

Das Gesetz zur Patientenverfügung und wie es dazu kam

Joachim Stünker

1 Ein Vorwort im Rückblick

„Was wird uns Ihr Gesetz zur Patientenverfügung in der Praxis wirklich bringen?“ Diese Frage ist mir in meinen Vortragsveranstaltungen zu diesem Thema immer wieder überwiegend kritisch und voller Zweifel gestellt worden. Voller Zweifel der vielen Menschen selbst, die bereits eine Patientenverfügung gemacht hatten oder überlegten, eine Patientenverfügung zu verfassen; aber auch von Ärzten, Theologen, Juristen und Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen. Ich habe darauf immer wieder geantwortet: „Rechtssicherheit“, d. h. die Sicherheit, dass die verbindlich niedergelegte Bestimmung der Einwilligung oder Nicht-einwilligung des Patienten in eine bestimmte medizinische Behandlung von jedermann zu achten und zu befolgen ist, auch dann, wenn der Patient sich krankheitsbedingt aktuell nicht mehr äußern kann. Rechtssicherheit, weil nach dem Prinzip „der Einheit der Rechtsordnung“ in anderen Rechtsgebieten nicht verboten sein kann, was nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch erlaubt ist. Ich räume ein, dies war überwiegend nur schwer überzeugend verständlich zu machen.

Seit dem 1. September 2009 ist die rechtliche Verbindlichkeit der Patientenverfügung nunmehr Gesetz (§§ 1901a, 1901b, 1904 BGB): eine sprachlich gelungene, eindeutige, kraftvolle Gesetzesformulierung, die keinen Raum mehr für Zweifel lässt. Überzeugend bestätigt worden ist dies sehr schnell durch das Urteil des 2. Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 25. Juni 2010 (Az.: 2 StR 454/09), mit dem das Gericht die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung unter wiederholter Bezugnahme auf das Gesetz in das Strafrecht übertragen hat. Darüber hinaus hat das Gericht die klare Abgrenzung zur weiterhin strafbaren aktiven Sterbehilfe (§ 216 StGB) und die Rechtsprechung zur Differenzierung zur erlaubten passiven Sterbehilfe nach dem Normzweck der gesetzlichen Neuregelung weiter entwickelt: eine überzeugende Entscheidung.

Die Leitsätze:

1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.
3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.

Die Vorsitzende des Senats sagte dann in ihrer Urteilsbegründung den Satz: „Es kann im Strafrecht nicht verboten sein, was nach dem Bürgerlichen Recht erlaubt ist“. Wie wahr! Ich darf sagen, ich fühlte mich in meiner Arbeit im Deutschen Bundestag an diesem Gesetz bestätigt.

2 Warum musste das Gesetz kommen?

Zwei Gründe sind es, die für mich zwingend zu der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung führen mussten.

1. Mit der Implementierung des Betreuungsrechts in das Bürgerliche Gesetzbuch im Jahr 1992 (§§ 1896 ff. BGB) wurde das alte Vormundschaftsrecht für Erwachsene abgeschafft. Die Entmündigung wurde durch die tatsächliche Hilfe eines Betreuers ersetzt, der für bestimmte Aufgabenkreise des Betreuten einzusetzen ist, wobei die Autonomie des Betreuten zwingend zu erhalten ist. Der Betreuer hat den Willen des Betreuten zu ermitteln und umzusetzen. Die Kontrolle erfolgt durch das Gericht.
So bedarf der Betreuer bei der Einwilligung in eine medizinische Behandlung des Betreuten, bei der die Gefahr besteht, dass der Betreute stirbt oder einen dauernden gesundheitlichen Schaden davonträgt, einer gerichtlichen Genehmigung (§ 1904 Abs. 1 BGB). Die umgekehrte Fallgestaltung, der Betreuer verweigert oder widerruft die Einwilligung in einen lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Eingriff bei dem Betreuten, ist hingegen nicht geregelt. Ein Blick in die Gesetzesmaterialien zeigt, der seinerzeitige Gesetzgeber hat diese Regelungslücke sehr wohl gesehen und intensiv diskutiert. Wegen der dahinter stehenden ethischen Grundfragen vermochte man jedoch nicht zu einer Einigung zu kommen. Die Frage wurde bewusst offen gelassen.
2. Der zweite Grund liegt in der Entwicklung der modernen Medizin. Sie kann heute in Fällen Leben retten, erhalten oder verlängern, in denen dies vor Jahren noch kaum vorstellbar erschien. Dieser Fortschritt ist gut so und wird weitergehen. Vielen Menschen macht dieser Fortschritt aber auch Angst. Sie wollen nicht alles „medizinisch Mögliche“ an sich vornehmen lassen. Sie wollen ihrer Krankheit von einem bestimmten Stadium an den natürlichen Verlauf lassen und deshalb lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen ablehnen. Solange sie diese Willensbestimmung kundtun und verständlich machen können, besteht kein Problem, der Patientenwille gilt und ist zu befolgen. Die Menschen wollen aber auch zunehmend si-

chergehen, dass ihre Willensbestimmung zu beachten ist, wenn sie diese krankheitsbedingt nicht mehr äußern können; deshalb die geschätzten 8–10 Millionen schriftlicher Patientenverfügungen. Wie mit ihnen umzugehen ist, sagt uns das Betreuungsrecht aber – wie ausgeführt – nicht.

Deshalb wurde in der Praxis die Frage immer drängender: Steht die antizipierte Willensbestimmung des Patienten der aktuell geäußerten in ihrer rechtlichen Verbindlichkeit gleich? Dies ist nicht nur eine rechtliche, sondern auch eine ethische und eine weltanschauliche Frage und nach meiner Überzeugung ein Problem, das nicht durch Standesrichtlinien oder Ethik-Kommissionen entschieden werden kann. In einer demokratischen, pluralistischen Gesellschaftsordnung ist hier zwingend der Gesetzgeber gefragt. Rechtssicherheit für alle Beteiligten bei ganz unterschiedlichen Interessenlagen gibt nur das Gesetz. Dies zeichnet den Rechtsstaat aus.

3 Das Gesetzgebungsverfahren

Nach wenig einheitlichen obergerichtlichen Entscheidungen zu dieser Frage, ihrer teilweisen sehr interessengeleiteten Auslegung je nach ethischem und weltanschaulichem Stand und einer zunehmend konfusen Diskussion in der Politik erarbeitete im Jahr 2003 eine interdisziplinäre Expertenkommission im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz Eckpunkte für eine gesetzliche Regelung. Diese führten im Jahr 2004 zu einem Referentenentwurf des Ministeriums, der nach seiner Veröffentlichung sofort sehr kritisch in der interessierten Öffentlichkeit diskutiert wurde. Aber auch der Bundestag beschäftigte sich mit dieser Frage. Bereits in der 14. Legislaturperiode (1998) hatte er die Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ eingesetzt, die in der 15. Legislaturperiode weitergeführt wurde, sich jedoch in „Ethik und Recht der modernen Medizin“ neu benannte. Die Enquete-Kommission legte im September 2004 vereinbarungsgemäß hierzu einen Zwischenbericht vor, der im Plenum des Bundestages umfassend beraten wurde.

Der Referentenentwurf und der Zwischenbericht der Enquete-Kommission zeigten das gesamte gesellschaftliche Meinungsspektrum zu dieser Frage auf. So schloss die Enquete-Kommission ihren Zwischenbericht mit einer denkbar knappen Mehrheitsentscheidung und fünf Sondervoten ab. Insbesondere die medizinischen, ethischen, weltanschaulichen und praktisch-pflegerischen Fragen wurden sehr unterschiedlich bewertet. Die verfassungsrechtlichen Grundfragen wurden hingegen wenig beleuchtet. Sehr schnell machte die Diskussion aber deutlich, dass sich die Lösung über einen Gesetzentwurf der Bundesregierung ausschloss. Der „Übung des Hauses“ bei Gewissensentscheidungen folgend (siehe Stammzellendebatte u. a.) wurde daher einvernehmlich beschlossen, die Lösung über aus der Mitte des Bundestages zu entwickelnde Gesetzentwürfe zu suchen.

Damit übernahm ich Anfang 2005 als rechtspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion die „Federführung“ in dieser Debatte für die Rechtspolitiker meiner Fraktion. Wir erarbeiteten auf der Grundlage des Referentenentwurfes aus dem Bundesministerium der Justiz einen ersten Gesetzentwurf zur Implementierung der Patientenverfügung in das Betreuungsrecht. Dieser Entwurf richtete sich an dem verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrecht des Menschen aus (Art. 2 Abs. 2 i. V. m. Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes):

„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (Art. 2 Abs. 2 GG).

„Die Freiheit der Person ist unverletzlich“ (Art. 2 Abs. 2 GG).

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Art. 1 Abs. 1 GG).

Dieses verfassungsrechtlich garantierte allgemeine Persönlichkeitsrecht des Menschen schließt das Recht zur Selbstgefährdung bis hin zur Selbstaufgabe und damit auch auf Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen unabhängig von der ärztlichen Indikation der Behandlung ein. Die Bestimmung über seine leibliche, seelische Integrität gehört zum ureigensten Bereich der Persönlichkeit des Menschen. Dieses Selbstbestimmungsrecht wäre entscheidend entwertet, wenn es Festlegungen für zukünftige Konfliktlagen, in denen der Patient aktuell nicht mehr entscheiden kann, nicht umfassen würde.

Diese Grundsätze sind auf dem langen Weg bis zur Entscheidung am 18. Juni 2009 tragender Bestandteil der gesetzlichen Regelung geblieben. Daher waren Regelungen mit einer Reichweitenbegrenzung der Patientenverfügung oder ihre uneingeschränkte Wirksamkeit nur für den Sterbeprozess ebenso abzulehnen wie einschränkende Wirksamkeitsvoraussetzungen für das Zustandekommen der Patientenverfügung. Eine klare, übersichtliche, praktisch handhabbare Regelung für Arzt und Patient war immer unsere Zielvorgabe. Für diese Inhalte galt es zu werben, letztendlich für eine absolute Mehrheit im Deutschen Bundestag. Es wurde ein langer Weg dorthin. Am 18. Juni 2009 haben 320 Kolleginnen und Kollegen aus den Fraktionen der SPD, der FDP, Bündnis 90/Die Grünen und der Linken diesen Inhalten zugestimmt.

Ich habe auf diesem Weg vom Sommer 2005 bis zum Sommer 2009 über 100 Veranstaltungen in den verschiedensten Wahlkreisen quer durch die Republik mit den dortigen Abgeordneten durchgeführt. Von Mal zu Mal wurde ich sicherer, dass wir auf dem richtigen Weg waren. Die Säle waren voll, die Menschen kamen zur Politik, zu einer Thematik, die viele Menschen ganz persönlich, ganz individuell berührte. Und diese Menschen wollten alle eines: „Rechtssicherheit“ für ihr Selbstbestimmungsrecht.

4 Das Gesetz

Die Verabschiedung des Gesetzes erfolgte erst unmittelbar vor dem Ende der 16. Legislaturperiode. Bis dahin gab es immer weitere Verzögerungen und

auch Verhinderungstaktiken in den parlamentarischen Abläufen. Auf viele auch ärgerliche Zwischenschritte will ich hier nicht mehr eingehen. Auch viele „Zwischenrufe“ sollen vergessen sein. Insbesondere von starken Interessengruppen von außerhalb des Parlaments wurde immer aufs Neue versucht, die Abgeordneten davon zu überzeugen, es bedürfe gar keiner gesetzlichen Regelung, „eigentlich sei doch alles wohl geordnet“. Wie wenig geordnet und wie groß die Rechtsunsicherheit in Wirklichkeit war, zeigt hingegen die eingangs zitierte Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 25. Juni 2010 mit aller Deutlichkeit, wurde mit ihr doch ein entgegenstehendes Urteil des Landgerichts Fulda aufgehoben und der Angeklagte freigesprochen. Die Lektüre beider Urteile empfiehlt sich all denen, die auch heute noch anderer Meinung sein sollten.

Im Parlament und auch außerhalb war daher über Jahre eine differenzierte Überzeugungsarbeit zu leisten. Die letztendlich verabschiedete Fassung des Gesetzes war im Ergebnis die Arbeit einer Gruppe von Abgeordneten aus vier Fraktionen des Bundestages (SPD, FDP, Bündnis 90/Die Grünen, Linke) unter Mitwirkung des Bundesministeriums der Justiz. Das Gesetz kann jedermann nachlesen, die tragenden Grundsätze seien jedoch noch einmal hervorgehoben:

- Die antizipierte Willensbestimmung steht dem aktuell geäußerten Willen gleich.
- Dem in Schriftform klar zum Ausdruck gebrachten Patientenwillen ist Ausdruck und Geltung zu verschaffen.
- Die Festlegungen in der Patientenverfügung müssen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen; gegebenenfalls ist der mutmaßliche Wille zu ermitteln.
- Die Wirksamkeit der Willensbestimmung ist nicht abhängig von Art oder Stadium einer Erkrankung (keine Reichweitenbegrenzung).
- Keine Beratungspflicht als Wirksamkeitsvoraussetzung einer Patientenverfügung
- Das Betreuungsgericht ist nur einzuschalten, wenn Arzt und Betreuer in ihrem dialogischen Prozess zu einer unterschiedlichen Auslegung der Patientenverfügung kommen (Dissensfälle).
- Die aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) bleibt strafbar.

Damit sind Grundsätze, über die mehr als zwanzig Jahre gestritten wurde, heute Gesetz.

5 Ausblick

Nach meinem Ausscheiden aus dem Deutschen Bundestag bin ich seit fast einem Jahr wieder als Richter tätig. Erste Rückmeldungen aus der gerichtlichen Praxis in der Anwendung des Gesetzes sind durchgehend positiv. Dennoch bin ich überzeugt, die Auseinandersetzungen über Wirksamkeit und Reichweite von Patientenverfügungen werden weitergehen. Bestimmte Interessenvertreter wer-

den niemals aufgeben. Ein Beispiel zeigt die Tagesordnung der Veranstaltung, aus der dieser Beitrag hervorgegangen ist. Unter „offene Fragen im Gesetz“ sollte da die Gültigkeit von Patientenverfügungen diskutiert werden, wenn es keinen Betreuer gibt.¹ Das ist aber keine offene Frage. Nach dem Prinzip der Einheit der Rechtsordnung ist die Patientenverfügung auch dann uneingeschränkt wirksam und ihr ist Achtung und Geltung zu verschaffen. Das ist nach dem Willen des Gesetzgebers eindeutig.

Aber ich bin sicher, die höchstrichterliche Rechtsprechung wird die Diskussion auf der Grundlage des Patientenverfügungsgesetzes für heute und in der Zukunft in geordnete Bahnen lenken.

1 Vgl. den Beitrag von Hans-Joachim Heßler in diesem Band.

Was hat sich seit Inkrafttreten des Gesetzes in der Rechtsprechung verändert?

Bernhard Knittel

1 Auswirkungen in der strafgerichtlichen Rechtsprechung

1.1 Wichtiges Grundsatzurteil des BGH vom 25. Juni 2010: „Fuldaer Sterbehilfe-Fall“¹

Bereits im ersten Jahr der Geltung der Neuregelungen in §§ 1901a, 1901b sowie 1904 n. F. BGB durch das 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz (BtÄndG) erging eine bedeutsame Grundsatzentscheidung des BGH. Sie brachte eine wesentliche Klarstellung zur strafrechtlichen Beurteilung von Behandlungsbegrenzungen gemäß dem Patientenwillen und gab hierbei frühere Beurteilungsmaßstäbe auf.

Entschieden wurde der Fall eines Rechtsanwalts, der einer Mandantin geraten hatte, den Schlauch der Magensonde zu durchtrennen, durch welche die in einem irreversiblen Wachkoma befindliche Mutter der Mandantin ernährt wurde. Während die Vorinstanz seine Mandantin wegen eines unvermeidbaren Verbotsirrtums freigesprochen hat, wurde der Rechtsanwalt wegen versuchten Totschlags durch aktives Tun verurteilt.

Der 2. Strafsenat des BGH hat dieses Urteil aufgehoben und den Rechtsanwalt freigesprochen. Das LG habe zwar zutreffend festgestellt, dass es sich bei dem Durchschneiden des Schlauchs um ein aktives Tun gehandelt habe. Nach früherer Rechtsprechung war eine Sterbehilfe durch aktives Tun stets strafbar. Der 2. Senat hält an dieser Rechtsprechung jedoch nicht länger fest.

Sie sei zum einen nicht länger haltbar wegen der neuen zivilrechtlichen Rechtslage aufgrund der Änderung des Betreuungsrechts zum 1. September 2009. Der Gesetzgeber habe mit den Neuregelungen unter anderem zur Patientenverfügung und in § 1904 BGB entschieden, dass der Wille des einwilligungsfähigen Patienten unabhängig von Art und Stadium seiner Krankheit verbindlich sein soll, und zwar namentlich für Betreuer/Bevollmächtigte und Ärzte. Zum anderen habe sich die bisherige Abgrenzung von zulässiger

¹ 2 StR 454/09 = NJW 2010, 2963.

„passiver“ und unzulässiger „aktiver“ Sterbehilfe anhand der naturalistischen Unterscheidung von Tun und Unterlassen als unpraktikabel erwiesen. Stattdessen will der BGH alle Handlungen in Zusammenhang mit der Beendigung einer ärztlichen Heilbehandlung zusammenfassen unter dem normativ-wertenden Oberbegriff des „Behandlungsabbruchs“. Dieser schließt auch die subjektive Zielsetzung des Handelnden ein, eine Heilmaßnahme gemäß dem Willen des Patienten zu beenden oder zu begrenzen. Eine solche Maßnahme soll dann gerechtfertigt sein, wenn sie dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

Nach wie vor strafbar gemäß §§ 212, 216 StGB bleiben aber alle Handlungen, die außerhalb des Zusammenhangs mit einer medizinischen Behandlung vorgenommen werden. Ein gerechtfertigter Behandlungsabbruch liegt zudem nur dann vor, wenn sich das Handeln darauf beschränkt, einen Zustand (wieder-)herzustellen, in dem ein bereits begonnener Krankheitsprozess den Tod herbeiführt. Unzulässig sind demgegenüber solche Eingriffe, die die Beendigung des Lebens unabhängig vom Krankheitsprozess herbeiführen.

Ausdrücklich weist der BGH auf die strengen beweisrechtlichen Maßstäbe hin, die für die Feststellung des mutmaßlichen Behandlungswillens zu gelten haben. Hier sei vor allem zu prüfen, ob die Verfahrensregeln der §§ 1901a und 1901b BGB beachtet wurden.

1.2 Fortführung durch BGH-Urteil vom 10. November 2010: „Kölner Sterbehilfefall“²

In einem weiteren Urteil hat der 2. Strafsenat des BGH seine Rechtsprechung präzisiert.

Die Entscheidung betraf einen Angeklagten, der am Klinikbett seiner Schwiegermutter erschien und – ohne Betreuer oder Bevollmächtigter zu sein und zudem ohne Kenntnis des genauen Inhalts ihrer Patientenverfügung zu haben – lautstark die Einstellung intensivmedizinischer Maßnahmen verlangte. Wesentliches Motiv war seine Befürchtung, die Patientin könnte als Pflegefall entlassen werden und dann ihm und seiner Ehefrau finanziell zur Last fallen.

Als die Ärzte kurze Zeit danach Einblick in die Patientenverfügung nehmen konnten, lehnten sie eine Behandlungseinstellung ab. Sie hielten den Zustand der Patientin für „ernst aber nicht hoffnungslos“ und sahen kein Indiz für einen von ihr gewünschten Abbruch der Maßnahmen.

Mit den Worten: „Gut, dann mach ich das jetzt selbst!“ schaltete der Angeklagte daraufhin eigenmächtig alle Perfusoren ab, was zu einem dramatischen Abfall von Blutdruck und Herzfrequenz der Patientin führte. Am Versuch, auch ein Beatmungsgerät abzuschalten, wurde er gewaltsam durch einen anwesenden Krankenpfleger gehindert. Die Perfusion wurde vom Klinikpersonal nach

2 2 StR 320/10.

zehn Sekunden wieder eingeschaltet. Die Patientin starb drei Stunden später an einem septischen Schock, nicht nachweisbar an der vorübergehenden kurzen Unterbrechung der Medikamentenzufuhr.

Das LG Köln verurteilte den Angeklagten wegen versuchten Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren, die es zur Bewährung aussetzte (obwohl es das Vorgehen des Angeklagten sehr negativ mit dem Begriff „rechtsfeindliche Züge“ bewertete). Der BGH verwarf die Revision des Angeklagten als unbegründet. Ein gerechtfertigter Behandlungsabbruch habe schon deshalb nicht vorliegen können, weil der Angeklagte den Willen der Patientin gar nicht kannte. Außerdem waren die in der Patientenverfügung festgelegten Bedingungen nicht erfüllt, da der dort sinngemäß beschriebene Fall einer hoffnungslosen Lage nicht eingetreten war. Die Urteilsgründe enthalten einen nochmaligen Appell des BGH, die Vorgaben in § 1901a, § 1901b BGB strikt zu beachten. Der Senat bewertet sie als verfahrensrechtliche Absicherungen bei der Ermittlung des Patientenwillens und der Entscheidung über einen Behandlungsabbruch. Sie gewährleisten damit Rechts- und Verhaltenssicherheit, auch für das Strafrecht.

In diesem Zusammenhang betont der BGH: Nur Betreuer/Bevollmächtigte sind befugt, die Übereinstimmung einer Patientenverfügung mit der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zu prüfen und dem Willen des Patienten gegebenenfalls Geltung zu verschaffen. Dies geschieht zwingend im Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt. Dieser prüft in eigener Verantwortung, welche ärztliche Behandlung im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist, und erörtert dies mit dem Vertreter unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die zu treffende Entscheidung.

1.3 Positive Aufnahme der neueren strafrechtlichen Rechtsprechung

Die neue Rechtsprechung des 2. Strafsenats wird in der Literatur überwiegend begrüßt.³ Ihr wird bescheinigt, die Rechtssicherheit für Ärzte und Betreuer/Bevollmächtigte zu erhöhen und rechtsdogmatisch im Wesentlichen überzeugende Abgrenzungen einzuführen. Anerkennend hervorgehoben wird auch, dass ausdrücklich einheitliche Maßstäbe für Strafrecht und Betreuungsrecht gelten sollen. Gaede⁴ spricht von „Durchbruch ohne Dambruch“.

3 Zum Beispiel Gaede NJW 2010, 2925; Lipp FamRZ 2010, 1555; Kubiciel ZJS 2010, 656; Doering-Striening FamFR 2010, 341; Bieg jurisPR-FamR 23/2010 Anm. 8.

4 A. a. O.

1.4 Rechtsfolgen

- Willigt ein Betreuer/Bevollmächtigter in eine Behandlung gegen den Willen des Patienten ein („ungewollte Lebensverlängerung“), ist die Einwilligung unwirksam. Die straf- und zivilrechtlichen Folgen entsprechen denen jeder sonstigen unwirksamen Einwilligung in ärztliche Maßnahmen. Zum einen liegt eine (ggf. strafbare) Körperverletzung des Patienten vor, da die Voraussetzungen für die Aufnahme einer Behandlung bzw. die weitere Behandlung fehlen. Das gilt auch dann, wenn sich hierdurch das Leben des Betroffenen objektiv verlängert. Zum anderen können hieraus Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche analog § 1004 I 1 BGB folgen sowie Schadensersatzansprüche (nach § 823 I BGB bzw. wegen Verletzung des Behandlungs-/Pflege-/Heimvertrags, §§ 280, 241 I, 249 I BGB). Baltz spricht von „Lebenserhaltung als Haftungsgrund“.⁵
- Willigt ein Betreuer/Bevollmächtigter nicht in die Behandlung ein, obwohl der Wille des Patienten auf (Weiter-) Behandlung zielt, kann dieses Verhalten gegebenenfalls als Tötungsdelikt strafbar sein und zivilrechtliche Schadensersatzansprüche begründen.
- Aber für beide Konstellationen gilt: Sofern Arzt und Betreuer/Bevollmächtigter die zivilrechtlichen Regeln zur Ermittlung des Patientenwillens eingehalten haben, wird das in der Regel einen Schutz vor Strafe bzw. Haftung auch dann bewirken, wenn später neue Erkenntnisse zu dem Schluss führen mögen: Die Entscheidung bzw. Umsetzung entsprach nicht dem Patientenwillen! Man wird dann im Allgemeinen einen sogenannten Erlaubnistatbestandsirrtum bzw. eine Putativeinwilligung anzunehmen haben. Arzt und Betreuer/Bevollmächtigter sind zwar eigenständig zur Ermittlung des Patientenwillens verpflichtet. Ihr gutgläubiger Konsens kann jedoch Bedeutung für das jeweilige Verschulden des Arztes bzw. Betreuers/Bevollmächtigten haben.⁶

2 Auswirkungen in der zivilgerichtlichen Rechtsprechung

Seit Inkrafttreten des 3. BtÄndG zum 1. September 2010 sind nur zwei betreuungsrechtliche Entscheidungen veröffentlicht worden, die sich mit der neuen

5 In einer gleichnamigen Abhandlung in Schriftenreihe Medizinrecht, 2010, zu den Anspruchsnormen insbesondere S. 165; zum Ganzen auch Hoffmann R & P 2010, 201 [2009].

6 Zum Ganzen auch Hoffmann R & P 2010, 201 [2009].