Zulässigkeit der Sterbehilfe nicht mehr zwingend erforderlich sei, dass der Tod des Sterbenden unmittelbar bevorstehe.

Abweichend von den Voraussetzungen erscheint es daher nicht mehr erforderlich, zwischen der Sterbehilfe im engeren Sinn und der Sterbehilfe im weiteren Sinn zu unterscheiden. Um Sterbehilfe handelt es sich daher grundsätzlich, wenn einem Sterbenden insofern Hilfe geleistet wird, als sein Sterbeprozess erleichtert oder beschleunigt wird. Ein Sterbender ist ein Patient, der unheilbar (irreversibel) an einem Grundleiden erkrankt ist und dessen Krankheit einen tödlichen Verlauf angenommen hat. Diese Hilfe kann nun darin bestehen, dass der Sterbende während seines Sterbeprozesses begleitet wird (psychischer Beistand und Schmerzbekämpfung), ohne dass sein Leben dadurch verkürzt wird (**Hilfe im Sterben**).

Die Sterbehilfe kann aber auch darin bestehen, dass das Leben des Sterbenden bewusst abgekürzt wird (**Hilfe zum Sterben**). Dies kann dadurch geschehen, dass der Arzt bestimmte Maßnahmen durchführt, d. h. aktiv hilft, um das Leben zu verkürzen (**aktive Sterbehilfe**) oder Behandlungsmaßnahmen unterlässt (**passive Sterbehilfe**), um das Leben vorzeitig zu beenden. Hier stellt sich die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine derartige Hilfe zulässig ist.

## Aufgabe 61

Der Patient ist bewusstlos. Er wird künstlich ernährt. Die Krankheit ist irreversibel und verläuft tödlich. Darf hier ein Abbruch der künstlichen Ernährung vorgenommen werden? Erläuterung im Anhang, Aufgabe 61 (S.516)

### 17.2.1 Hilfe im Sterben

Die Hilfe im Sterben soll dem Patienten den eintretenden Tod **erleichtern**. Arzt und Pflegepersonal haben die Aufgabe, einen im Sterben liegenden Patienten zu betreuen und seinen Schmerz sowie seine Angst zu lindern. Das Sterben soll ihm erträglich gemacht werden. Diese **Sterbebegleitung** ist ein selbstverständliches Gebot der Humanität, und eine dementsprechende Medikation ist eine Verpflichtung aufgrund des Behandlungsvertrages. Werden dazu *Medikamente eingesetzt, die keine lebensverkürzende Wirkung haben*, spricht man von einer Hilfe *im* Sterben. Sie ist nicht strafbar.

#### Beispiel

Dem Patienten wird ein Beruhigungsmittel verabreicht, das unschädlich ist, aber seine Schmerzen lindert.

## 17.2.2 Hilfe zum Sterben

Bei der Hilfe zum Sterben unterscheidet man zwischen der *aktiven* und *passiven Sterbehilfe*.

### Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe leistet jemand, der eine Maßnahme (aktiv) durchführt, die – gewollt oder ungewollt – **das Leben des Patienten verkürzt**.

#### Beispiel

Der Arzt verabreicht dem Sterbenden eine tödliche Injektion. Unmittelbar durch das aktive Tun des Arztes tritt der Tod ein.

Bei der aktiven Sterbehilfe unterscheidet man zwischen der *direkten* aktiven Sterbehilfe und der *indirekten* aktiven Sterbehilfe.

### Direkte aktive Sterbehilfe

Eine direkte aktive Sterbehilfe liegt in der **gezielten Tötung** des Patienten. Dabei ist es unerheblich, aus welchen Motiven diese Tötung erfolgt, ob aus Mitleid oder aufgrund eines Wunsches des Patienten. Auch die schmerzlose gezielte Tötung eines Menschen, der qualvoll dahinsiecht und sein Leben für unerträglich und sinnlos hält, stellt eine direkte Sterbehilfe dar. Diese Form der Sterbehilfe ist *strafbar* und zwar als Mord gemäß (§ 211 StGB), wenn ein Mordmerkmal vorliegt, ansonsten als Totschlag gemäß § 212 StGB oder als Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB, wenn sie auf ausdrücklichen und ernsthaften Wunsch des Patienten geschieht.

Seit April 2002 ist erstmals in den Niederlanden die aktive direkte Sterbehilfe gesetzlich geregelt. Demnach macht sich ein Arzt nicht strafbar, wenn er

- zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat,
- zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
- den Patienten über seinen Zustand und dessen Aussichten informiert hat,
- mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es in dem Stadium, in dem sich der Patient befand, keine angemessene andere Lösung gab,
- mindestens einen anderen unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in obigen Punkten bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und
- die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.

Ähnliche Regelungen bestehen nun auch in anderen Ländern.

In Deutschland ist die direkte aktive Sterbehilfe strafbar.

Diese Art von strafbarer Tötung muss von der straflosen Beihilfe zum Suizid unterschieden werden. Letztere liegt dann vor, wenn der Patient die letzte zur Tötung führende Handlung selbst und eigenverantwortlich vornimmt, er somit bis zuletzt die Tatherrschaft über sein Tun innehat. Siehe hierzu auch die Ausführungen zur Straflosigkeit der Selbsttötung (S. 167).

## Aufgabe 62

Schwester Erika kann nicht mehr zusehen, wie der krebserleidende Patient schmerzgekrümmt dahinsieht. Auf sein Flehen, sein Leben zu beenden, verabreicht ihm Erika eine tödliche Injektion. Macht sie sich strafbar?  
Erläuterung im Anhang, Aufgabe 62 (S. 516)

Auch die „Vernichtung sog. lebensunwerten Lebens“ (**Euthanasie**) ist als direkte aktive „Sterbehilfe“ strafbar. Der Begriff wurde vor allem durch die Vernichtung menschlichen Lebens durch die NS-Euthanasie-Aktionen geprägt. Bei dem betroffenen Personenkreis handelte es sich nicht um Sterbende, sondern um Menschen mit oft geistigen oder körperlichen Missbildungen oder Menschen, die für den Staat angeblich ohne Wert waren. Eine derartige Lebensverkürzung ist ohne Ausnahme strafbar.

## Indirekte aktive Sterbehilfe

Werden dem Patienten *Schmerzmittel verabreicht, die als unerwünschte oder unvermeidbare Nebenfolge eine Lebensverkürzung bewirken*, spricht man von indirekter Sterbehilfe. Sie ist straflos. Die Verabreichung solcher Medikamente ist zulässig, wenn keine weniger eingreifenden Mittel vorhanden sind, um den Schmerz ebenso effektiv zu bekämpfen, und eine Einwilligung des Patienten oder des Betreuers hierzu vorliegt. Es muss sich um eine gebotene schmerzlindernde Medikation handeln.

## Aufgabe 63

Ein Patient liegt im Sterben. Wegen unerträglicher Schmerzen bittet er um ein Schmerzmittel. Nachdem er bereits seit längerer Zeit Schmerzmittel bekommt und sich der Körper daran gewöhnt hat, gibt ihm die Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. der Arzt ein derart starkes Mittel, dass damit auch eine Beschleunigung des Todesintritts verbunden ist. Der Patient stirbt aufgrund des Mittels früher. Ist die Handlung von Arzt und Gesundheits- und Krankenpflegerin strafbar?  
Erläuterung im Anhang, Aufgabe 63 (S. 516)

## Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe liegt vor, wenn eine ärztliche **lebenserhaltende Behandlungsmaßnahme unterlassen oder abgebrochen** wird.

Bei der passiven Sterbehilfe wird der Tod des unheilbar Erkrankten, dessen Krankheitsverlauf irreversibel ist, nicht durch eine aktive Handlung herbeigeführt, sondern dadurch, dass der Arzt eine lebensverlängernde Maßnahme gar nicht erst vornimmt oder eine solche Maßnahme beendet.

### Beispiel

Bei dem Patienten A wird die maschinelle Beatmung erst gar nicht eingeleitet. Beim Patienten B wird die künstliche Ernährung eingestellt (Behandlungsabbruch). In beiden Fällen stirbt der Patient nicht unmittelbar durch ein aktives Tun des Arztes, sondern weil es dieser unterlässt, eine Behandlung einzuleiten bzw. fortzusetzen.

Die passive Sterbehilfe ist ein *Sterbenlassen durch Verzicht auf – weitere – lebensverlängernde Maßnahmen*, sowohl bei moribunden Patienten als auch bei irreversiblen Bewusstlosen.

Im Unterschied zur strafbaren Tötung auf Verlangen, bei der das Leben des Patienten aktiv beendet wird, wird bei der passiven Sterbehilfe durch die Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen dem natürlichen Prozess der tödlichen Krankheit „nicht in den Arm gefallen“ sondern seinen Lauf gelassen. Unerheblich ist dabei, ob die laufende Verabreichung von lebenserhaltenden Medikamenten eingestellt, die künstliche Ernährung abgestellt wird oder technische, das Leben aufrechterhaltende Geräte abgeschaltet werden. In all diesen Fällen liegt ein *Behandlungsabbruch* vor, der dann zum Todeseintritt führt. Die bekanntesten Anwendungsfälle sind hier Patienten, die im Wachkoma liegen bzw. am apallischen Syndrom leiden.

Diesem Behandlungsabbruch gleichgestellt wird der Fall, dass eine derartige lebensverlängernde Behandlung gar nicht erst aufgenommen wird. Zunächst ist als selbstverständlich zu betonen, dass Arzt und Pflegekraft alles ausschöpfen müssen, um den Krankheitszustand zu verbessern. Ist dann eine Grenze erreicht, ab der es nur noch darum geht, den Tod hinauszuschieben, stellt sich die Frage, ob eine weitere Behandlung durchgeführt werden muss oder ob eine begonnene Behandlung abgebrochen werden darf. Die Antwort auf diese Frage hängt einzig und allein davon ab, ob der Patient/Sterbende mit der passiven Sterbehilfe einverstanden ist oder nicht. Der Wille des Sterbenden ist zu respektieren. Dies ergibt sich direkt aus der Menschenwürde (Art. 1 GG) und aufgrund des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Die passive Sterbehilfe ist demzufolge zulässig und straflos, wenn der Sterbende einwilligt. Bezüglich dieser erforderlichen Einwilligung ist wie folgt zu unterscheiden:

#### Einwilligungsfähiger Patient

Beim einwilligungsfähigen Patienten kommt es ausschließlich auf **seinen** Willen an.

- Lehnt der Patient trotz ausführlicher Aufklärung eine Behandlung ausdrücklich ab (mündlich, schriftlich oder durch Gestik) und ist er einwilligungsfähig, darf die Behandlung nicht durchgeführt bzw. muss sie abgebrochen werden.

Es gibt *keinen Behandlungszwang* (eines einwilligungsfähigen Patienten)!

Der nach angemessener Aufklärung erklärte Wille eines urteilsfähigen Patienten ist zu respektieren. Dies folgt aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, welches von der Rechtsprechung höher als sein Wohl und seine Gesundheit eingestuft wird. Daher ist auch eine Behandlung abzubrechen, wenn es der Patient bei dieser Sachlage verlangt.

- Will der Patient weiterbehandelt werden, so darf eine indizierte Behandlung in keinem Fall abgebrochen werden.

17

#### Einwilligungsunfähiger Patient

Ist der Patient im Zeitpunkt der Entscheidung über eine Weiterbehandlung oder einen Behandlungsabbruch nicht mehr entscheidungsfähig (einwilligungsunfähig), so bedarf er eines Vertreters (entweder eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten). Dieser hat jetzt zu entscheiden.

- *Vorliegen einer Patientenverfügung*

Seit dem 1.9.2009 sind die Patientenverfügung und ihre Bedeutung in § 1901a BGB gesetzlich geregelt.

Eine Patientenverfügung ist die schriftliche Festlegung des Willens eines volljährigen Patienten – vgl. Anlage 3 zum Betreuungsrecht (S. 317). Im Zeitpunkt der Abfassung der Patientenverfügung muss der Patient einwilligungsfähig sein; Geschäftsfähigkeit ist dagegen nicht erforderlich. Der Patient legt hier für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit fest, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt, § 1901a Abs. 1 BGB.

Diese Willenserklärung des Patienten muss sich auf konkrete Umstände und Maßnahmen beziehen. Nicht genügen würde der Wunsch, „wenn ich einmal sehr krank und nicht mehr in der Lage bin, ein für mich erträgliches umweltbezogenes Leben zu führen, möchte ich würdevoll sterben dürfen“.

Die Patientenverfügung ist jederzeit, ohne besondere Form, widerrufbar.

Liegt nun eine solche vor, prüft der Betreuer, ob sie in der vorliegenden Situation anzuwenden ist. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Dies bedeutet für den Behandlungsabbruch, dass der Betreuer hierin einwilligen muss, sofern der Patient dies in seiner Patientenverfügung für diesen Fall bestimmt hat.

Liegt eine wirksame Patientenverfügung vor und ist kein Betreuer bestellt bzw. ein Bevollmächtigter vorhanden, so ist fraglich, ob es zur Umsetzung der Patientenverfügung eines Betreuers bedarf. Nach dem am 26.2.2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz besagt § 630d BGB Folgendes:

„Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, **soweit nicht eine Patientenverfügung die Maßnahme gestattet oder untersagt.**“ Demzufolge wäre die Patientenverfügung allein bindend, ohne dass es noch der Bestellung eines Betreuers bedürfte.

- *Frühere mündliche Erklärung des Patienten*

Liegt keine Patientenverfügung vor, hat der Betreuer den früher erklärten Willen des Patienten zu respektieren, wenn dieser in klarer und bestimmter Form abgegeben wurde. Diese mündliche Erklärung ist für den Betreuer bindend, wenn der Patient sie im Zustand seiner Einwilligungsfähigkeit abgegeben hat.

Der Nachteil dieser lediglich mündlichen Erklärung liegt allerdings darin, dass sowohl ihre Existenz als auch ihr Inhalt schwer nachweisbar sind.

- *Mutmaßlicher Wille des Patienten*

Kann der Patient seinen Willen nicht mehr äußern und liegt weder eine frühere mündliche Erklärung noch eine Patientenverfügung vor, kommt es auf seinen mutmaßlichen Willen an. Diesen hat der Betreuer festzustellen und dann in diesem Sinne zu entscheiden.

Zur Feststellung des mutmaßlichen Willens des Patienten hat der Betreuer frühere Äußerungen des Patienten heranzuziehen und seine Lebensphilosophie, religiöse Vorstellungen und Wertvorstellungen zu berücksichtigen. Er kann zu diesem Zweck auch Gespräche mit Angehörigen und Nahestehenden führen, die ihm bei der Feststellung des vermuteten Willens des Patienten helfen können.

- Unabhängig davon, ob eine Patientenverfügung vorliegt, es auf frühere mündliche Erklärungen des Patienten oder ob es auf seinen mutmaßlichen Willen ankommt: In jedem dieser Fälle gelten obige Ausführungen bei einwilligungsunfähigen Patienten

**unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Patienten**, § 1901a Abs.3 BGB. Der Gesetzgeber hat hier eine klare Regelung getroffen, die nicht nur im Fall der Sterbehilfe anzuwenden ist. Sie gilt unabhängig davon, ob der Sterbeprozess bereits begonnen hat, in allen Fällen.

- **Beteiligung des Betreuungsgerichts**

Eine Beteiligung des Betreuungsgerichts sieht seit dem 1.9.2009 § 1904 Abs. 2, 3 BGB in folgenden Fällen vor:

Die Nichteinwilligung (untersagte Behandlungsaufnahme) oder der Widerruf der Einwilligung (Behandlungsabbruch) des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Patient aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt.

Mit anderen Worten: Willigt der Betreuer in eine **angebotene** indizierte Behandlung nicht ein und kann dies zum Tod des Patienten führen, muss diese Nichteinwilligung des Betreuers vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

Gleiches gilt, wenn der Betreuer die einmal erteilte Einwilligung (sowohl wenn er sie selbst erteilt hat, als auch wenn der Betroffene sie noch im Zustand seiner Einwilligungsfähigkeit erteilt hat) später widerrufen will, z. B. um medizinische Geräte bei einem Komapatienten abzuschalten.

**Ausnahme:** Die Genehmigung durch das Betreuungsgericht ist gem. § 1904 Abs. 4 BGB jedoch dann nicht erforderlich, wenn zwischen dem Betreuer und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht, der in der Patientenverfügung zum Ausdruck kommt.

- **Liegt keine Einwilligung** des Patienten oder des Betreuers zum Behandlungsabbruch vor, darf dieser grundsätzlich nicht vorgenommen werden. Ein Abbruch wäre strafbar. Letztlich kann die fehlende Einwilligung immer entweder vom Patienten selbst oder von einem zu bestellenden Betreuer eingeholt werden. Dessen Entscheidung ist dann zu respektieren. Verweigert der Betreuer rechtsmissbräuchlich seine Einwilligung, besteht für das Betreuungsgericht die Möglichkeit, ihn gemäß § 1908b Abs. 1 BGB zu entlassen.
- Der Arzt ist jedoch auch bei zulässiger Anwendung der passiven Sterbehilfe verpflichtet, palliativmedizinische Versorgung und Basisversorgung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine menschenwürdige Unterbringung genauso wie Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

**Beispiel**

Soll eine zusätzlich auftretende Krankheit (z. B. Lungenentzündung, Infektion o. Ä.) noch behandelt werden?

Soll die maschinelle Beatmung eingestellt werden?

Soll die künstliche Nahrungszufuhr eingestellt werden?

Soll eine PEG-Sonde gelegt werden?

Alle diese Maßnahmen bedürfen der Einwilligung des Patienten bzw. bei dessen Einwilligungsfähigkeit der Einwilligung des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten.