

Julia Berke

Die ärztlich geschuldete Leistung in der Palliativmedizin

Kölner Schriften zum Medizinrecht

Band 27

Reihe herausgegeben von

Christian Katzenmeier, Köln, Deutschland

Medizinrechtliche Themen gewinnen immer größere Bedeutung für Gesellschaft, Recht und Politik. Die wissenschaftliche Erschließung der aufgeworfenen Fragen ist eine der großen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts.

Die Kölner Schriften zum Medizinrecht bieten ein Forum für die Forschung auf den Gebieten des deutschen, europäischen und internationalen Medizinrechts, des Gesundheitsrechts und der Bioethik. Die Schriftenreihe präsentiert die Ergebnisse integrativer und interdisziplinärer Forschung in ausgewählten Studien.

Weitere Bände in der Reihe <http://link.springer.com/bookseries/Series/8204>

Julia Berke

Die ärztlich geschuldete Leistung in der Palliativmedizin

 Springer

Julia Berke
Augsburg, Deutschland

ISSN 1866-9662 ISSN 1866-9670 (electronic)
Kölner Schriften zum Medizinrecht
ISBN 978-3-662-64574-1 ISBN 978-3-662-64575-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-64575-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Für Mama, Papa und Alex

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im Wintersemester 2020/2021 von der rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln als Dissertation angenommen. Die Literatur ist für die Veröffentlichung auf den Stand von 1. Mai 2021 gebracht worden.

Mein herzlichster Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Christian Katzenmeier, der mir die Möglichkeit eröffnet hat, diese Doktorarbeit anzufertigen. Dank schulde ich ebenfalls Herrn Prof. Dr. Christian Rolfs für die zügige Anfertigung des Zweitgutachtens sowie dem Verlag für die Unterstützung auf dem Weg zur Publikation.

Einen ganz besonderen Dank spreche ich Herrn Prof. Dr. Phillip Hellwege aus. Während der Zeit der Mitarbeit an seinem Lehrstuhl ist diese Arbeit entstanden. Ohne ihn hätte ich nicht die Möglichkeit gehabt, mein Dissertationsvorhaben tatsächlich in die Tat umzusetzen. Dies, seine engagierte und stets fürsorgliche Art sowie seine stetige Unterstützung während der Anfertigung meiner Arbeit, weiß ich sehr zu schätzen. Zudem möchte ich auch Frau Prof. Dr. Martina Benecke danken für die Bestärkung meines Entschlusses zur Durchführung des Promotionsvorhabens. Ihre Unterstützung hatte für die Entstehung der vorliegenden Arbeit gewichtige Bedeutung.

Vergessen werden dürfen an dieser Stelle auch nicht meine Kolleginnen und Kollegen des Lehrstuhls Hellwege sowie der rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg, insbesondere der Lehrstühle Prof. Becker, Prof. Benecke, Prof. Kaspar, Prof. R. Koch, Prof. Kort und Prof. Wurmnest. Ich danke euch von Herzen für den gemeinsamen Arbeitsalltag, diskussionsreiche Mittagessen und Kuchenrunden, gemeinsame Unternehmungen, viel Lachen und immer offene Ohren und Ratschläge für große und kleine Nöte sowie Anregungen und Unterstützung beim Anfertigen dieser Arbeit. Ein großer Dank gilt insbesondere auch den Sekretariaten der genannten Lehrstühle.

Für das unermüdliche Korrekturlesen bedanke ich mich insbesondere bei Alexander Berke, Laura und Alexander Bodenstein, Dr. Stephan Christoph und Juliane Koburg.

Ein besonderer Dank gilt meinem guten Freund Dr. Markus Steuer, der viel zu früh von uns gegangen ist. Während meines Studiums und vor allem in der Examenzeit hat er mich unentwegt aufgebaut, beruhigt, unterstützt und gefördert.

Bedanken möchte ich mich auch von Herzen bei meinen Freunden für all die Hilfe, die sie mir in den verschiedensten Formen während des Anfertigens der Arbeit haben zu Teil werden lassen. Sie haben mich gleichsam liebevoll wie geduldig unterstützt und ab und an mit harter Hand geführt und damit maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen. Ein besonderer Dank gilt dabei Elisa Bariatti, Laura Bodenstein, Moritz Busch, Dr. Clemens Demmer, Maria Eicke, Philipp Eierle, Stefan Friegel, Susanne Götzinger, Dr. Fabian Huber, Dr. Silvia Karmann, Juliane Koburg, Moritz Köppendorfer, Benjamin Kücherer, Finn Mrugalla, Dr. Sinem Ogis, Dr. Jacqueline Ruffing, Dr. Delphine Sirks, Dr. Julian Leslie Thomas, Susanne Waldhans und Marc Zimmermann. Letztgenanntem danke ich darüber hin-

aus für unsere gemeinsam verbrachte Lebenszeit sowie seine weitreichende Förderung und stete Zuversicht, seine unermüdliche Geduld und sein immerwährendes Vertrauen, Verständnis, Empathie und Einfühlungsvermögen.

Abschließend und damit an herausragender Stelle möchte ich meinen Eltern Dr. Axel und Barbara Berke danken. Ohne ihre fortwährende, unermüdliche Hilfe und Unterstützung wäre mir mein Studium sowie das Anfertigen dieser Arbeit nicht möglich gewesen. Ich konnte und kann mir ihrer Liebe und bedingungslosen Unterstützung immer sicher sein. Zusammen mit meinem Bruder Alexander Berke waren sie durch ihren Input, Diskussionen, Ablenkung, Beteuerungen und so vieles mehr „mein Fels in der Brandung meiner Ausbildung“. Meinem Bruder möchte ich für seine Unterstützung „in allen Lebenslagen“ besonders danken. Danke, dass ihr immer hinter mir steht und mich bedingungslos unterstützt. Mit eurer unermüdlichen Geduld, eurem Verständnis und euren aufmunternden Worten habt ihr einen wunderbaren Rahmen geschaffen und mir damit die Erstellung dieser Arbeit sehr erleichtert. Euch Dreien ist diese Arbeit gewidmet.

Augsburg, im Oktober 2021

Julia Berke

Inhaltsübersicht

1. Teil: Einführung und Grundlagen	1
Kapitel 1: Einführung.....	3
Kapitel 2: Die Palliativmedizin	7
A. Begriff der Palliativmedizin	7
B. Entwicklung und Stand der Palliativmedizin	29
C. Prägende Ziele und Inhalte der Palliativmedizin.....	36
D. Zusammenfassung.....	38
Kapitel 3: Der medizinische Standardbegriff i.S.d. § 630a Abs. 2 BGB.....	41
A. Der Standardbegriff.....	42
B. Der medizinische Standardbegriff.....	44
C. Beeinflussung des Standards durch neue Behandlungsmethoden und Arzneimittel	59
D. Der Facharztstandard	60
E. Standardverschiebungen	62
F. Standards in der Medizin	65
G. Wirtschaftliche Gesichtspunkte.....	66
H. Zusammenfassung.....	70
2. Teil: Standards in der Palliativmedizin	73
Kapitel 4: Standardbildung in der Palliativmedizin	75
A. Problemdarstellung und Ermittlung des Ist-Zustands	76
B. Bewertung der Definitionsmerkmale nach <i>Carstensen</i>	81
C. Lösungsmöglichkeiten	114
D. Ergebnis	152
Kapitel 5: Standardbildung bei der interdisziplinären und multiprofessionellen medizinischen Kompetenz „Palliativmedizin“	155
A. Problemdarstellung	156
B. Begriffsklärung	159
C. Standards der einzelnen Disziplinen	194
D. Lösungsmöglichkeiten	198
E. Ergebnis	223
3. Teil: Grenzen der ärztlich geschuldeten Leistung der Palliativmedizin zu Beginn und am Ende des Lebens	225
Kapitel 6: Die ärztliche Behandlung am Lebensende	227
A. Sachverhalt.....	227
B. Prozessverlauf.....	227
C. Darstellung der Problematik für den Arzt	228

D. Urteil des BGH.....	230
E. Rückschlüsse auf die ärztlich geschuldete Leistung	231
F. Zusammenfassung.....	238

Kapitel 7: Früheuthanasie..... 241

A. Begriffsbestimmung	241
B. Orientierung rechtlicher Grundlagen und Problemstellungen	242
C. Umgang mit den Problemen.....	246
D. Zusammenfassung.....	262

4. Teil: Schlussbetrachtung 263

Kapitel 8: Wesentliche Ergebnisse 265

A. Palliativmedizin	265
B. Der medizinische Standardbegriff i.S.d. § 630a Abs. 2 BGB	266
C. Standardbildung in der Palliativmedizin	267
D. Standardbildung bei der inter- und multiprofessionellen medizinischen Kompetenz „Palliativmedizin“.....	268
E. Grenzen der ärztlich geschuldeten Leistung der Palliativmedizin zu Beginn und am Ende des Lebens	268
F. Ausblick	269

Literatur- und Quellenverzeichnis 271

Inhaltsverzeichnis

1. Teil: Einführung und Grundlagen	1
Kapitel 1: Einführung.....	3
Kapitel 2: Die Palliativmedizin	7
A. Begriff der Palliativmedizin	7
I. Definition der Palliativmedizin	7
1. lat. pallium = Mantel, Umhang.....	7
2. Definition nach der Weltgesundheitsorganisation	8
3. Begriffsbestimmung nach der European Association for Palliative Care.....	9
4. Beschreibung nach der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin	10
5. Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung	11
II. Abgrenzungen	12
1. Das Verhältnis von Palliativmedizin und kurativer Medizin	12
2. Das Verhältnis von Palliativmedizin und Hospizarbeit	14
a) Inhaltliche und strukturelle Unterschiede	14
b) Gemeinsamkeiten.....	18
3. Das Verhältnis von Palliativmedizin und Palliative Care	19
4. Das Verhältnis von Palliativmedizin und Palliativversorgung	20
5. Das Verhältnis von Palliativmedizin und Palliativpflege	21
6. Das Verhältnis von Palliativmedizin und Palliativtherapie	21
7. Das Verhältnis von Palliativmedizin zu Supportive Care, End-of-Life Care und Terminal Care.....	22
8. Das Verhältnis von Palliativmedizin zu den Formen der ärztlichen Sterbehilfe.....	23
a) Aktive direkte Sterbehilfe	24
b) Behandlungsabbruch.....	24
c) „Hilfe zum Sterben“.....	27
d) § 217 StGB	27
B. Entwicklung und Stand der Palliativmedizin	29
I. Ursprünge der Palliativmedizin	29
II. Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland.....	33
C. Prägende Ziele und Inhalte der Palliativmedizin.....	36
D. Zusammenfassung.....	38
Kapitel 3: Der medizinische Standardbegriff i.S.d. § 630a Abs. 2 BGB.....	41
A. Der Standardbegriff.....	42
B. Der medizinische Standardbegriff.....	44
I. „Standards“ und die „im Verkehr erforderliche Sorgfalt“ als unbestimmte Rechtsbegriffe	45
II. Herkunft des medizinischen Standardbegriffs im Sinne des § 630a Abs. 2 BGB.....	49

III. Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit.....	51
IV. Der Begriff des medizinischen Standards i.S.d. § 630a Abs. 2 BGB	54
1. Wörtliche, systematische, teleologische und historische Auslegung.....	54
2. Präzisierung durch <i>Carstensen</i> und den BGH	56
V. Abgrenzung zum individuellen Heilversuch	57
C. Beeinflussung des Standards durch neue Behandlungsmethoden und Arzneimittel	59
D. Der Facharztstandard	60
E. Standardverschiebungen	62
I. Abstufungen des Standards	62
II. Individualvereinbarungen i.S.d. § 630a Abs. 2 Hs. 2 BGB	64
F. Standards in der Medizin	65
G. Wirtschaftliche Gesichtspunkte.....	66
H. Zusammenfassung.....	70
2. Teil: Standards in der Palliativmedizin	73
Kapitel 4: Standardbildung in der Palliativmedizin	75
A. Problemstellung und Ermittlung des Ist-Zustands	76
I. Vorhandene Leitlinien, Richtlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen	76
II. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen	78
III. Konsequenz	79
IV. Gründe des Defizits	80
B. Bewertung der Definitionsmerkmale nach <i>Carstensen</i>	81
I. Das Verhältnis von medizinischem und rechtlichem Standard	81
II. Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse	83
1. Definition.....	83
2. Einfluss der Evidenzbasierten Medizin (EbM) und des Health- Technology-Assessments (HTA).....	84
III. Ärztliche Erfahrung.....	87
IV. Professionelle Akzeptanz	89
1. Definition.....	89
2. Bewertung.....	91
V. Bedeutung von Leitlinien und Richtlinien sowie Stellungnahmen und Empfehlungen	93
1. Leitlinien.....	93
a) Definition.....	93
b) Ziel	94
c) S1-, S2- und S3-Leitlinien	95
d) Funktion.....	96
e) Leitlinien und Standards	97
f) Abgrenzungen.....	101
2. Richtlinie	102

3.	Empfehlungen und Stellungnahmen	104
4.	Stellungnahme	104
5.	Erforderlichkeit einer umfassenden Palliativmedizinleitlinie	106
	a) Rechtsprechungsübersicht zu ärztlichen Leitlinien	106
	b) Sinn und Zweck	110
VI.	Weitere Definitionsversuche	112
C.	Lösungsmöglichkeiten	114
I.	Möglichkeit der Standardbildung ohne naturwissenschaftliche Erkenntnisse?	114
II.	Lösungswege	116
1.	Wörtliche, systematische und teleologische, historische Auslegung	116
a)	Wortlaut	116
b)	Ansicht des Gesetzgebers	117
c)	Normzweck und systematische Stellung des § 630a Abs. 2 BGB	119
d)	Normzweck, systematische Stellung und Historie der „im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“ i.S.d. § 276 Abs. 2 BGB.....	120
aa)	Herkunft	120
bb)	Auslegungsbedürftigkeit	122
cc)	Normativer Begriff.....	123
dd)	Umstandsabhängigkeit und Sozialbezug.....	123
ee)	Das Verhältnis von „erforderlicher Sorgfalt“ und „medizinischen Standards“	125
e)	Fazit	126
2.	Lösungsvorschlag der DGMR	126
3.	Standardbildung bei Neulandmethoden	127
a)	Anwendungsbereich und Begrifflichkeiten.....	128
b)	Sorgfalt eines vorsichtigen Behandelnden	129
c)	BGHZ 168, 103, BGHZ 172, 1 und BGHZ 172, 254	130
aa)	Grundsatz	131
bb)	Abwägung und Verlaufsbeobachtung	133
cc)	Aufklärung	135
dd)	Zusammenfassung.....	136
4.	Die Aufklärung	136
a)	Grundlagen.....	137
b)	Inhalt und Umfang der Aufklärungspflicht	140
c)	Arten der Selbstbestimmungsaufklärung	142
aa)	Diagnoseaufklärung	142
bb)	Behandlungsaufklärung.....	143
cc)	Verlaufsaufklärung.....	144
dd)	Risikoaufklärung	145
ee)	Wirtschaftliche Aufklärung.....	146
III.	Vorgehen im Rahmen der Palliativmedizin.....	146
1.	Vergleichbarkeit der Palliativmedizin mit Neulandmethoden und dem diesbezüglichen Vorgehen	146
a)	Gesetzeswortlaut und Gesetzesbegründung.....	146

- b) Sachverhalte 147
 - c) Sinn und Zweck 147
 - 2. Grundsatz der Therapiefreiheit 148
 - 3. Vorzunehmende Abwägung im Rahmen der Palliativmedizin 149
 - 4. Erhöhte Aufklärungspflichten im Rahmen der Palliativmedizin 150
 - 5. Zusammenfassung 152
- D. Ergebnis 152

Kapitel 5: Standardbildung bei der interdisziplinären und multiprofessionellen medizinischen Kompetenz „Palliativmedizin“ 155

- A. Problemdarstellung 156
 - I. Beteiligte Disziplinen 156
 - II. Standards der Disziplinen 156
 - III. Gründe für einen einheitlichen Standard 158
- B. Begriffsklärung 159
 - I. Interdisziplinarität und Multiprofessionalität 159
 - II. Die medizinische Behandlung 160
 - III. Der Behandelnde 163
 - 1. Legaldefinition des § 630a Abs.1 BGB 163
 - 2. Ambulante Behandlung in der Arztpraxis 164
 - 3. Behandlung im Krankenhaus 165
 - a) Der totale Krankenhausvertrag 166
 - b) Der gespaltene Arzt-Krankenhaus-Vertrag 167
 - c) Der totale Krankenhausvertrag mit Arztzusatzvertrag 168
 - 4. Zum Begriff des Behandelnden i.S.d. §§ 630a ff. BGB 169
 - a) Verwendung des Begriffes des Behandelnden im Rahmen der §§ 630a ff. BGB 170
 - b) Allgemeine Auslegungsgrundsätze 171
 - c) Wörtliche Auslegung 171
 - d) Systematische und teleologische Auslegung 172
 - aa) Grundsätzliches 172
 - bb) § 630c Abs. 1 BGB: Zusammenwirken von Behandelndem und Patient 172
 - cc) § 630c Abs. 2 BGB: Fehlererhebung und Beweisverwendungsverbot 173
 - dd) § 630e Abs. 1, Abs. 2 BGB: Aufklärung 174
 - ee) § 630h Abs. 4 BGB: Beweislast bei mangelnder Befähigung 175
 - ff) Fazit 176
 - e) Begründung zum Patientenrechtegesetz 176
 - f) Kein Behandelnder 177
 - 5. Conclusio 179
 - IV. Zum Begriff der Behandlung i.S.d. § 630a Abs. 2 BGB 179
 - 1. Verwendung des Begriffes der Behandlung in den §§ 630a ff. BGB 179
 - 2. Wörtliche Auslegung 180
 - 3. Historische Auslegung 182

4.	Systematische und teleologische Auslegung	184
a)	Grundsatz	184
b)	Organisationsfehler	185
c)	Der Behandlungsvertrag als Dienstvertrag	187
aa)	Dienstvertrag	187
bb)	Persönliche Erfüllung	188
d)	Weitere Verwendung des Begriffs der „Behandlung“ in den §§ 630a ff. BGB	189
aa)	§ 630c Abs. 2, Abs. 4 BGB: Informationspflichten	189
bb)	§ 630f Abs. 1, Abs. 2, Abs. 3 BGB: Dokumentation der Behandlung	191
cc)	§ 630h Abs. 4 BGB: Beweislast bei mangelnder Befähigung	192
e)	Fazit	193
5.	Conclusio	193
C.	Standards der einzelnen Disziplinen	194
I.	Ärztlicher Standard	194
II.	Nichtärztliche Heilberufe	195
1.	Gesetzestext und Rechtsprechung	195
2.	Standardbildung der Gesundheitsfachberufe	196
D.	Lösungsmöglichkeiten	198
I.	Schuldrechtliche vergleichbare Problemstellungen	198
1.	Ausgangslage	198
2.	Vergleichbarkeit der Sachverhalte	199
3.	Lösungswege und Auswirkungen des jeweiligen Vorgehens bei Anwenden auf die Palliativmedizin	200
a)	Absorptionstheorie	200
b)	Kombinationstheorie und Theorie der analogen Rechtsanwendung	201
c)	Vorgehen entsprechend des Parteiwillens	202
d)	Zusammenfassung	203
II.	Vorgehen im Rahmen der Palliativmedizin	203
1.	Grundsatz	203
a)	Ablehnung eines einheitlichen Standards	203
b)	Gefundene Lösung im Rahmen der Palliativmedizin	205
c)	Einzelfallabhängigkeit	207
2.	Zusammentreffen zweier Behandelnder oder zweier Behandlungsstandards	207
3.	Anordnungscompetenz des federführenden Palliativmediziners	208
4.	Praktische Auswirkungen	209
III.	Hintergrund dieses Vorgehens	210
1.	Ablehnung (eines) gemeinsamen/einheitlichen(r) Behandlungsstandard(s)	210
a)	Gesetzgeber	210
b)	Unterschiedlichkeit und unterschiedliche Wertigkeit der einzelnen Standards	211
c)	Wesen des Standardbegriffs	212

- d) Weiterbildung Palliativmedizin 215
- 2. Gründe für die gewählte Lösung 218
 - a) Gesetzgeber..... 218
 - aa) Behandelnder und Behandlung 218
 - bb) § 276 Abs. 2 BGB 218
 - b) Persönliche Erbringung der Leistung und mangelnde Delegationsfähigkeit der Leistung 219
 - aa) Ärzte..... 219
 - (1) Begriff der persönlichen Leistung des Arztes 219
 - (2) Delegierbare ärztliche Aufgaben 220
 - bb) Sonstige Heilberufe 222
- 3. Folgen eines solchen Vorgehens..... 222
- E. Ergebnis 223

3. Teil: Grenzen der ärztlich geschuldeten Leistung der Palliativmedizin zu Beginn und am Ende des Lebens 225

Kapitel 6: Die ärztliche Behandlung am Lebensende 227

- A. Sachverhalt 227
- B. Prozessverlauf..... 227
- C. Darstellung der Problematik für den Arzt 228
- D. Urteil des BGH..... 230
- E. Rückschlüsse auf die ärztlich geschuldete Leistung 231
 - I. Entscheidung 231
 - 1. Weiterleben als Schaden? 231
 - 2. Ersatz der Behandlungskosten 232
 - II. Rückschlüsse auf die ärztlich geschuldete Leistung in der Palliativmedizin 233
 - 1. Indikation, Abwägung und Verlaufsbeobachtung 235
 - 2. Aufklärung..... 237
- F. Zusammenfassung..... 238

Kapitel 7: Früheuthanasie..... 241

- A. Begriffsbestimmung 241
- B. Orientierung rechtlicher Grundlagen und Problemstellungen 242
 - I. Rechtliche Orientierung..... 242
 - 1. Einbecker Empfehlungen der DGMR..... 243
 - 2. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 244
 - 3. Gemeinsame Empfehlung „Frühgeborene an den Grenzen der Lebensfähigkeit“ 245
 - II. Problemstellungen 245
- C. Umgang mit den Problemen..... 246
 - I. Grundlagen 246
 - II. Familiengericht und § 1666 BGB..... 247
 - III. Indikation, Abwägung und Verlaufsbeobachtung 248
 - IV. Aufklärung 250

V. Behandlungsverzicht	253
D. Zusammenfassung.....	262
4. Teil: Schlussbetrachtung	263
Kapitel 8: Wesentliche Ergebnisse	265
A. Palliativmedizin	265
B. Der medizinische Standardbegriff i.S.d. § 630a Abs. 2 BGB	266
C. Standardbildung in der Palliativmedizin	267
D. Standardbildung bei der inter- und multiprofessionellen medizinischen Kompetenz „Palliativmedizin“	268
E. Grenzen der ärztlich geschuldeten Leistung der Palliativmedizin zu Beginn und am Ende des Lebens.....	268
F. Ausblick	269
Literatur- und Quellenverzeichnis	271

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AcP	Archiv für die civilistische Praxis (Zeitschrift)
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AIO	Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie
AKE	Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung
AMG	Arzneimittelgesetz
APV	Allgemeine Palliativversorgung
Art.	Artikel
ArztR	ArztRecht (Zeitschrift)
Az.	Aktenzeichen
ASORS	Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BeckRS	Beck-Rechtsprechung
Begr.	Begründer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BImSchG	Bundesimmissionsschutzgesetz
BMJ	British Medical Journal (Zeitschrift)
BMV-Ä	Bundemantelvertrag – Ärzte
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungen des Bundessozialgerichts
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BR-Drs.	Bundesratsdrucksache
bspw.	beispielsweise
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
bzw.	beziehungsweise
CMAJ	Canadian Medical Association Journal
DÄBl.	Deutsches Ärzteblatt
DÄT	Deutscher Ärztetag
ders.	derselbe

DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V.
DGMR	Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DGPI	Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie
DGVs	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DGMR	Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
d.h.	das heißt
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DKH	Deutsche Krebshilfe
DMW	Deutsche Medizinische Wochenschrift (Zeitschrift)
DNotZ	Deutsche Notar-Zeitschrift
DRG	Diagnosis-Related-Groups
EAPC	European Association for Palliative Care
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
ErbR	Zeitschrift für die gesamte erbrechtliche Praxis
ESchG	Embryonenschutzgesetz
etc.	et cetera
et al.	et alii/at aliae/at alia
e.V.	eingetragener Verein
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht
f.	folgende/folgender
ff.	fortfolgende
Fn.	Fußnote
Frhr.	Freiherr
GA	Goldammer's Archiv für Strafrecht (Zeitschrift)
gem.	gemäß
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GesR	Gesundheitsrecht (Zeitschrift)
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GPOH	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
GuP	Gesundheit und Pflege (Zeitschrift)
HTA	Health-Technology-Assessments
idR	in der Regel
IfSG	Infektionenschutzgesetz

i.E.	im Ergebnis
i.e.S.	im engeren Sinne
i.S.d.	im Sinne des/der
i.V.m.	in Verbindung mit
JURA	Juristische Ausbildung (Zeitschrift)
JuS	Juristische Schulung (Zeitschrift)
JZ	Juristen Zeitung (Zeitschrift)
KastrG	Kastrationsgesetz
KHEntgG	Krankenhausergeltgesetz
KriPoZ	Kriminalpolitische Zeitschrift
KVB	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Lit.	Literatur
LTO	Legal Tribune Online (Zeitschrift)
MBO-Ä	(Muster)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MDR	Monatsschrift für Deutsches Recht (Zeitschrift)
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
medstra	Zeitschrift für Medizinstrafrecht
MittBayNot	Mitteilungen des Bayerischen Notarvereins, der Notarkasse und der Landesnotarkammer Bayern
MPG	Medizinproduktegesetz
MPVerschrV	Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten
mwN	mit weiteren Nachweisen
Niedersächsisches Äbl.	Niedersächsisches Ärzteblatt (Zeitschrift)
NIH	National Institute of Health
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
NJW-RR	NJW – Rechtsprechungs-Report Zivilrecht
Nr.	Nummer
NStZ	Neue Zeitschrift für Strafrecht
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
o.ä.	oder ähnliches
OLG	Oberlandesgericht
RGZ	Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen
Rn.	Randnummer
RÖV	Röntgenverordnung
RPG	Recht und Politik im Gesundheitswesen (Zeitschrift)
Rspr.	Rechtsprechung
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs- Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
sog.	sogenannt/e/er/es
SPV	Spezialisierte Palliativversorgung
s.u.	siehe unten

XXII Abkürzungsverzeichnis

TA Lärm	Technische Anleitung zum Schutz gegen Lärm
TA Luft	Technische Anleitung zur Reinhaltung der Luft
TFG	Transfusionsgesetz
TPG	Transplantationsgesetz
u.a.	unter anderem
Überbl.	Überblick
Urt.	Urteil
VersMed	Versicherungsmedizin (Zeitschrift)
VersR	Versicherungsrecht (Zeitschrift)
Vorbem.	Vorbemerkung
WBG	Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen
WHO	World Health Organization (deutsch: Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel
ZHG	Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde
Ziff.	Ziffer
ZPalliativmed	Zeitschrift für Palliativmedizin

1. Teil: Einführung und Grundlagen



Kapitel 1: Einführung

„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern dem Tag mehr Leben geben.“¹

Der Begriff der Palliativmedizin leitet sich vom lateinischen Terminus „pallium“ ab. Übersetzt bedeutet palliare, sich mit einem Mantel umgeben/ummanteln.² Sinnbildlich will die Palliativmedizin den Patienten umfassend umsorgen und schützen.³ Es geht um eine umfassende Betreuung eines jeden einzelnen Patienten⁴. Entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Palliativmedizin die „aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“⁵. Zur Palliativmedizin gehören gleichwertig die medizinische Behandlung sowie menschliche, ärztliche, pflegerische und psychosoziale Begleitung.⁶

Der Ausgangspunkt der aktuellen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Diskussion über palliative Versorgung liegt paradoxerweise in der derzeitigen Kontroverse über die Erforderlichkeit einer Strafbarkeit der gewerblichen oder organisierten Suizid-Beihilfe bzw. der Notwendigkeit, die Zulässigkeit und Grenzen eines ärztlich assistierten Suizids zu regeln.⁷ So untertitelte jüngst der FOCUS⁸ seinen Artikel zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB mit den Worten „Der Strafrechtsparagraf § 217 StGB hatte bei vielen Ärzten Unsicherheit ausgelöst“. Daran anknüpfend lässt er wichtige Palliativmediziner wie *Thomas Sitte* zu Wort kommen und verknüpft dies mit der Überschrift

¹ Dieses Zitat wird der 1913 geborenen Cicely Saunders zugeschrieben, einer englischen Ärztin, Krankenschwester und Sozialarbeiterin, Mitbegründerin der Hospizbewegung und der Palliativmedizin; vgl. *Lenz/Ried*, in: Müller/Beckmann, S. 57 (59); *Kettler*, in: Kettler/Simon/Anselm/Lipp/Duttge, S. 150 (154); *Bausewein*, S. 19.

² Pschyrembel, Stichwort: Palliativmedizin.

³ *Cremer-Schaeffer/Radbruch*, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231.

⁴ Zur besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text auf die weibliche Form und das dritte Geschlecht verzichtet. Diese gelten jedoch entsprechend.

⁵ Zitiert nach: http://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ.html [zuletzt abgerufen am 30.04.2021]; www.ethikrat.org/themen/medizin-und-pflege/palliativmedizin [zuletzt abgerufen am 30.04.2021]; siehe auch: *Thöns/Maier*, in: Thöns/Sitte, S. 2 (3); *Cremer-Schaeffer/Radbruch*, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231; weitergehend Kap 2 A. I. 2.

⁶ Ausführlich zum Begriff der Palliativmedizin unter Kap 2.

⁷ *Becker-Schwarze*, in: Höfling/Brysch, Recht und Ethik der Palliativmedizin, S. 37.

⁸ FOCUS, Sterbehilfe: Bundesverfassungsgericht kippt Gesetz – was das Urteil nun bedeutet, https://m.focus.de/gesundheit/news/bundeverfassungsrecht-entscheidet-sterbehilfeparagraph-217-muss-überarbeitet-werden_id_11705001.html [zuletzt abgerufen am 30.04.2021].

„Palliativ-Mediziner befürchten Schlimmstes“. Richtig ist, dass die Palliativmedizin einen anderen Denkansatz verfolgt als die kurative Medizin, die auf Heilung ausgerichtet ist.⁹ Allerdings ist die Palliativmedizin keine Fachdisziplin, die den Blick auf das Lebensende richtet. Stattdessen wird das Ziel verfolgt, dem Patienten unter Berücksichtigung einer ganzheitlichen Betrachtungsweise die bestmögliche Autonomie und Lebensqualität zu gewährleisten.¹⁰ Statt Heilung steht das Lindern des Leidens eines Menschen und Fürsorge im Vordergrund.¹¹ Das Therapieziel verschiebt sich hin zu einer prioritären Steigerung der Lebensqualität.¹² Die Möglichkeiten und Grenzen der Palliativmedizin, insbesondere welche Erfordernisse einer optimalen Umsetzung palliativmedizinischer Konzepte noch nicht erfüllt sind und welchen Preis es kosten würde, sie zu erfüllen, spielen in der breiten gesellschaftlichen Diskussion keine nennenswerte Rolle.¹³ Diese Fragen sind jedoch von erheblicher Bedeutung, denn die Palliativversorgung kann, intermittierend erbracht, die Lebensqualität anhaltend erhöhen.¹⁴

Um Missverständnisse wie etwa, dass die Palliativmedizin mit der Sterbehilfe gleichgesetzt wird, auszuräumen und um aufzuzeigen, was Palliativmedizin leisten kann, ist ein erstes Ziel der Arbeit, den Begriff der Palliativmedizin genauestens zu untersuchen, die Entwicklung der Palliativmedizin aufzuzeigen sowie die prägenden Inhalte und Ziele herauszuarbeiten.

Zentraler Aspekt der vorliegenden Dissertation ist die Auseinandersetzung mit der ärztlich geschuldeten Leistung im Rahmen der Palliativmedizin. Welche Leistung der Arzt schuldet, gibt § 630a Abs. 2 Hs. 1 BGB vor, indem er bestimmt, dass „die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat.“ Die medizinischen Standards sind maßgebend für die Anforderungen an den Arzt. Der Standard gibt Auskunft darüber, was von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden kann.¹⁵ Der Begriff des *Standards* ist mangels Legaldefinition oder weiterer Vorgaben, in der Medizin und in der Rechtswissenschaft verhältnismäßig unbestimmt.¹⁶ Dem Mediziner *Carstensen* folgend wird

⁹ Zur Abgrenzung der Palliativmedizin gegenüber der kurativen Medizin vgl. Kap 2 A. II. 1.

¹⁰ *Eichner/Jung-Borutta*, in: Thöns/Sitte, S. 189; *Hagge/Hagge*, ErbR 2015, 599 (600).

¹¹ *Gerhard*, Praxiswissen Palliativmedizin, S. 15; *Student/Napiwotzky*, S. 9.

¹² *Voltz*, in: Bausewein/Roller/Voltz, Leitfaden Palliative Care, S. 2; *Käufel*, S. 7.

¹³ *Tolmein*, in: Wienke/Janke/Sitte/Graf-Baumann, S. 1 (2).

¹⁴ *Sitte*, in: Wienke/Janke/Sitte/Graf-Baumann, S. 87.

¹⁵ BGH, NJW 1995, 776 (777) = VersR 1995, 659 (660); BGHZ 144, 296 (305 f.) = NJW 2000, 2737 (2740); zuletzt BGH, MedR 2015, 724 (725); BGH, MedR 2016, 794 (795) = NJW 2016, 713 (714); *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, BGB, § 630a Rn. 149; *ders.*, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp; Kap. X Rn. 8; *Schreiber*, Langenbecks Arch Chir, 264 (1984), 295 (296); *Schreiber*, in: Nagel/Fuchs, 167 (168).

¹⁶ *Katzenmeier*, Arzthaftung, S. 278; *ders.*, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Kap. X. Rn. 7; *Hart*, MedR 1998, 8; *Arnade*, S. 173.

der Standardbegriff in der Medizin wie folgt definiert: „Standard in der Medizin repräsentiert den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat“.¹⁷ Dogmatisch ist aufzuzeigen, was unter dem medizinischen Standardbegriff i.S.d. § 630a Abs. 2 Hs. 1 BGB zu verstehen ist.

Daran anknüpfend ist das weitere Ziel der Arbeit, aufzuzeigen, wie die Standardbildung im Rahmen der Palliativmedizin erfolgen kann. Für die Standardbildung sind nach *Carstensen* die drei Elemente der wissenschaftlichen Erkenntnis, der praktischen Erfahrung sowie der Akzeptanz innerhalb der Profession maßgeblich. Erst ihre Kombination gibt Aufschluss darüber, welche Anforderungen an den Behandelnden gestellt werden. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Erkenntnis zeichnet sich im Rahmen der Palliativmedizin das Bild, dass derzeit keine hochwertige medizinische Evidenz und demzufolge auch keine evidenzbasierten Konsensus-Leitlinien vorhanden sind. Es ist danach zu fragen, ob und wie eine Standardbildung erfolgen kann, wenn wissenschaftliche Evidenz nicht vorhanden ist.

Zur Palliativmedizin gehören gleichwertig die medizinische Behandlung sowie menschliche, ärztliche, pflegerische und psychosoziale Begleitung. Die Palliativmedizin ist von der Interdisziplinarität der unterschiedlichen Professionen gekennzeichnet. Bei der Bestimmung der jeweils geltenden Verhaltensanforderungen ist entscheidend, welcher Berufsgruppe der Behandelnde zuzuordnen ist und welche Verhaltensanforderungen an diese Gruppe gestellt werden. Für Ärzte bestehen regelmäßig fachliche Standards. Für die im Umfeld der Heilberufe tätigen Gesundheitsfachberufe gelten diese Anforderungen nur teilweise bzw. nicht unmittelbar. So ist etwa der einzuhaltende Standard in der Pflege ein anderer als in der Medizin. Damit sind die Voraussetzungen der Standardbildung durch die ärztliche Profession nicht ohne weiteres auf die Pflege übertragbar. Da jedoch die Palliativmedizin durch die Gleichberechtigung der unterschiedlichen Professionen geprägt ist, ist zu untersuchen, auf welche Weise der Standard im Rahmen interprofessioneller Behandlungen, wie bei der Palliativmedizin, gebildet werden kann.

Die weiteren Fragen nach dem Umfang und den Grenzen der palliativärztlichen Behandlung am Lebensende bei lebenserhaltenden Maßnahmen und in der Neugeborenenmedizin runden die Arbeit ab. Bei diesen sensiblen Randbereichen der Palliativmedizin gibt es einen dringenden Bedarf nach juristisch reflektierten Lösungen. Es stellen sich zahlreiche Grundsatzfragen der ärztlichen Behandlung, die es einer sachgerechten Lösung zuzuführen gilt, die den sich teilweise widersprechenden Interessen gerecht wird und für Rechtssicherheit sorgt.

Ziel der Arbeit ist es, ein umfassendes Bild der ärztlich geschuldeten Leistung im Rahmen der Palliativmedizin vor dem Hintergrund des medizinischen Standardbegriffs i.S.d. § 630a Abs. 2 Hs. 1 BGB zu zeichnen.

¹⁷ *Carstensen*, DÄBl. 1989, A-2431 (A-2432).

Kapitel 2: Die Palliativmedizin

Gegenstand der Untersuchung ist die ärztlich geschuldete Leistung in der Palliativmedizin. Dementsprechend ist es unerlässlich, den Begriff der *Palliativmedizin* zu definieren und abzugrenzen. Das Verständnis dieses Begriffes ist weder einheitlich noch eindeutig.¹ Stattdessen besteht eine heterogene Terminologie.² Unterschiede zeigen sich in der wissenschaftlichen Literatur sowie in Gesetzestexten, Regierungsbeschlüssen und Stellungnahmen von Experten relevanter Fachgesellschaften.³ Aufgrund der Entstehungsgeschichte, der kulturellen Hintergründe und der unterschiedlichen Ausgestaltung in verschiedenen Ländern hat sich neben einer heterogenen Terminologie auch eine unterschiedliche inhaltliche Ausgestaltung entwickelt.⁴ Der Begriff der *Palliativmedizin* soll deswegen eine nähere Betrachtung erfahren. Es wird auf verschiedene Definitionen (A.I.) sowie die Abgrenzungen zu anderen verwandten Begriffen (A.II.), die Entwicklung der Palliativmedizin (B.) sowie die prägenden Ziele und Inhalte (C.) eingegangen, um daran anknüpfend darzustellen, wie der Begriff der Palliativmedizin für den Fortgang der Dissertation zu verstehen ist (D.).

A. Begriff der Palliativmedizin

I. Definition der Palliativmedizin

1. lat. pallium = Mantel, Umhang

Der Wortteil „palliativ“ im Begriff Palliativmedizin leitet sich von dem lateinischen Terminus „pallium“ ab. Übersetzt bedeutet „pallium“ Mantel und „palliare“, sich mit einem Mantel umgeben/ummanteln⁵. Sinnbildlich geht es um Geborgenheit und Behutsamkeit im Umgang mit schwer kranken oder sterbenden Menschen, denen schützend ein Mantel umgelegt wird.⁶ Palliativmedizin versteht sich als eine umfassende Betreuung eines jeden einzelnen Patienten.⁷

¹ Steffen-Bürgi, in: Knipping, S. 30.

² EAPC, European Journal of Palliative Care, S. 278; zitiert in deutscher Übersetzung nach: Büche/Schmidlin/Jünger, Zeitschrift für Palliativmedizin, S. 216.

³ EAPC, European Journal of Palliative Care, S. 278; zitiert in deutscher Übersetzung nach: Büche/Schmidlin/Jünger, Zeitschrift für Palliativmedizin, S. 216 (216 f.).

⁴ https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf [zuletzt abgerufen am 30.04.2021]; EAPC, European Journal of Palliative Care, S. 278; zitiert in deutscher Übersetzung nach: Büche/Schmidlin/Jünger, Zeitschrift für Palliativmedizin, S. 216 (217); Steffen-Bürgi, in: Knipping S. 30.

⁵ Pschyrembel, Stichwort: Palliativmedizin.

⁶ Bausewein, S. 39.

⁷ Cremer-Schaeffer/Radbruch, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231.

2. Definition nach der Weltgesundheitsorganisation

Die WHO definiert in einem Bericht aus dem Jahr 1990 den Begriff der *Palliativmedizin* wie folgt:

„Palliative Care ist die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.“⁸

In einer erweiterten Definition aus dem Jahr 2002 beschreibt sie die Palliativmedizin weitergehend. Danach ist

„Palliative Care ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen⁹ Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Palliative Care

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen,
- bejaht das Leben und erkennt das Sterben als normalen Prozess an,
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes,
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung,
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten,
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und der Trauerzeit,
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig,
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen,
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in der Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.“¹⁰

⁸ Zitiert nach: http://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ.html [zuletzt abgerufen am 30.04.2021]; www.ethikrat.org/themen/medizin-und-pflege/palliativmedizin [zuletzt abgerufen am 30.04.2021]; siehe auch: *Thöns/Maier*, in: *Thöns/Sitte*, S. 2 (3).

⁹ Darunter ist eine Erkrankung zu verstehen, die das Leben gefährdet oder mit einem signifikanten Risiko zu sterben verbunden ist, oder eine Erkrankung, bei der keine Heilung oder Behandlung mehr möglich ist und die zum Tod führt; *Steffen-Bürgi*, in: *Knipping*, S. 30 (35).

¹⁰ <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [zuletzt abgerufen am 30.04.2021]; zitiert in deutscher Übersetzung nach: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Pal](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf)

Die Beschreibung nach der WHO von 2002 enthält fünf wesentliche Aspekte. Im Mittelpunkt der Behandlung steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Ziel, der betroffenen Person das größtmögliche individuelle Maß an Lebensqualität zu erhalten.¹¹ Dies soll gewährleistet werden, indem körperliche Beschwerden bestmöglich gelindert und, soweit möglich und von der betroffenen Person gewünscht, in einem ganzheitlichen Therapieansatz auch die psychischen, sozialen und spirituellen Aspekte berücksichtigt werden.¹² Betont wird der Präventivgedanke, indem Bezug genommen wird auf eine lebensbedrohliche anstelle einer unheilbaren Erkrankung.¹³ Dadurch wird klargestellt, dass die Palliative Care bereits frühzeitig zum Einsatz kommen soll.¹⁴ Zudem bezieht sie sich nicht auf eine bestimmte Erkrankung oder Gruppe von Erkrankungen, sondern macht deutlich, dass sie bei jeder lebensbedrohlichen Erkrankung zum Einsatz kommen kann. Des Weiteren bezieht die WHO neben dem Patienten auch die Angehörigen ausdrücklich mit ein, indem sie ihnen Unterstützung während der Erkrankung und der Trauerzeit zuteilwerden lassen möchte.¹⁵ Schließlich gehören nach der WHO zur Palliativmedizin gleichwertig die medizinische Behandlung sowie menschliche, ärztliche, pflegerische und psychosoziale Begleitung.

3. Begriffsbestimmung nach der European Association for Palliative Care

Die Begriffsdefinition der EAPC unterscheidet sich geringfügig von derjenigen der WHO aus dem Jahr 2002. So definiert die EAPC *Palliative Care* als

„die aktive, umfassende Versorgung des Patienten, dessen Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht anspricht. Kontrolle von Schmerzen, anderen Symptomen sowie von sozialen, psychologischen und spirituellen Problemen ist oberstes Ziel. Palliativversorgung ist interdisziplinär in ihrem Ansatz und umfasst den Patienten, die Familie und deren Umfeld. Palliativversorgung stellt somit das grundlegendste Konzept der Versorgung dar - dasjenige, das sich an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, wo immer er oder sie betreut wird, sei es zu Hause oder im Krankenhaus. Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess;

liative_Care_englisch-deutsch.pdf [zuletzt abgerufen am 30.04.2021]; siehe auch: BT-Drs. 15/5858, S. 5.

¹¹ Engelmann, GesR 2010, 577.

¹² Cremer-Schaeffer/Radbruch, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231; Ried, in: Anderheiden/Eckart, Band 1, S. 103 (106); BT-Drs. 15/5858, S. 5.

¹³ Voltz, in: Bausewein/Roller/Voltz, Leitfaden Palliative Care, S. 2 (4); Ried, in: Anderheiden/Eckart, Band 1, S. 103 (106); Grauer, S. 5 f.

¹⁴ Ried, in: Anderheiden/Eckart, Band 1, S. 103 (106); BT-Drs. 15/5858, S. 5, so auch Steffen/Pralog/Radbruch/Bausewein/Voltz, DÄBl. 2020, 108 (109).

¹⁵ Ried, in: Anderheiden/Eckart, Band 1, S. 103 (107); Napiwotzky, in: Anderheiden/Eckart, Band 2, S. 864 (867); Voltz, in: Bausewein/Roller/Voltz, Leitfaden Palliative Care, S. 2 (5); Grauer, S. 5 f.; Engelmann, GesR 2010, 577.

weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten.“¹⁶

Die EAPC spricht von „einer Erkrankung, die auf eine kurative Behandlung nicht mehr anspricht“. Damit hat sie den Anwendungs- und Geltungsbereich der Palliative Care auf den Beginn der Behandlung einer tödlichen Erkrankung ausgeweitet.¹⁷ Wie auch bei der Definition der WHO wird der Präventivgedanke in den Vordergrund gestellt. Die Palliativmedizin ist nicht auf die letzte Lebensphase eines Menschen zu beschränken. Stattdessen soll sie ab der Diagnose und dem Behandlungsbeginn dem Patienten angeboten werden und seine individuelle Behandlung ergänzen.¹⁸

4. Beschreibung nach der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

„Palliativmedizin bietet durch klinische Behandlung, Versorgung und Unterstützung eine Vorbeugung und Linderung von Leiden für Menschen mit einer lebenslimitierenden oder lebensbedrohenden Erkrankung. Die diagnostischen und therapeutischen Schwerpunkte in der Palliativmedizin konzentrieren sich auf die individuellen Ziele der Patientinnen und Patienten in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared decision - making) mit den Patientinnen und Patienten und seinen Nahestehenden. Palliativmedizin wird als Teil von multiprofessionellen Teams und in Kooperation mit anderen Fachgebieten ausgeführt, im Sinne einer individuellen und ganzheitlichen Versorgung. [...]

Besonders ausgeprägte Kompetenzen der Palliativmedizin liegen:

- in der Einschätzung und Behandlung von physischen, psychischen und spirituellen Symptomen sowie der Linderung von Leid, [...]
- in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit Partnern, Kollegen und Organisationen, um den Patienten und ihren Nahestehenden eine hochwertig multiprofessionelle Versorgung zur Verfügung zu stellen,
- in der Unterstützung der Nahestehenden, einschließlich von Angeboten zur Trauerarbeit.

[...] Die DGP fasst den Begriff Palliativmedizin als Beschreibung eines eigenständigen medizinischen Fachgebiets auf, das zwingend auf Multiprofessionalität basiert.“¹⁹

Nach dieser Beschreibung ist die Palliativmedizin darauf gerichtet, eine möglichst hohe Lebensqualität bis zum Tod zu erreichen. Es soll die verbleibende Zeit so an-

¹⁶ EAPC, *European Journal of Palliative Care*, S. 278 (280 f.); zitiert in deutscher Übersetzung nach: *Büche/Schmidlin/Jünger*, *Zeitschrift für Palliativmedizin*, S. 216 (219).

¹⁷ *Spaemann/Hohendorf/Oduncu*, S. 84.

¹⁸ *Spaemann/Hohendorf/Oduncu*, S. 84.

¹⁹ DGP Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf [zuletzt abgerufen am 30.04.2021].

genehm wie möglich gestaltet werden, indem die Leiden des Patienten, insbesondere durch Symptombehandlung, gelindert werden.²⁰ Wichtiges Kriterium ist auch nach dieser Definition der präventive Einsatz der Palliativmedizin. Zudem stehen die Würde und das Vertrauen des Patienten sowie seine Selbstbestimmung im Vordergrund. Geprägt ist das Verhältnis zu den Patienten von Kommunikation. Alle Entscheidungen sollen zusammen mit dem Patienten und dessen Angehörigen getroffen werden. Auch steht wiederum nicht nur der Patient im Mittelpunkt, sondern auch dessen nahestehenden Personen. Die DGP betont des Weiteren die Erbringung der Palliativmedizin in einem multiprofessionellen²¹ und interdisziplinären²² Rahmen, durch den ein ganzheitliches Behandlungskonzept ermöglicht werden soll. Zudem soll die Palliativmedizin als ein eigenständiges Fachgebiet angesehen werden.

5. Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung

Nach der Präambel der Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung von 2004 ist es

„Aufgabe des Arztes, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen. So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund.“²³

Dieser Auszug der Präambel definiert die Palliativmedizin nicht. Er stellt allerdings ausdrücklich klar, dass Patienten palliativmedizinische Versorgung zukommen zu

²⁰ *Voltz*, in: Bausewein/Roller/Voltz, Leitfaden Palliative Care, S. 2 (5).

²¹ Unter Multiprofessionalität wird die koordinierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen verstanden. Ein multiprofessionelles Team beinhaltet Mitglieder verschiedener Berufe und Fachgebiete des Gesundheitswesens und anderer Bereiche, die zusammenarbeiten, um die Betreuung der Patienten in einer speziellen Lage sicherzustellen und/oder zu verbessern. Zwischen den Berufsgruppen werden bewusst fachspezifische Kompetenzen und Haltungen übernommen; vgl. dazu auch DGP Definitionen zu Hospiz und Palliativversorgung, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf [zuletzt abgerufen am 30.04.2021]; vgl. auch *Eychmüller*, S. 99; ausführlich dazu unter Kap. 5 B. I.

²² Die Interdisziplinarität ist geprägt entweder von der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachbereichen in der Forschung (z.B. Medizin, Psychologie, Soziologie, Theologie, Pflegewissenschaften) oder zwischen mindestens zwei verschiedenen medizinischen Fachbereichen in der klinischen Versorgung (z.B. Geriatrie, Neurologie, Onkologie). Ziel einer solchen Zusammenarbeit ist eine bestmögliche Versorgung von Patienten und Angehörigen, basierend auf einer gemeinsamen Wissensbasis und Steuerung der Betreuung sowie auf geteilter Verantwortung und Entscheidungsfindung; vgl. dazu auch *Eychmüller*, S. 99; ausführlich dazu unter Kap. 5 B. I.

²³ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, abgedruckt in: DÄBl. 2011, A 346.