

Patientenverfügung - Strafrechtliche Grenzen der Freiheit zu Sterben

Wiss. Ass. Dr. Marco Mansdörfer, Universität Freiburg

Als würde es nicht genügen, dass der moderne Staat vom Gebrauch von Getränkedosen bis hin zur Verwendung Strom sparender Glühbirnen tief in unser Alltagsleben hineinregiert, so scheint der Gesetzgeber inzwischen auch das Sterben genau regeln zu wollen¹. Macht sich der Bürger auf die Suche nach der bestmöglichen rechtlichen Versorgung und googelt er sich dabei durch das Internet, stößt er etwa auf www.patientenverfuegung.de. Dort kann er zwischen der „Optimalen Patientenverfügung“ und der „Standard-PV“ auswählen. Wie sonst so häufig im Leben liegt auch hier der Unterschied im Preis: Die „optimale Patientenverfügung“ mit Beratungsangebot kostet zwischen 48 und 96 €, während die „Standard-PV“ im do-it-yourself-Verfahren selbst und kostenlos online erstellt werden kann.

I. Die zentrale Problematik der Patientenverfügung

Hinter dem, was hier leicht surrealistisch erscheint, verbirgt sich im Wesentlichen eine einzige, immer häufiger virulente, sehr persönliche und unendlich schwierige Frage: Der Einzelne soll sich darüber erklären, in

¹ Siehe BT-Drs. 16/8442

welchem Umfang er am Ende seines Lebens intensiv-medizinisch behandelt werden möchte. Die Frage wird natürlich in erster Linie dem einzelnen Betroffenen gestellt. Er muss für sich klar werden, wie er diese Situation gelöst wissen möchte. Dokumentiert er die für seine Person gültige Auffassung schriftlich, so hat er eine sog. Patientenverfügung verfasst. Vor jeder weiteren Problematisierung dieser Thematik muss dabei eines positiv herausgestellt werden: Die moderne Intensivmedizin hat es immerhin geschafft, dem Einzelnen in vielen Fällen selbst im letzten Akt des Lebens noch einen Rest von Selbstbestimmung zu ermöglichen, der vor wenigen Jahrzehnten so nicht denkbar war.

Die Folgen seiner Entscheidung treffen freilich nicht nur den Sterbenden, sondern auch seine Umgebung: In erster Linie betroffen sind hier die behandelnden Ärzte. Das Recht verpflichtet sie bei Androhung von Strafe dazu, alle möglichen, medizintechnisch zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu nutzen, um eine Person am Leben zu erhalten. Jede unnötige Lebensverkürzung bringt die Ärzte theoretisch in die Gefahr, sich wegen eines Tötungsdelikts strafbar zu machen. Dies führt in letzter Konsequenz zu dem Schreckensbild einer über Monate, an verschiedene pumpende und piepsende Apparate angeschlossenen, menschlichen Hülle. Obwohl der Lebenspartner, der Vater oder die Großmutter nach unserer ethischen Grundanschauung von trauernden Angehörigen in einem sanften Sterbeprozess aus dem Leben begleitet werden sollten, müssen sie nun wegen des Damoklesschwerds des Strafrechts zäh um ihre letzte Ruhe ringen.

Die Drohung mit den Tötungsdelikten ist freilich nur eine Seite der Medaille. In Wahrheit agieren die Ärzte und Angehörige in einem viel engeren, strafrechtlich abgesteckten Handlungskorridor: Das Recht und insbesondere das Strafrecht garantieren schließlich nicht nur das Recht auf Leben. Sie garantieren ebenfalls das Recht auf körperliche

Unversehrtheit über das nach herrschender Meinung zugleich das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen über seinen Körper geschützt wird². Ärzte und Angehörige machen sich daher auch strafbar, wenn der Einzelne gegen seinen Willen ärztlichen Handlungen unterworfen wird und dadurch Einbußen an seinem Wohlbefinden oder seiner körperlichen Integrität erleidet. In der geriatrischen Medizin kann ein Arzt somit bereits dann bestraft werden, wenn er gegen den Willen eines Patienten einen Luftröhrenschnitt durchführt, um diese Person künstlich zu beatmen.

II. Der Umgang mit der Problematik in der täglichen Praxis

In der Praxis der Ärzte führt dies dazu, dass das Strafrecht den Ärzten ein recht eng gestricktes Handlungsschema aufzwingt. Die Leitidee ist – weit entfernt vom Volksspruch des „Halbgottes in Weiß“ –, dass der „Arzt als Dienstleister“ dem Patienten bei seiner Selbstverwirklichung helfen soll.

1. Wenn der Wille des Patienten daher eindeutig feststeht, muss dieser Wille regelmäßig respektiert werden. Fälle, in denen gegen den Willen eines Patienten lebenserhaltende Maßnahmen abgebrochen wurden, sind auch recht selten. In der Presse bekannt wurde etwa der Fall des „Todesengels der Berliner Charité“. Dort soll sich eine Krankenschwester eigenmächtig als Herrscherin über Leben und Tod aufgespielt und sechs ihrer Patienten getötet haben³. Diese Situationen sind rechtlich einfach zu behandeln: Selbstherrlichkeit kann hier von Rechts wegen nicht geduldet werden und wird schwer bestraft. Konkret wird der Täter meist wegen Totschlags oder – wenn die Kausalität von Handlung und Todeserfolg nicht nachgewiesen werden kann – wegen versuchten Totschlags verurteilt.

² Stellvertretend Eser, in: Schönke/Schröder, StGB-Kommentar, 77. Aufl., München, 2006, § 223 Rn. 29

³ Näheres dazu unter www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,477959,00.html; letzter Aufruf der Seite am 23.02.2009.

2. Schwieriger sind die Situationen, in denen ein Patientenwille nicht eindeutig feststeht. Ärzte versuchen dann häufig, dadurch einen Ausweg zu finden, dass sie die Entscheidung über das konkrete Vorgehen auf andere Institutionen verlagern. Sie regen daher etwa eine zivilrechtliche Betreuung des Patienten an, um dann entsprechend den konkreten Vorgaben des Betreuers handeln zu können. Dieser Weg ist freilich für die Allgemeinheit am Teuersten. Die Einschaltung einer zusätzlichen Institution verursacht weitere Kosten und erfordert einen erhöhten Koordinierungsaufwand⁴. Die Einschaltung eines Betreuers hilft aber auch nicht über das Kernproblem hinweg: Weil der Betreuer seinerseits an den Willen des Patienten gebunden ist, geht der Anordnung eines Betreuers oder des Vormundschaftsgerichts im Zweifel der Patientenwille vor.

Der Grund für das Vorgehen der Ärzte dürfte oft in einer Unkenntnis dessen liegen, was das Recht von ihnen genau fordert. Das ist erstaunlich, denn die Anforderungen, die an die Ärzte in dieser Situation gestellt werden, sind im Grunde klar: Der Arzt ist verpflichtet, den Willen des Patienten zu ermitteln und nach diesem Willen zu handeln.

Dazu sollte der Arzt in mehreren Stufen vorgehen:

- Der Arzt stellt zunächst fest, dass der Patientenwille nicht mehr durch eine Befragung des Patienten ermittelt werden kann.
- Er recherchiert dann im Umfeld des Patienten, ob dieser dort *für den konkreten Fall* eine hinreichend klare Meinung geäußert hat.
- Wenn auch diese Bemühungen zu keinem weiteren Ergebnis führen, muss der Arzt weiter nach *der konkreten Einstellung des Patienten* zu der spezifischen Problematik forschen. So kann es etwa sein, dass der Patient in früheren ähnlichen Situationen klar

⁴ Die Kosten einer solchen Lösung belaufen sich bei einer flächendeckenden Anwendung dieser Praxis jährlich leicht auf einen dreistelligen Millionen Euro Betrag.

gesagt hat, was seiner Auffassung nach in dieser Lage vorzugswürdig wäre. Der Arzt hat danach also den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten zu erforschen und zu respektieren.

- Lässt sich auch ein solcher Wille nicht sicher ermitteln, muss der Patient im Zweifel entsprechend der ärztlichen Regeln der Kunst weiterbehandelt werden.

Hat der Arzt den mutmaßlichen Patientenwillen umsichtig ermittelt, ist die Gefahr eines strafrechtlichen Nachspiels seines Handelns praktisch vom Tisch: Der Arzt handelt gerechtfertigt. Unterliegt er einem Irrtum, so ist dieser Irrtum rechtlich als vorsatzausschließender Tatbestandsirrtum zu qualifizieren. Hier besteht zwar die Gefahr einer Ahndung seines Verhaltens als fahrlässige Tötung. Wenn der Arzt den mutmaßlichen Willen aber sorgsam ermittelt hat, fehlt es an der hierfür erforderlichen Sorgfaltspflichtsverletzung. Diesen rechtstheoretischen Überlegungen entspricht es, wenn in der Praxis nahezu keine Fälle einer strafrechtlichen Verfolgung von Ärzten wegen Fehlern bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens von unheilbar kranken Patienten bekannt werden. Selbst wenn im Einzelfall kleinere Nachlässigkeiten feststellbar sein sollten, wird die Staatsanwaltschaft solche Verfahren – wenn sie überhaupt zur Anzeige gebracht werden – nach den Opportunitätsregeln der Strafprozessordnung (§§ 153 ff. StPO) einstellen.

3. Welche Vorgaben Ärzte bei der Behandlung sterbenskranker Patienten beachten müssen, steht damit im Wesentlichen fest. Noch nicht geklärt ist freilich ein zweites, nicht minder schwieriges Problem: Das Problem, ob Ärzte aktiv lebensverkürzende Maßnahmen ergreifen dürfen oder rechtlich ausgedrückt, die Frage, ob Ärzte Sterbehilfe leisten dürfen. Auch hier nimmt das deutsche Recht eine klare Position ein:

- Eine aktive, täterschaftliche und gezielte Lebensverkürzung ist gem. § 216 StGB selbst dann strafbar, wenn der Patient die Tötung ausdrücklich verlangt⁵.
- Die Beihilfe zur Selbsttötung, die indirekte Sterbebeihilfe, bei der der Tod nur die unbeabsichtigte Nebenfolge einer schmerzlindernden oder bewusstseinsdämpfenden Behandlung ist, und die passive Sterbebeihilfe, bei der die Behandlung nicht weitergeführt wird, sind dagegen nach herrschender Auffassung straflos⁶.

III. Nutzen und Grenzen einer Patientenverfügung

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass die gegenwärtig anerkannten, allgemeinen Rechtsinstitute die Selbstbestimmung des Sterbevorgangs im Wesentlichen gewährleisten. Wie sind in diesem Zusammenhang Patientenverfügungen einzuordnen? Welchen zusätzlichen praktischen Nutzen bringen sie?

1. Die Patientenverfügung enthält die dokumentierte Auffassung einer Person, wie mit ihr in einer entsprechenden Situation verfahren werden soll, wenn sie selbst nicht mehr in der Lage ist, ihren eigenen Willen zu bilden und/oder zu äußern. Die behandelnden Ärzte können sich an dieser Erklärung orientieren. Wenn die Erklärung als Patientenverfügung gekennzeichnet ist, spricht zumindest der erste Anschein für die Ernsthaftigkeit der Ausführungen und es müssen gewichtige Gründe vorliegen, um von ihnen abzuweichen. Wohl gemerkt: Die spätere Abweichung von einer solchen Erklärung muss rechtlich möglich sein. Dem Einzelnen muss die Möglichkeit gewahrt bleiben, seine Meinung zu ändern. So sehr es der Würde des Einzelnen widersprechen würde, in

⁵ Näher dazu *Fischer*, StGB-Kommentar, 55. Aufl., München, 2008, vor § 211 Rn. 17.

diesen letzten Fragen dem Urteil Dritter unterworfen zu sein, so sehr würde es seiner Würde widersprechen, der Gefangene eines einmal geäußerten Willens zu sein.

2. Für die medizinische Praxis bedeutet dies, dass auch das Vorliegen einer Patientenverfügung die ärztlichen Erkundigungspflichten nicht gänzlich entfallen lässt. Die Pflichten werden durch das Vorliegen einer solchen Erklärung aber modifiziert. Wenn eine Patientenverfügung vorhanden ist, muss sich der behandelnde Arzt in erster Linie erkundigen, ob diese Verfügung noch dem aktuellen Willen widerspricht oder ob Anhaltspunkte ersichtlich sind, dass der Patient seine Auffassung geändert hat. Wenn die Patientenverfügung für die konkrete Situation unklar ist, muss der Arzt diese Erklärung auslegen und dazu wiederum nähere Anhaltspunkte im Umfeld des Patienten suchen. Eine Auslegung allein hinsichtlich der Patientenverfügung und ihres Wortlautes genügt in aller Regel nicht.

3. Eine spezielle gesetzliche Regelung dieser Probleme ist danach nicht erforderlich. Eine weitere, wesentliche Vereinfachung ist auch kaum denkbar: Eine dauerhafte Bindung des Patienten an eine frühere Erklärung ist nicht möglich und jedes Dazwischenschalten anderer Institutionen birgt die Gefahr in sich, dass der Wille des Patienten durch einen anderen Willen ersetzt wird. Auch die Rechtssicherheit für den Patienten und für die Ärzte wird durch andere Lösungen nur unwesentlich verbessert.

IV. Schlussbemerkungen

In der Grundhaltung entspricht die hier vertretene Auffassung der Auffassung, die in der derzeitigen politischen Debatte von der

⁶ Siehe wiederum *Fischer*, StGB-Kommentar, vor § 211 Rn. 18 ff.

Bundesärztekammer vertreten wird⁷. Daneben werden im Bundestag aktuell zwei verschiedene Konzepte zur speziellen Regelung des Instituts der Patientenverfügung diskutiert, die beide außer einem mehr an Bürokratie und einer dem vielschichtigen Problem nicht angemessenen Statik in der Sache wenig oder keinen Gewinn versprechen⁸.

Die eigentlich notwendige rechtspolitische Debatte, ob und wie lange Patienten ohne Aussicht auf Heilungschancen künstlich weiter am Leben erhalten werden sollen, wird derzeit nicht geführt. Hier ist nur eines sicher, die Extrempositionen, diese Personen so lange als möglich zu versorgen bzw. so schnell als möglich die medizinische Versorgung einzustellen, bereiten Bauchschmerzen⁹. Erforderlich ist hier eine differenzierte Lösung und die Entwicklung verschiedener Fallgruppen. Strikt schematische Lösungen wird es für diese Fragenkomplexe nicht geben – und das ist gut so!

⁷ Siehe etwa die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis Deutsches Ärzteblatt (104) 2007, A 891.

⁸ Näher dazu Kübler/Kübler ZRP 2008, 236, 236 ff.

⁹ Zum Einstieg in diese Diskussion siehe BGHSt 40, 257 (260 ff.).