

Stichworte: Lebenserhaltende medizinische Maßnahme, künstliche Ernährung, elterliche Sorge, Sorgerechtsentzug, Tod durch Unterlassen, Gefährdung des Kindeswohls, apallisches Syndrom, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2004,

Sterbenlassen des eigenen Kindes widerspricht nicht dessen Wohl bei denkbar schwersten irreversiblen Gesundheitsschädigungen

Betroffene Normen: GG Art. 6 Abs. 1, Abs. 2; BGB § 1631c, § 1666, § 1666a

Leitsätze des Bearbeiters:

- 1. Das Zulassen des symptomfreien Sterbens widerspricht nicht dem Wohl eines Kindes, wenn die Perspektive einer Besserung der gesundheitlichen Situation fehlt und nach medizinischem Ermessen eine greifbare Wahrscheinlichkeit der Wiedererlangung irgendeiner Bewusstseinsfunktion nicht gegeben ist.**
- 2. Soll einziges Therapieziel das Erreichen der Schmerzlosigkeit unter Inkaufnahme der weitgehenden Reduzierung selbst basaler Reaktionsfähigkeiten sein, also das Empfinden des Schmerzes durch das gänzliche Ausschalten von letzten Empfindungsmöglichkeiten des allein funktionierenden Stammhirns ausgeschlossen werden, so entfallen auch die letzten Argumente für eine Lebenserhaltung des Kindes, nämlich das wenigstens basale Teilnehmen an der Umwelt.**

Gericht, Datum, Aktenzeichen, (Alternativ: Fundstelle): OLG Hamm, Beschl. v. 24.05.2007 – 1 UF 78/07 (Vorinstanz: AG Minden, Beschl. v. 13.03.2007 – 32 F 53/07)

Kurzdarstellung:

Kann die elterliche Sorge ganz oder nur teilweise entzogen werden, wenn das Kindeswohl gefährdet scheint? Diese Frage musste das Oberlandesgericht Hamm klären. Die Eltern hatten die Absicht, lebenserhaltende medizinische Maßnahmen und die künstliche Ernährung bei ihrem schwerst behinderten Kind zu beenden. Aus medizinischer Sicht hätte das Kind nie ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung führen können.

Dabei hatte das Oberlandesgericht vor allem zu entscheiden, ob man den durch Unterlassen herbeigeführten Tod eines Menschen als Maßnahme zur Einhaltung des Kindeswohls ansehen könne.

Das Amtsgericht – Familiengericht – Minden hat dies verneint und insoweit den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht und die Gesundheitsfürsorge entzogen.

Das Oberlandesgericht Hamm hingegen hat in seinem Beschluss eine andere Rechtsauffassung vertreten und den am 20.03.2007 durch Zustellung bekannt gemachten Beschluss des Amtsgerichts aufgehoben und das Verfahren auf Entziehung der elterlichen Sorge eingestellt.

Auszüge aus der redaktionell bearbeiteten Entscheidung:

Der Fall

I. Das Familiengericht hat den Beschwerdeführern mit dem angefochtenen Beschluss einen Teil der elterlichen Sorge für ihre Tochter K. entzogen, nämlich das **Aufenthaltsbestimmungsrecht** und die **Gesundheitsfürsorge**, und eine Pflegschaft eingerichtet. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Absicht der Eltern, lebenserhaltende medizinische Maßnahmen bei K. und ihre künstliche Ernährung beenden zu wollen mit der Konsequenz, dass das Kind sterbe, gefährde das Kindeswohl und überschreite den ihnen zuzubilligenden Ermessensspielraum. Ob und inwieweit künftig eine Wiederherstellung zumindest insoweit möglich sein werde, dass dem Kind zumindest eine basale Teilhabe am Leben ermöglicht werden könne, sei offen.

II. Dagegen wenden sich die Eltern mit ihrer form- und fristgerecht eingelegten und begründeten befristeten Beschwerde, mit welcher sie die Zurückübertragung der gesamten elterlichen Sorge erstreben. Sie verteidigen ihre Absicht, K. sterben zu lassen. Im Einzelnen führen sie u.a. aus:

„K. befindet sich im **apallischen Syndrom**, welches nach sicherer ärztlicher Bewertung irreversibel ist. Dies bedeutet nach schulmedizinischem Konsens, dass sie für immer ohne Bewusstsein ist und für immer kognitive Denkvorgänge der Großhirnrinde unmöglich sind, weil für diese eben eine Funktion der Großhirnrinde (Pallium) notwendig ist, welche bei K. irreversibel geschädigt ist (apallisch). Selbstverständlich reagiert K. auf verschiedene Reize. Dies wird von Strukturen des Gehirns unter der Großhirnrinde (basale Strukturen) geleistet. Infolge der Schädigung leidet K. an schwersten Spastiken aller vier Quadranten des Körpers (Tetraspastik). Dadurch ist K. völlig steif und es hat sich sogar die Wirbelsäule verdreht. Der Zustand hat sich in den letzten Wochen tendenziell verschlechtert. Sie kann nur für den Außenstehenden mangels Schmerzsymptomatik einen Eindruck des Zufriedenseins vermitteln, den K. mangels Funktion der Großhirnrinde selbst jedoch nicht bewusst empfinden kann. Damit wird eine Zufriedenheit auf basaler Wahrnehmungsebene postuliert. Nach außen zeigt sich lediglich eine Symptomlosigkeit, die nicht mit Zufriedenheit gleichzusetzen ist. Um K. aber symptomlos zu machen, bedarf es einer noch intensiveren Medikamentengabe (ggf. auch über die „Spastikpumpe“), wonach selbst Ks. basale Reaktionen mehr oder weniger zum Erliegen kommen würden. So ist K. schon in den letzten Wochen praktisch nur noch im Tiefschlaf zu halten. So würde ihr weiteres Leben aussehen.

K. liegt so lange nicht im Sterben, so lange die infolge der Großhirnzerstörung verloren gegangene Fähigkeit der natürlichen Aufnahme von Flüssigkeit und Nahrung durch Infusion kalorischer Flüssigkeit über die **PEG** (Perkutane endoskopische Gastrostomie Ernährungssonde durch die Bauchdecke direkt in den Magen) substituiert wird. So lange werden voraussichtlich Nieren, Herz und Lunge – und damit der Kreislauf – „funktionieren“. Ohne den Erhalt dieser lebenswichtigen Körperfunktionen wäre längst der Tod eingetreten. Ks. verbliebene Körperfunktionen können noch jahrelang künstlich erhalten werden.

Die lebenserhaltende Zufuhr von kalorischer Nahrung über die PEG ist eine medizinische Behandlung (BGH NJW 1995, 204 ff. und Grundsätze der Bundesärztekammer zu ärztlichen Sterbebegleitung). Jede ärztliche Behandlung ist invasiv, tatbestandsmäßig damit eine Verletzung der körperlichen Integrität, so auch die PEG.

Zu ihrer Rechtfertigung bedarf es nach herrschendem Medizinrecht kumulativ der ärztlichen Indikation und der Zustimmung des Patienten.

Die Grundsätze der Bundesärztekammer von 2004 halten beim Apaliker grundsätzlich eine lebenserhaltende Ernährungstherapie für indiziert, allerdings unter Beachtung seines Willens. Erst bei Hinzutreten weiterer negativer Entwicklungen über das alleinige Andauern des Wachkomas hinaus käme eine Beendigung in Frage. K. leidet „neben“ dem apallischen Syndrom an kaum mehr zu beherrschenden Spastiken. Die Universitätsklinik E. hat vor wenigen Tagen zum zweiten Mal die Indikation für eine Installation einer „Spastikpumpe“ (Baclofen-Perfusor) verneint und das Kind erneut ohne diese Pumpe zurück in die KinderReha-Klinik geschickt, weil die Ärzte sich bei Abwägung von Nutzen und Risiken keinen Benefit für K. erwarten. Damit haben wir vorliegend nicht nur das Wachkoma sondern auch ein Kind, das pausenlos schreit und krampft und insoweit nicht einmal sicher zu therapieren ist.

Unter all diesen Umständen ist bereits die Indikation für eine weitere lebenserhaltende Therapie höchst fraglich.

Bei minderjährigen Kindern haben die Eltern das Recht, für das Kind die Zustimmung zu einer ärztlichen Behandlung zu erklären oder zu verweigern. Angesichts des Alters von K. von nur vier Jahren bedarf es keiner vertiefenden Betrachtung, dass die Eltern dabei mit wachsender Reife die eigenen Wünsche des Kindes zu beachten haben. Den Eltern steht es gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG als natürliches Recht und als die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht zu, für ihr Kind Entscheidungen über die Zuführung zu ärztlicher Behandlung zu treffen. So wie das Grundgesetz diese Aufgabe allein den Eltern überträgt und diesem eigenen Entscheidungsrecht der Eltern Verfassungsrang einräumt, so richtet das Grundgesetz in Art. 6 Abs. 2 Satz 2 aber auch das Wächtertum der staatlichen Gemeinschaft ein. Dieses Wächteramt übt die Familiengerichtsbarkeit aus, indem sie die Wohlschranke des § 1666 BGB zu prüfen hat.

Rechtsfehlerhaft hat das Amtsgericht die Ausübung der elterlichen Sorge nach der Rechtsprechung zu Betreuerentscheidungen bewertet. Mit der Heranziehung dieser Rechtsprechung verkennt das Amtsgericht, dass den Eltern für K. ein verfassungsmäßig garantiertes Grundrecht zusteht, eine Entscheidung für K. nach ihrer eigenen elterlichen Wertewelt zu treffen. Sie dürfen aktuell für K. so entscheiden, wie sie auch aktuell über ihre eigene Behandlung entscheiden dürfen. Dies ist der Kerngehalt des Art. 6 GG. Das Grundgesetz schützt weitestgehend die Werteordnung der Familie.

Dieses Grundrecht findet folglich seine Grenzen nur im objektiven Wohl des Kindes. Nun zeigt alle Rechtsprechung zu Behandlungsabbruch, Zulassen des Sterbens und Beachtung einer Patientenverfügung, dass längst nicht mehr gilt, dass das Zulassen des Sterbens per se dem Wohl eines Menschen widerspricht. Diese gewandelte allgemeine Wertvorstellung ist Folge der heutigen Möglichkeiten der Medizin, menschliches Leben in früher ebenso unbekanntem wie ungeahntem Ausmaß künstlich zu verlängern und damit das Sterben auch bei an sich unumkehrbar tödlichen Krankheitsverläufen beliebig hinauszuschieben.

Die Eltern haben sich entschieden, K. sterben zu lassen, indem die künstliche Lebenserhaltung durch die derzeitige Ernährungstherapie beendet wird. Ks. Sterbevorgang soll palliativmedizinisch so therapiert werden, dass sie nach ärztlichem und menschlichem Ermessen nicht einmal über basale Wahrnehmungen Leid empfinden kann.

Das Zulassen des symptomfreien Sterbens widerspricht nicht dem Wohl von K. Zum einen schildert die angefochtene Entscheidung eindrucksvoll die denkbar schwerste Gesundheitsschädigung, die ein Mensch erleiden kann. Zum anderen ist auszuschließen, dass sich an diesem Zustand jemals etwas Gravierendes ändert.

Einziges Therapieziel soll das Erreichen der Schmerzlosigkeit unter Inkaufnahme der weitgehenden Reduzierung selbst basaler Reaktionsfähigkeiten sein. Es soll also das Empfinden des Schmerzes durch das gänzliche Ausschalten von letzten Empfindungsmöglichkeiten des allein funktionierenden Stammhirns ausgeschlossen werden. Damit entfallen aber auch die letzten Argumente für eine Lebenserhaltung des Kindes, nämlich das wenigstens basale Teilnehmen an der Umwelt.

Es geht in diesem Verfahren nicht darum, staatlich zu entscheiden, ob das Leben eines solchermaßen leidenden Wachkomapatienten lebenswert oder lebensunwert ist. Es geht in diesem Verfahren alleine darum, ob die Eltern mit der Entscheidung, K. sterben zu lassen, ihren verfassungsrechtlich geschützten Entscheidungsspielraum überschritten haben.“

III. Der Amtspfleger und das beteiligte Jugendamt verteidigen die angefochtene Entscheidung. Er führt aus, dass K. in der 15. Kalenderwoche im Universitätsklinikum E. die beschriebene sog. Spastik-Pumpe implantiert bekommen habe. Die tägliche Dosis werde derzeit gesteigert, bis die therapeutisch notwendige Dosis gefunden sei. Wann dies der Fall sei, sei nicht abzusehen. Die Spastiken seien zwischenzeitlich teilweise entschärft worden, sodass K. ruhiger wirke. Das sei jedoch ein rein symptomatischer Erfolg. Die Kontraktionen der Sprunggelenke seien irreversibel und nur durch operative Verlängerung der Sehnen zu beheben. Weil K. derzeit im Wachzustand Klagelaute von sich gebe, erhalte sie zusätzlich Morphium, Diazepam und andere Sedierungsmittel.

Kontakt zur Umwelt nehme K. nach wie vor nicht auf. Damit sei nach übereinstimmender Einschätzung der Mediziner auch nicht mehr zu rechnen. Aus seiner Sicht als Amtspfleger sei indessen ungeklärt, ob und inwieweit die medizinischen Maßnahmen K. Linderung verschaffen und sie befähigen könnten, künftig auf nonverbaler Ebene Kontakt zu ihren Eltern aufzunehmen. Deshalb erachte er sowohl die Durchführung einer mündlichen Verhandlung als auch die Einholung eines Sachverständigen-gutachtens für erforderlich.

Die Entscheidung

IV. Das Rechtsmittel der Eltern hat Erfolg und führt zur Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und – klarstellend – zur Verfahrenseinstellung.

Der Senat hat keinerlei Grund für die Annahme, dass die Eltern hier ihre Elternverantwortung missbräuchlich wahrnehmen könnten und schuldlos oder gar schuldhaft im Sinne von § 1666 BGB versagt hätten.

In tatsächlicher Hinsicht geht der Senat, wie vor ihm das Amtsgericht und die Beschwerdeführer, vom selben Sachverhalt aus. Dieser ist abschließend aufgeklärt und lässt hinsichtlich der maßgeblichen Diagnose und auch der Prognose keinen weiteren Aufklärungsbedarf erkennen. Eine Kontaktaufnahme im Sinne einer bewussten Willensbestätigung oder auch nur als Zeichen vorhandenen Bewusstseins lässt sich nach gegenwärtigen Erkenntnisstand und dem Stand der medizinischen Wissenschaft mit Sicherheit ausschließen. Das gilt auch für eine Kommunikation auf „nonverbaler Ebene“, soweit damit irgendeine Bewusstseinsbetätigung gemeint ist. Soweit damit aber nur reflexartige Reaktionen auf eingebrachte körperliche Reize gemeint sind, sind diese nach zutreffender Ansicht aller Beteiligten auch weiterhin möglich, aber als reine Stammhirnfunktionen keine geeigneten Anzeichen für Reste von Bewusstsein. Soweit der Amtspfleger in seiner Stellungnahme die Möglichkeit zu einer Wiederherstellung der Fähigkeit Ks zu einer Kontaktaufnahme unterstellt, geht er von falschen Voraussetzungen aus. Der Senat hat daher kein weiteres Gutachten für erforderlich gehalten. Auch die Durchführung eines Termins zur mündlichen Verhandlung war nicht geboten. Das Amtsgericht hat die Beteiligten mündlich angehört. Wesentliche neue Tatsachen sind seither nicht eingetreten.

In rechtlicher Hinsicht lassen sich die Voraussetzungen für einen – auch nur partiellen – Sorgerechtsentzug gemäß §§ 1666, 1666a BGB nicht feststellen. Die Eltern haben, ausgehend von zutreffenden tatsächlichen Gegebenheiten und in Kenntnis ihrer Rechte, Pflichten und ihrer Verantwortung, eine nach bürgerlichem Recht und verfassungsrechtlich garantiert zuvörderst ihnen zukommende Entscheidung nach reiflicher Überlegung getroffen. Anhaltspunkte für einen Sorgerechtsmissbrauch liegen nicht vor. Maßstab ist insoweit nicht, ob ein anderer Entscheidungsträger ein ihm zustehendes Ermessen möglicherweise anders ausgeübt hätte. Jedenfalls wäre das Ermessen nicht zwingend anders auszuüben.

Ein Sorgerechtsmissbrauch ergibt sich insbesondere auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass die Entscheidung der Eltern möglicherweise oder sogar wahrscheinlich – vorbehaltlich einer eventuell erforderlich werdenden Entscheidung des Vormundschaftsgerichts – den Tod Ks. zur Folge hätte. In ihrer konkreten Situation ohne die Perspektive einer Besserung ihrer gesundheitlichen Situation, ohne nach medizinischem Ermessen greifbare Wahrscheinlichkeit der Wiedererlangung irgendeiner Bewusstseinsfunktion und einhergehend mit weiteren irreversiblen, wenn auch nur auf basaler Ebene als schmerzhaft erlebten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nur durch weitere invasive Eingriffe gemildert werden können, erscheint dem Senat auch aus Sicht des Kindeswohls im Lichte des mit Verfassungsrang ausgestatteten Rechts auf eine menschenwürdige Behandlung die Entscheidung, einer Fortsetzung der lebenserhaltenden Maßnahmen nicht weiter zustimmen zu wollen, als einfühlbar und das Kindeswohl wärend. Der terminale Charakter dieser Entscheidung ist hier und für sich allein kein Grund, anstelle der Eltern einen Pfleger mit derselben Frage zu betrauen.

Praxistipp:

Die Entscheidung des Oberlandesgerichts überzeugt sowohl vom Ergebnis als auch von der Begründung her. Sie ist sowohl aus ethischer, medizinischer, klinisch-psychologischer als auch aus verfassungs- und familienrechtlicher Sicht nachvollziehbar und richtig.

Zutreffend stellt das Oberlandesgericht fest, dass es in der alleinigen Verantwortung der sorgeberechtigten Eltern steht, wann die künstliche Ernährung eines im Koma liegenden Kindes abgebrochen werden soll. Und das eine Ausnahme nur im Falle des Sorgerechtsmissbrauchs nach § 1666 BGB gelten soll. Ein solcher liegt jedoch nur dann vor, wenn das Zulassen des Sterbens dem Wohl des Kindes widerspricht. Zu Recht geht dabei das Oberlandesgericht davon aus, dass das Zulassen des symptomfreien Sterbens dem Wohl eines Kindes nicht widerspricht, wenn die Perspektive einer Besserung der gesundheitlichen Situation fehlt und nach medizinischem Ermessen eine greifbare Wahrscheinlichkeit der Wiedererlangung irgendeiner Bewusstseinsfunktion nicht gegeben ist.

Die folgenden Anmerkungen versuchen weniger zu klären, ob Sterbehilfe an Säuglingen richtig oder falsch ist, da es dafür kaum eine verbindlich korrekte Antwort geben können wird, sondern beschäftigt sich in erster Linie damit, wer im Zweifelsfalle über Leben und Tod des Kindes entscheiden soll.

Die besondere ethische und juristische Problematik in Bezug auf den Verzicht künstlicher Lebensverlängerung bei schwerstbehinderten Frühchen, Neugeborenen oder Kindern, ist vor allem darin begründet, dass deren Wille überhaupt nicht oder nur sehr schwer ermittelt werden kann und sie daher ihr Selbstbestimmungsrecht noch nicht ausüben können. Es stellt sich somit zum einen die Frage, ob und wenn ja unter welchen Voraussetzungen Sterbehilfe an schwerstbehinderten Frühchen, Neugeborenen und Kinder vorgenommen werden kann und zum anderen die Frage, wer dies zu entscheiden hat.

Zur Beantwortung der ersten Frage geben sowohl die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ als auch die „Einbecker Empfehlungen“ hilfreiche Hinweise.

In den **Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2004** heißt es u.a.:

„Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben.“

In der revidierten Fassung der **Einbecker Empfehlungen von 1992** heißt es u.a.:

„Ausgangspunkt bleibt die grundsätzliche Unverfügbarkeit menschlichen Lebens in jeder Entwicklungs- und Altersstufe. Dennoch können in den Empfehlungen angesprochene Grenzsituationen dazu führen, dass dem Bemühen um Leidensvermeidung oder Leidensminderung im wohlverstandenen Interesse des Patienten ein höherer Stellenwert eingeräumt werden muss als dem Bemühen um Lebenserhaltung oder Lebensverlängerung.“

Und weiter:

„Eine Abstufung des Schutzes des Lebens nach der sozialen Wertigkeit, der Nützlichkeit, dem körperlichen oder dem geistigen Zustand verstößt gegen Sittengesetz und Verfassung.

...

Es gibt daher Fälle, in denen der Arzt nicht den ganzen Umfang der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen muss.

...

Diese Situation ist gegeben, wenn nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erfahrungen und menschlichem Ermessen das Leben des Neugeborenen nicht auf Dauer erhalten werden kann, sondern ein in Kürze zu erwartender Tod nur hinausgezögert wird.

...

Verweigern die Eltern/Sorgeberechtigten die Einwilligung in ärztlich gebotene Maßnahmen oder können sie sich nicht einigen, so ist die Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes einzuholen.“

Zur Beantwortung der zweiten Frage ist Folgendes zu bedenken bzw. festzustellen:

Entgegen der Auffassung von Balloff (Anmerkung zu OLG Hamm, Beschl. v. 24.05.2007 – 1 UF 78/07 in: NJW 2007, 2705), der bezweifelt, dass es den Eltern tatsächlich überhaupt möglich sei, die für das Kind bestmögliche Entscheidung zu treffen und der infrage stellt, dass man den Eltern die schwere seelische Last der Verantwortung für ihre Entscheidung wirklich aufbürden dürfe, ist Folgendes zu bedenken: Natürlich ist es eine schwere, ja sogar die schwerste Entscheidung überhaupt, die Eltern zu treffen haben, wenn es um Leben und Tod des eigenen Kindes geht. Doch wer sonst als die Eltern hat die ethische, dem Kindeswohl verpflichtete Entscheidungsverantwortung. Sicherlich nicht Ärzte, die Kirchen oder Richter. Letztere haben **im Zweifel** lediglich die Rechtsgemäßheit der elterlichen Entscheidung zu prüfen.

Darüber hinaus ist Balloff ein Blick in das Grundgesetz sowie in das Bürgerliche Gesetzbuch zu empfehlen.

Gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG steht den Eltern als natürliches Recht und als die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht zu, für ihr Kind Entscheidungen über die Zuführung zu ärztlicher Behandlung zu treffen. So wie das Grundgesetz diese Aufgabe allein den Eltern überträgt und diesem eigenen Entscheidungsrecht der Eltern Verfassungsrang einräumt, so ist in Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG eine Grundrechtsschranke enthalten, die vorgibt, dass das Familiengericht im Zweifel gemäß § 1666 Abs. 1 BGB

zu prüfen hat, ob das Kindeswohl durch die rechtsmissbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge gefährdet ist. Dies bedeutet jedoch im Umkehrschluss, dass, so lange das Kindeswohl Maßstab der elterlichen Entscheidung ist, die Eltern die **alleinige** Entscheidungskompetenz und -verantwortung über die Vornahme aber auch über den Abbruch ärztlicher Behandlungsmaßnahmen haben. Wobei diese nach dem Gesetz die mit dem Älterwerden fortschreitende eigene Beurteilungsfähigkeit des Kindes zu beachten haben.

Während man früher ein Sterbenlassen ausnahmslos als dem Wohl des Kindes widersprechend betrachtete, wandelt sich auch dieses Verständnis im Lichte der Rechtsprechung zu den erlaubten Formen der Sterbehilfe.

1996 räumte der Bundesgerichtshof (BGH, Urt. v. 15.11.1996 – 3 StR 79/96) den Ärzten erstmals das Recht ein, in besonders schweren Fällen das Leiden von Todkranken abzukürzen. Voraussetzung musste aber sein, dass die Ärzte **nach dem „erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen“ handelten**. Der 3. Strafsenat des Bundesgerichtshofs entschied damals: „Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit“ sei der „Aussicht, unter schwersten Schmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen“, unbedingt vorzuziehen.

Es wird daher ausdrücklich der Ansicht von Balloff widersprochen, der den Gesetzgeber auffordert sich möglichst umgehend dazu zu entschließen, die Entscheidung über die Durchführung der Sterbehilfe bei einem Kind nicht mehr allein der Verantwortung der sorgeberechtigten Eltern zu überlassen, sondern **in jedem Fall** eine **obligatorische Einholung der Einwilligung des Familiengerichts zur Sterbehilfe** gesetzlich zu verankern.

Abschließend werden noch **vier typische Fallkonstellationen** skizziert, die das ganze ethische und rechtliche Dilemma der **Therapieverweigerung bei Kindern** bzw. der „Früheuthanasie“ verdeutlichen sollen.

1. Fall: Ein Kind wird mit Trisomie 21 („Down Syndrom“, „Mongolismus“) und einer missgebildeten, in die Lunge führenden Speiseröhre geboren. Die Eltern verweigern nach eingehender ärztlicher Beratung ihre Einwilligung in die zur Lebensrettung notwendige Operation und in die Prozeduren einer künstlichen Ernährung. Die Klinikverwaltung beantragt beim Vormundschaftsgericht, die elterliche Einwilligung zu ersetzen. Der Antrag wird abgelehnt, die dagegen gerichtete Beschwerde beim Obersten Gerichtshof von Indiana (USA) verworfen. Das Kind erhält lediglich eine „Basisversorgung“ mit Flüssigkeit, Wärme und sedierenden Mitteln, wird aber nicht ernährt, da dies auf natürlichem Weg nicht möglich und auf intravenösem nicht erwünscht ist. Es stirbt sechs Tage nach der Geburt.

2. Fall: Ein Mädchen mit „Tay-Sachs-Syndrom“ und zahlreichen weiteren schweren Geburtsfehlern, die eine Reihe sofortiger lebensrettender Operationen notwendig machen, wird geboren. Der genetische Grunddefekt begrenzt die mögliche Lebenserwartung auf höchstens vier Jahre. Nach zwei Jahren befindet sich (wie vorher absehbar) das Kind im Zustand schwerer geistiger Retardierung, hoher Anfälligkeit für interkurrente Erkrankungen jeder Art, leidet an Blindheit, fortschreitender Muskelatrophie, weitgehender motorischer Lähmung, die von regelmäßigen konvulsivischen Krämpfen unterbrochen werden und an groben physischen Deformationen, und ist ihrer Umwelt gegenüber nahezu gänzlich reaktionslos. Sie muss intravenös ernährt werden, verliert aber kontinuierlich an Gewicht und stirbt schließlich im Alter von drei Jahren.

3. Fall: Ein Junge wird in der 25. Schwangerschaftswoche geboren und sofort auf die Intensivstation der Klinik verlegt. Da seine Lungen für eine spontane Eigenatmung nicht ausreichend entwickelt waren, schloss man es ohne die – ausdrücklich verweigerte – Einwilligung seiner Eltern an einen Respirator an. Im Laufe der folgenden Monate stellten sich zahlreiche schwere Komplikationen ein, die größtenteils iatrogen, also durch die Intensivbehandlung selbst verursacht waren: Bronchopulmonale Dysplasie (d. i. eine fortschreitende, irreversible Zerstörung der Lungenbläschen); zahllos häufiges Aussetzen des Herzschlags mit anschließender Zyanose, einer Blauverfärbung von Haut und Schleimhäuten, was jeweils künstliche Beatmung, häufig auch Bluttransfusionen erforderlich machte. Die konzentrierten Sauerstoffgaben erzeugten eine retrolentale Fibroplasie und damit ein allmähliches Erblinden des Kindes. Zahlreiche Infektionen traten auf, außerdem eine fortschreitende Demineralisierung und deshalb vielfaches Brechen der Knochen; ein Defekt der Lungenarterie führte zu mehreren Hirninfarkten. Alleine die Infektionen machten verschiedene Operationen im Urogenitalbereich notwendig, am rechten Bein musste ein großer Teil des abgestorbenen und nekrotischen Muskelgewebes bis auf den Knochen abgeschält werden. Wiederkehrende Lungenentzündungen wurden mit Antibiotika be-

kämpft. Das Kind hatte außerdem einen schweren Herzfehler, Lungenblutungen, Mikrozephalie und andere Gehirnschäden. Es starb nach sechs Monaten auf der Intensivstation.

4. Fall: Ein Kind mit einer genetischen Hautkrankheit schwerster Art, der sogenannten Epidermolysis bullosa atrophicans (sog. „Typ Herlitz“), wird geboren. Die Krankheit besteht in einer fortschreitenden Ablösung der Haut vom Körper. Dabei treten Blutungen und ständig neue Blasenbildungen auf, die bei jeder Berührung des Kindes erheblich verstärkt werden. Eiweiß-, Flüssigkeits- und Blutverlust gleichen ebenso wie die begleitenden Schmerzen den entsprechenden Phänomenen bei Verbrennungen dritten Grades. Infektionen und Schleimhautablösungen im Mund machen eine natürliche Ernährung unmöglich, die intravenöse Ernährung verursacht wegen der Folgen jeder Berührung des Kindes große Schwierigkeiten. Mehrmals täglich müssen die durchnässten Verbände gewechselt werden und das Kind muss in bestimmten medizinischen Lösungen gebadet werden, was regelmäßig mit einer Verschärfung des Grundproblems verbunden ist. Wegen des ständigen Blutverlustes sind zahlreiche Transfusionen notwendig. Nachdem die Krankheit einen großen Teil der Körperoberfläche erfasst hat, treten Infektionen auf, die mit Antibiotika bekämpft werden. Trotzdem stellen sich fortschreitende Vergiftungserscheinungen ein, begleitet vom Ausfall verschiedener Organfunktionen, vor allem der Nieren. Am 15. Tag nach der Geburt stirbt das Kind unter offensichtlich großen Qualen.

Angesichts der oben aufgeführten Fälle gibt der Bearbeiter offen zu, dass er bei allem schlüssigen und plausiblen Nachdenken und Argumentieren nie ganz sicher, ja zuweilen ratlos ist. Einigermaßen sicher ist er sich nur im ersten und im letzten Fall: in dem des Kindes mit Down-Syndrom und einem korrigierbaren Defekt der Speiseröhre, und in jenem des Kindes mit der furchtbaren Hautkrankheit der Epidermolysis. Das Erstere hätte man keinesfalls sterben und das zweite keinesfalls so lange leben lassen dürfen. Auch die bei Juristen geradezu kanonisierte Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie, die der Bearbeiter in solchen Fällen für unbegründbar, ja manchmal unmenschlich hält, kann keine dieser beiden Fehlentscheidungen rechtfertigen. Die zwei mittleren Fälle, den des Mädchens mit Tay-Sachs-Syndrom und den des Jungen, der in der 25. Schwangerschaftswoche geboren wurde, lässt der Bearbeiter ungelöst. Denn sie sollen zeigen, welche quälende Aufgabe übrigbleibt. Nämlich: die Aufgabe einer Entscheidungsethik der Unsicherheit, der Zweideutigkeiten und des Umgangs mit einer manchmal unvermeidlichen Schuld.

(Bearbeitet von Rechtsanwalt Prof. Robert Roßbruch)