



Arbeitskreis
Notfallmedizin und Rettungswesen der
Ludwig-Maximilians-Universität München

online

Juristische und ethische Probleme bei der Erstversorgung von Notfallpatienten

P. Betz, W. Eisenmenger
Institut für Rechtsmedizin der Universität München

Quelle: Der Notarzt 12 (1996) 55-59,
Georg Thieme Verlag Stuttgart. New York

Index

[Zusammenfassung](#)

[Einleitung](#)

[Juristische Grundlagen](#)

[Todesfeststellung im Rettungsdienst - Reanimation](#)

[Versorgung mehrerer Schwerstverletzter](#)

[Grenzen der Behandlungspflicht](#)

[Literatur](#)

Zusammenfassung

Durch die rasante Entwicklung insbesondere der Intensivmedizin werden zahlreiche juristische und ethische Probleme aufgeworfen, mit denen sich der Arzt auseinandersetzen hat. Für den in der Notfallmedizin tätigen Kollegen ergeben sich in erster Linie Fragen bei der Todesfeststellung, zur Einleitung bzw. zum Unterlassen von Reanimationsmaßnahmen sowie allgemein zur Problematik, in welchen Fällen eine Notfallbehandlung überhaupt unterlassen werden kann. Die einzelnen Teilaspekte werden anhand neuerer ober- und höchstrichterlicher Entscheidungen diskutiert.

[zurück](#)

Einleitung

Infolge der enormen wissenschaftlichen und technischen Neuerungen der letzten Jahre und Jahrzehnte sind gerade in der Intensiv- und Notfallmedizin Problembereiche entstanden, die zahlreiche juristische und ethische Aspekte tangieren. Trotz einer ganzen Zahl von Urteilen, die bereits zu dieser Thematik ergangen sind, sehen sich viele Notärzte vor Ort mitunter vor die Frage gestellt, was - gerade in Problemfällen wie Suizidversuch oder Patienten mit "infauster" Prognose - getan werden muß oder aber unterbleiben kann.

Ziel der vorliegenden Ausführungen ist es, dem im Einsatz befindlichen Notarzt unter Hinweis auf juristische und ethische Gesichtspunkte eine praktische Orientierungshilfe an die Hand zu geben, die die Entscheidungsfindung erleichtern und zur juristischen Absicherung beitragen kann.

[zurück](#)

Juristische Grundlagen

Das Deutsche Strafrecht weist dem Arzt aufgrund seiner beruflichen Ausbildung wie auch vor dem Hintergrund des Arzt-Patienten-Vertrages eine Garantenstellung für den kranken Menschen zu. Der Arzt-Patienten-Vertrag stellt hierbei i. d. R. einen Dienstvertrag dar, im Rahmen dessen der Arzt zur Erbringung von Leistungen, nicht aber zur Heilung verpflichtet ist. Der Vertrag muß dabei weder in einer besonderen Form noch ausdrücklich geschlossen werden. Es genügt, daß der Patient zu erkennen gibt, daß er die Dienste des Arztes in Anspruch nehmen möchte. Mit Schließen dieses Vertrages liegt für den Arzt zunächst generell die Verpflichtung vor zu gewissenhafter Untersuchung, sorgfältiger Behandlung, ärztlichen Aufzeichnungen und gegebenenfalls zur Ausstellung von Zeugnissen und Attesten. Die gesetzlich verankerte Garantenstellung bedeutet zudem, daß ein Arzt gegenüber seinen Patienten verpflichtet ist, die erforderlichen und geeigneten medizinischen Maßnahmen zu ergreifen, um Krankheiten zu heilen, Leiden zu lindern und das Leben zu erhalten. Insofern kann ein Arzt ein Tötungsdelikt nicht nur verwirklichen, wenn er durch eine falsche Maßnahme den Tod eines Patienten herbeiführt, sondern auch, wenn er medizinisch erforderliche Maßnahmen unterläßt.

Ein weiterer, für den praktisch tätigen Arzt wichtiger juristischer Aspekt ist der Paragraph der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323 c StGB), nach welchem bestraft wird, wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist. Der § 323 c StGB unterscheidet sich insofern von anderen, für die strafrechtliche Beurteilung ärztlichen Handelns bedeutsamen Vorschriften, als dieser nicht auf einen "Erfolg" bzw. besser gesagt "Mißerfolg" abzielt. Es ist hierbei also von untergeordneter Bedeutung, ob dem Patienten die Hilfeleistung etwas genutzt hätte oder nicht, allein das - allerdings vorsätzliche - Nicht-Durchführen der erforderlichen und zumutbaren Maßnahme begründet die Strafbarkeit.

Überträgt man nun diese grundsätzlichen Überlegungen auf die notärztliche Tätigkeit, so ergeben sich hierbei zum einen Konsequenzen für die Durchführung einer Therapie im eigentlichen Sinne, genauso selbstverständlich

aber auch für die Einleitung bzw. Durchführung einer Reanimation, bei der es sich im Grunde ebenfalls um nichts anderes als um eine Therapiemaßnahme handelt. Mit letzterem eng verbunden ist zudem die Todesfeststellung am Notfallort durch den Notarzt, auf deren juristische Problematik zunächst etwas näher eingegangen werden soll.

[zurück](#)

Todesfeststellung im Rettungsdienst - Reanimation

Der Tod eines Menschen ist definiert als irreversibler Verlust der Individualität. Dieser Zustand wird als Individualtod bezeichnet und ist gleichzusetzen mit dem Hirntod, nicht aber mit dem vollständigen Gewebetod, der charakterisiert ist durch das Absterben auch der letzten Zelle des Organismus. Bei engem zeitlichem Zusammenhang zwischen Eintreten des Individualtodes und Benachrichtigung des Notarztes wird dieser vor Ort häufig noch keine sicheren Todeszeichen wie Livores, Rigor mortis oder auch Fäulnis feststellen können. Trotz des Fehlens der klassischen sicheren Todeszeichen ist die Diagnose "Individualtod" ohne Schwierigkeiten bei Vorliegen von mit dem Leben nicht vereinbaren Verletzungen wie Dezerebration, Dekapitation oder Rumpfdurchtrennung zu treffen. Es stellt sich nun die Frage, ob der Notarzt bei Fehlen der sicheren Todeszeichen andere Kriterien zur Feststellung des Individualtodes heranziehen kann. Zeichen des Funktionsverlustes im Sinne des klinischen Todes stellen keine brauchbaren Parameter zur Entscheidungsfindung dar, da ja gerade durch die Reanimation der Zustand des klinischen Todes durchbrochen werden soll und u.U. auch durchbrochen werden kann.

Als hilfreicher könnten sich hingegen die in der Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zur Hirntod-Diagnostik vorgeschlagenen Funktionsausfälle erweisen (11). Neben Bewußtlosigkeit, Atem- und Herz-Kreislaufstillstand sowie dem Vorliegen lichtstarrer Pupillen bei fehlender Applikation von Mydriatika müssen hier der Ausfall von okulozephalem Reflex, Kornealreflex und Tracheal- bzw. Pharyngealreflex sowie fehlende Reaktion auf Schmerzreize im Trigeminus-Versorgungsgebiet diagnostiziert werden. Liegen diese Befunde bei primärer Hirnschädigung über mindestens 12 Stunden vor, kann in der Klinik (Ausnahme Neugeborenes und Kleinkind bis 2 Jahre) ohne weitere Maßnahmen der Hirntod und damit der Individualtod festgestellt werden. Allerdings müssen hierbei eine Intoxikation, neuromuskuläre Blockade, Unterkühlung, Kreislaufschock bzw. endokrines oder metabolisches Koma als mögliche Ursachen oder wesentliche Mitursachen des Ausfalls der Hirnfunktion ausgeschlossen sein. Bei sekundärer Hirnschädigung, bspw. infolge eines hypoxischen Ereignisses, müssen die jeweiligen Symptome über 72 Stunden beobachtet werden. Ein entsprechender Mindestzeitraum für den Nachweis der jeweiligen Funktionsausfälle erscheint im Hinblick auf die weitreichenden, mit der Hirntod-Feststellung verbundenen Konsequenzen erforderlich, wobei der Gefahr einer Fehldiagnose u.a. bei einmaliger Prüfung, die selbst unter optimalen klinischen Bedingungen gegeben sein kann, Rechnung getragen wird.

Spätestens hier beginnen aber die Schwierigkeiten für den Notarzt. Zum einen ist es klar, daß dieser keine 12 oder gar 72 Stunden das Vorhandensein der

entsprechenden Symptome prüfen kann, zum anderen dürfte es gerade im Notarzteeinsatz nur seltenst möglich sein, neben einer korrekten Diagnose der Ausfälle auch das Vorliegen der jeweiligen Ausschlußkriterien zu überprüfen. Sollte der Notarzt seine Todesfeststellung dennoch auf diese Befunde stützen und deshalb auf die Durchführung von Reanimationsmaßnahmen verzichten, würde er wohl nicht Gefahr laufen, wegen Tötung durch Unterlassung verurteilt zu werden. Denn bei Lege-artis-Diagnose dieser zentralen Funktionsausfälle wäre davon auszugehen, daß die Schädigung des Patienten so gravierend war, daß keinesfalls mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit gesagt werden könnte, daß der Betreffende auch bei sofortiger Einleitung von Reanimationsbemühungen hätte auf jeden Fall gerettet werden können.

Zur Frage, ob bei Nicht-Durchführen von Wiederbelebungsmaßnahmen der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung verwirklicht ist, wäre zunächst nochmals zu betonen, daß es sich bei der unterlassenen Hilfeleistung um ein Vorsatzdelikt handelt, d.h. der Arzt muß erkennen, daß seine Hilfe erforderlich ist und er muß trotz dieser Erkenntnis die ihm zumutbare Hilfeleistung vorsätzlich verweigern. Käme der Notarzt nun aufgrund der festgestellten Funktionsausfälle zu der Überzeugung, daß der Patient nicht reanimierbar ist, so entfielen bereits das erste Kriterium der "subjektiven Einsicht" und damit auch die Gefahr einer Verurteilung wegen unterlassener Hilfeleistung.

Tatsache ist aber, daß bei Fehlen sicherer Todeszeichen bzw. dann, wenn eine detaillierte Hirntoddiagnostik, wie von der Bundesärztekammer gefordert, nicht durchgeführt wird, der Individualtod nicht belegt ist.

Auch wenn festzuhalten bleibt, daß der Notarzt bei dieser Vorgehensweise nicht Gefahr läuft, wegen eines entsprechenden Tatbestandes verurteilt zu werden, ist es durchaus vorstellbar, daß sich ein verzweifelter Angehöriger nicht mit einer - zumal nicht objektivierten - Todesfeststellung und der damit verbundenen "Untätigkeit" zufriedengibt. Es besteht dann die Gefahr, daß zumindest ein Vorwurf erhoben wird, dem von seiten der Staatsanwaltschaft zunächst auch nachgegangen werden muß und der somit ein zumeist als lästig empfundenes Ermittlungsverfahren nach sich zieht. An dieser Stelle muß andererseits betont werden, daß gesetzliche Vorschriften nur das Minimum an Ethik darstellen. Es wäre jedoch wünschenswert, daß die subjektiven ethischen Vorstellungen des Arztes über diese Minimalanforderungen hinausgingen und dieser nicht nur danach schielen würde, ob er sich mit einem bestimmten Handeln einer strafrechtlichen Sanktion aussetzt. So sollte man auch den psychologischen Aspekt bedenken, daß ein emotional massivst betroffener Angehöriger es sehr dankbar aufnehmen wird, wenn man ihm das Gefühl intensiver Bemühungen um den Patienten vermittelt. Dies wird in einem nicht geringen Prozentsatz zu einer schnelleren Akzeptanz und Bewältigung des Todesfalles beitragen können.

Nach unserer Auffassung sollte man deshalb als Notarzt beim Eintreffen am Auffindungsort einer "leblosen" Person zunächst bei der erst-orientierenden Untersuchung das Vorliegen sicherer Todeszeichen prüfen. Ist dies zu verneinen, sollte die kardiopulmonale Reanimation eingeleitet bzw. bei bereits durch Angehörige oder andere medizinische Laien begonnener Wiederbelebungsmaßnahmen diese fortgesetzt werden. Ergeben sich während der Reanimation aus der Vorgeschichte eindeutige Hinweise auf die Sinnlosigkeit der Bemühungen, kann

die Wiederbelebung abgebrochen werden.

Sollten derartige Anhaltspunkte nicht gegeben sein, schließt sich konsequenterweise die Frage nach der erforderlichen Dauer der Reanimationsbemühungen an. Diese wird man dahingehend beantworten können, daß im allgemeinen eine kardiopulmonale Reanimation beim normothermen Patienten beendet werden kann, wenn bei korrekt durchgeführter Technik nach ca. 20-30 Minuten kein Erfolg der Maßnahmen erkennbar ist und somit die Reanimierbarkeit des kardiovaskulären Systems als unwahrscheinlich angesehen werden muß bzw. wenn es zwischenzeitlich zum Auftreten sicherer Todeszeichen gekommen ist. Die parallele Dokumentation eines Null-Linien-EKG wäre als weitere diagnostische Maßnahme zu nennen. Gegen ein derartiges Vorgehen ergeben sich weder juristische noch ethische Bedenken und man steht als Notarzt stets auf der sicheren Seite, allerdings empfiehlt sich zum Selbstschutz des Arztes eine exakte Dokumentation von Art und Dauer der durchgeführten Maßnahmen.

Deutlich komplizierter als die Frage, wann Reanimationsbemühungen beendet werden können, gestaltet sich mitunter die nach den Kriterien, unter welchen eine solche überhaupt begonnen werden soll. Gerade im anglo- amerikanischen Raum wurden in letzter Zeit verschiedene Einteilungskategorien bzw. Empfehlungen zur Nicht- Durchführung der kardiopulmonalen Reanimation - sogenannte "do not resuscitate" (DNR)- Weisungen - vorgestellt, die u.a. in einer Arbeit von Steinbereithner zitiert sind (10). Eine gesonderte Erwähnung verdient hierbei zweifelsohne die von Dupuis 1992 (5) vorgestellte "living-will"- Problematik zur DNR- Weisung, also zu der Empfehlung, eine Wiederbelebung von vorneherein zu unterlassen. Der "living will"- Gesichtspunkt beinhaltet nichts anderes als den Entschluß des Patienten, leben zu wollen und impliziert bei Bejahung des Lebenswillens somit dessen Einverständnis zur Durchführung geeigneter lebenserhaltender Maßnahmen.

Beim bewußtseinsklaren und entscheidungsfähigen Patienten ist - und hier ist Dupuis (5) zunächst zweifelsfrei zu folgen - dessen Entscheidung zu respektieren, d.h., daß keine Reanimation gegen dessen Willen durchgeführt werden darf. Diese an sich leicht verständliche und nachvollziehbare Richtlinie ist allerdings bei genauerer Betrachtung zu relativieren, denn nach höchstrichterlicher Entscheidung des BGH ist hier auf den Willen des frei entscheidungsfähigen, im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte befindlichen Bürgers abgestellt (2). Da aber bei einem reanimationspflichtigen Patienten nun kaum von einem bewußtseinsklaren Individuum auszugehen ist, greift dieser Gesichtspunkt nicht. Anhand der BGH-Entscheidung zur ärztlichen Hilfeleistung beim Suizidversuch, auf die nochmals an anderer Stelle einzugehen sein wird, soll dies näher erläutert werden. Der Bundesgerichtshof sieht im Selbsttötungsversuch einen Unglücksfall, der einem Notfall gleichzusetzen ist, wie er bspw. im Bayerischen Rettungsdienstgesetz definiert ist, nämlich als "Verletzungen und Erkrankungen, die mit Lebensgefahr verbunden sind oder bei denen schwerwiegende gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn nicht unverzüglich ärztliche Hilfe geleistet wird".

Die Rechtsprechung ist in den Fällen klar, in denen der Patient entscheidungsfähig ist. Hier hat der Arzt kein Recht zum Eingreifen, täte er dies

gegen den Willen des Suizidenten, würde er sich einer Körperverletzung schuldig machen. Anders verhält es sich, wenn es sich um einen durch psychische Erkrankung bewußtseinsveränderten Patienten handelt, beispielsweise bei Vorliegen einer endogenen Depression. Dann ist der Arzt aufgrund seiner Garantenstellung zur Hilfe verpflichtet, da der Suizidentschluß nicht im Sinne eines sogenannten Bilanzselbstmordes auf freier Willensentscheidung beruht. Ist der Suizident - völlig unabhängig davon, ob vorher entscheidungsfähig oder nicht - hingegen bewußtlos geworden, ist der Arzt grundsätzlich ebenfalls zur Hilfeleistung verpflichtet. Der Sterbewille des Suizidenten wird hierbei für unbeachtlich erklärt (1), da - "wenn der § 323 c StGB seine dem solidarischen Lebensschutz dienende Funktion auch in Selbstmordfällen erfüllen soll - die jedermann treffende Hilfeleistung nicht davon abhängig gemacht werden kann, ob im konkreten Einzelfall der Selbstmörder aufgrund eines freiverantwortlich gefaßten oder eines auf Willensmängeln beruhenden Tatentschlusses handelt. Dies könne innerhalb der kurzen Zeitspanne, die für die unter Umständen lebensrettende Entscheidung am Unglücksort zur Verfügung steht, kaum jemand ohne psychiatrisch-psychologische Fachkenntnisse und ohne sorgfältige Abklärung der äußeren und inneren Motivationsfaktoren zuverlässig beurteilen". Zudem wurde in einer katamnestic Untersuchung festgestellt, daß nur 19 von 100 geretteten Suizidenten "nicht froh" waren, noch am Leben zu sein (4). Die Möglichkeit, daß der vormals Lebensmüde seinen Entschluß geändert haben könnte und weiterleben möchte, darf somit keinesfalls unterbewertet werden.

Ebenso kann nun beim Schwerstverletzten der Fall eingetreten sein, daß der jetzt plötzlich bewußtlos gewordene Patient, der kurz zuvor noch eine Behandlung abgelehnt hat, seine Meinung geändert haben könnte und ein "living will" nunmehr zu bejahen wäre. In derartigen Fällen wären die medizinisch indizierten Maßnahmen nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Pflichtenkollision gerechtfertigt, vielmehr muß davon ausgegangen werden, daß der Arzt aufgrund seiner Garantenstellung auch zu deren Durchführung im Sinne einer Geschäftsführung ohne Auftrag verpflichtet ist (8). Somit kann der Auffassung von Dupuis, daß die "living will"-Erklärung des Patienten juristisch bindend sei, nicht gefolgt werden.

Ähnliche Schwierigkeiten wie die Vorstellungen von Dupuis bereiten die von Murphy (6) bzw. Towlinson und Brody 1988 (12) referierten "do not resuscitate"-Kategorien. Das Hauptproblem bei den hier aufgelisteten Kriterien ist, daß in die Überlegungen die Frage nach der Lebensqualität vor und nach der kardiopulmonalen Reanimation miteinbezogen worden ist. Im einzelnen wird von den zitierten Autoren empfohlen, keine Reanimation durchzuführen u. a. bei Vorliegen "keiner echten Überlebenschance", wobei der Patientenwunsch als irrelevant eingestuft wird. Der hier vertretene Standpunkt wäre nicht nur juristisch, sondern insbesondere ethisch als äußerst bedenklich zu bewerten, soll doch die im Grundgesetz als eine der höchsten Maximen verankerte freie Willensentscheidung des mündigen Bürgers gänzlich unberücksichtigt bleiben. Auch die als weiteres Kriterium angeführte Diagnose eines dementen oder bewußtlosen Patienten mit zu erwartender schlechter Lebensqualität nach kardiopulmonaler Wiederbelebung ist - genauso wie eine schlechte Lebensqualität vor der Reanimation - als höchst bedenklich einzustufen, da hier wiederum nicht der Patient primärer Entscheidungsträger wäre. Vielmehr ist

dann in hohem Maße die Gefahr gegeben, daß auf der Basis der Beurteilung des Arztes eine Entscheidung getroffen wird, die sich an den vermeintlich objektiven Wertvorstellungen über das zukünftige Leben des Patienten - Schlagwort "lebensunwertes Leben" - orientiert, ohne dessen eigene Vorstellungen zur obersten Richtschnur einer Therapieentscheidung zu machen. Es gibt wohl kaum einen unethischeren Begriff als den des lebensunwerten Lebens, wenn er nicht vom betroffenen Lebewesen selbst artikuliert werden kann. Denjenigen, die glauben, auf der Grundlage ihres eigenen Mitleides, das nur Ausdruck ihrer subjektiven unzulänglichen Verarbeitung eines fremden Schicksals ist, eine vermeintlich ethisch objektive Entscheidung fällen zu können, sei das Wort Nietzsches entgegengehalten: "Wer ein Warum hat zu leben, der erträgt fast jedes Wie".

[zurück](#)

Versorgung mehrerer Schwerstverletzter

Für den Fall, daß gleichzeitig mehrere Schwerverletzte zu versorgen sind, die sich gerne freiwillig einer optimalen Behandlung unterziehen würden, könnte sich für den Notarzt, insbesondere für den Leitenden Notarzt, die Frage erheben, ob es nicht statthaft wäre, durch Beurteilung des Schweregrades der Verletzungen mittels unterschiedlicher Scores wie bspw. der Glasgow Coma Scale oder der NACA-Graduierung eine gewisse Gewichtung vorzunehmen und eine Reihenfolge der Behandlung festzulegen, nach welcher sogenannte "aussichtslose" Fälle nachgeordnet zu behandeln wären.

Dem wäre zunächst entgegenzuhalten, daß alles Leben als gleichwertig zu betrachten ist, so daß sich gegen diese Sichtweise theoretisch ethische Bedenken ergeben könnten. Denn es wäre wiederum vorstellbar, daß subjektive Überlegungen des Arztes zum "Lebenswert" eines eventuell mit Behinderungen verbundenen Weiterlebens zur Leitlinie ärztlichen Handelns werden könnten. Ebenso darf in diesem Zusammenhang nicht vergessen werden, daß die Schwere einer Verletzung präklinisch prima vista häufig gravierender beurteilt wird als sie sich nach der klinischen Diagnostik darstellt (9).

Andererseits wird man aber unter praktischen Gesichtspunkten natürlich keinem Arzt beim Vorliegen mehrerer zu versorgender Schwerverletzter vorschreiben können, wen er zuerst behandelt, die Reihenfolge liegt hier vielmehr im Handlungsermessen des Arztes. Der § 323 c StGB käme nicht in Betracht, da es auch einem Arzt nicht zuzumuten wäre, daß er - nur um möglichst viele Patienten gleichzeitig zu versorgen - diesen eine suboptimale Therapie angedeihen läßt. Insofern wäre gegen eine der Situation angepaßte und unter medizinischen Gesichtspunkten nachvollziehbare Gewichtung des Notarztes bzw. Leitenden Notarztes nichts einzuwenden. Problematisch wäre aber auch hier wiederum der Standpunkt, einem Schwerstverletzten die erforderliche und zumutbare Hilfe deshalb nicht zu leisten, weil man subjektive Überlegungen und eigene Wertvorstellungen über das eventuelle Weiterleben des Patienten zur Richtlinie ärztlichen Handelns machen würde.

[zurück](#)

Grenzen der Behandlungspflicht

Für den Notarzt stellt sich mitunter die Frage nach der Sinnhaftigkeit ärztlicher Maßnahmen und damit die Frage nach den Grenzen der Behandlungspflicht. Wie bereits ausgeführt, besteht nach höchstrichterlicher und teilweise nicht unumstrittener Rechtsprechung für den Arzt aufgrund seiner Garantenstellung zunächst grundsätzlich die Verpflichtung zur Leistung medizinisch indizierter Maßnahmen. Diese Verpflichtung findet ihre Grenze im Willen des entscheidungsfähigen Patienten, wobei der "hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen vom urteilsfähigen Patienten ausgesprochene Verzicht den Arzt auch dann, wenn der Patient im voraussehbaren Verlauf der Krankheit das Bewußtsein verliert und keine wesentliche Änderung der seiner Erklärung zugrunde liegenden Umstände erkennbar sei, binde, da die Entscheidung gerade auch für dieses Stadium getroffen worden sei" (referiert in 7). Bei nicht-entscheidungsfähigen (z.B. infolge psychiatrischer Störungen) oder aufgrund Bewußtseinsverlustes nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten ist hingegen deren Wille als nicht maßgeblich zu erachten. Andererseits versucht der BGH die Hilfspflicht des Arztes im Hinblick auf die "besonderen Umstände" des Einzelfalles einzuschränken. So wurde ein Arzt im sog. "Krefelder Urteil" (2) freigesprochen, der neben einer 76jährigen Witwe bis zum Eintritt des Todes gewartet hatte, ohne ärztliche Maßnahmen einzuleiten. Diese hatte schriftlich ihren Sterbewillen dokumentiert und eine tödliche Dosis zentral wirksamer Substanzen eingenommen. Eine Verurteilung erfolgte aber nur deshalb nicht, weil bei Eintreffen des Arztes dieser davon ausgegangen war, daß aufgrund der zeitlichen Verhältnisse bereits eine irreversible Hirnschädigung eingetreten war. Gleichzeitig wird aber in diesem Urteil betont, daß "jedenfalls dann, wenn der ohne ärztlichen Eingriff dem sicheren Tod preisgegebene Suizident schon bewußtlos ist, sich der behandelnde Arzt nicht allein nach dessen vor Eintritt der Bewußtlosigkeit erklärten Willen richten darf". Es wird jedoch - bei grundsätzlicher Verpflichtung zur Hilfeleistung - vielmehr zugebilligt, daß "der Arzt in eigener Verantwortung eine Entscheidung über die Vornahme oder Nicht-Vornahme auch des nur möglicherweise erfolgreichen Eingriffes zu treffen hat". Der Arzt darf hierbei berücksichtigen, daß es keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung erlöschenden Lebens um jeden Preis gibt. "Angesichts des bisherige Grenzen überschreitenden Fortschrittes medizinischer Technologie bestimme nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht". In einem weiteren Urteil ist ausgeführt, daß "bei der Rechtsgüterabwägung darauf abzustellen sei, ob der Wert der Erlösung den der Erhaltung des qualvollen, vom Kranken selbst nicht mehr gewollten Lebens wesentlich überwiegt, was der Fall sein kann, wenn der Kranke selber sein Leben nur noch als quälende Last erleidet und es preisgeben will" (7). Zur Frage der Zulässigkeit des Abbruchs einer ärztlichen Behandlung bei unheilbar kranken, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten hat der BGH erst kürzlich Stellung genommen (3). So könne ausnahmsweise der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme auch dann zulässig sein, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt habe und somit die Voraussetzungen der Sterbehilfe nicht vorlägen. In derartig gelagerten Fällen sei der mutmaßliche Wille des Kranken entscheidend, wobei an die Annahme des mutmaßlichen Einverständnisses strenge Anforderungen zu stellen seien. Hier käme es v.a. auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse

Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an. Ließen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so könne und müsse auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprächen. Dabei sei jedoch Zurückhaltung geboten und im Zweifel habe der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, der Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person. Zum Problem der Wirksamkeit einer mündlichen Willensäußerung wäre noch anzumerken, daß in dem zu beurteilenden Fall eine "acht oder zehn Jahre vor dem maßgebenden Zeitpunkt unter dem unmittelbaren Eindruck einer Fernsehsendung erfolgte Äußerung der Patientin keine tragfähige Entscheidungsgrundlage bilde, da sie einer momentanen Stimmung entsprungen sein könnte".

Diese, für Nicht-Juristen mitunter nicht leicht zu durchdringenden Zitate aus einschlägigen Urteilen lassen erkennen, daß die insbesondere aufgrund der Garantenstellung des Arztes bestehende grundsätzliche Verpflichtung zur Leistung ärztlicher Hilfe im Einzelfall durch besondere Umstände eingeschränkt werden kann. Es bleibt aber festzuhalten, daß es sich jeweils um individuelle Einzelfallprüfungen handelt. Im Notarzteeinsatz stehen zumeist keine detaillierten und objektivierbaren (!) Angaben zur Prognose eines eventuell diagnostizierten Grundleidens oder aber zum mutmaßlichen Willen des Patienten zur Verfügung und vor Ort wird gerade wegen der Dringlichkeit der durchzuführenden Maßnahmen eine fundierte Beurteilung kaum möglich sein. Es muß deshalb zur Absicherung des Notarztes geraten werden, daß dieser - abgesehen von wirklich eindeutigen Fällen - die erforderlichen ärztlichen Maßnahmen leistet.

[zurück](#)

Literatur

1. BGH. NJW (1954) 1049
2. BGH. NJW (1984) 2639
3. BGH. NJW (1995) 204
4. Blick, U., M. Fischer, W. Spann Katamnestische Untersuchungen zur Problematik ärztlicher Hilfeleistung beim Suizid. MedR (1984) 217-219
5. Dupuis, H.: Medizinische Ethik - eine Herausforderung an die Zukunft. Newsletter ÖGARI 11 (1992) 10-14
6. Murphy, D. J.: Do-not-resuscitate orders - time for reappraisal in long-term-care institutions. J. Amer. med. Ass. 260 (1988) 2098-2101
7. OLG München. NJW (1987) 2940
8. Rieger. H-J.: Behandlung gegen den Willen des Patienten. Dtsch. med. Wschr. 116 (1991) 272-274
9. Sefrin, P, J. Sellner: Die Bedeutung verschiedener Ausgangsfaktoren für den Krankheitsverlauf von Notfallpatienten. Notarzt 7 (1991) 133-138
10. Steinbereithner, K: Ethik in der Notfallmedizin - Die DNR-Empfehlung (-Entscheidung). Notarzt 9 (1993) 133-136
11. Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer: Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes. Dt. Ärztebl. 88 (1991) 2855-2860

12. Towlinson, T, H. Brody: Ethics and communication in do-not-resuscitate orders.
New Engl. J. Med. 318 (1988) 43-46

*PD Dr. med. P. Betz
Institut für Rechtsmedizin der Universität
München Postfach 151023
D-80046 München*