



DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG
Patientenschutz für Schwerstkranke und Sterbende

Weil Sterben auch Leben ist

Kommentar der Neuauflage: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2004

Präambel

Zeile 35ff.:

Zur Begrenzung der ärztlichen Verpflichtung zur Lebenserhaltung

Alt: Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.	Neu: gleicher Wortlaut.
---	-------------------------

Kommentar: Im Kontext könnte sich das auf die Lebenserhaltung und die palliativ-medizinischen Maßnahmen beziehen; angesichts der Perspektive, dass im Rahmen der GKV offene und verdeckte Rationierungen drohen, etwa auch durch eine vom Gesetzgeber bewusst karg ausgestaltete Finanzierung palliativer Versorgung. Das bloße Betonen der Irrelevanz von wirtschaftlichen Überlegungen geht an den schon praktizierten Realitäten vorbei.

Zeile 41ff.:

Alt: Unabhängig von dem Ziel der med. Behandlung [] in jedem Fall Basisversorgung, dazu gehören [] ... Stillen von Hunger und Durst. Art und Ausmaß der Behandlung sind vom Arzt zu verantworten [keine Erwähnung der künstlichen Ernährung].	Neu: Art und Ausmaß einer Behandlung sind <u>gemäß der medizinischen Indikation</u> vom Arzt zu verantworten. <u>Dazu gehören auch künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.</u>
--	--

Kommentar: Künstliche Ernährung eindeutig der Behandlung zugeordnet, Stillen von Hunger und Durst zu Basisversorgung.
Deutliche Stärkung des Arztes durch seine Kompetenz, die medizinische Indikation zu erstellen.

Zeile 50ff.: zur Sterbehilfe

	Neu: Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.
--	---



Kapitel 1: Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Zeile 59 / 60:

Alt: Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden [] so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen.	Neu: [], dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.
---	---

Kommentar: Der Begriff „Würde“ ist im Grundgesetz als uninterpretierbar und unverlierbar dem Menschen zugeordnet. „Menschenwürdige Bedingungen“ sind definierbar und interpretierbar. Ob die BÄK hier ohne Not begriffsmanipulatorische Absichten verfolgt bleibt offen.

Zeile 62 / 65:

	Neuer Zusatz zur Versorgung Sterbender: <u>Zur Basisbetreuung gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.</u>
--	---

Kommentar. Hier ganz klare Positionierung der künstlichen Ernährung außerhalb der Basisversorgung. Wer ermittelt Hunger und Durst als subjektive Empfindung?

Zeile 67:

Zu Maßnahmen im Sterbeprozess

Alt: Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens <u>dürfen</u> in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden.	Neu: wie alt Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens <u>dürfen</u> in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden.
--	--

Kommentar: eindeutiger wäre hier eine Formulierung wie: „müssen unterlassen und dürfen nicht weitergeführt werden“.

Zeile 71 / 72

bezüglich „indirekter Sterbehilfe“:

Alt: dass eine möglicherweise unvermeidbare...	Neu: dadurch (Linderung des Leidens) bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung...
---	--

Kommentar: jetzt deutlicher die Akzeptanz der Möglichkeit, dass (auch) qualifizierte Leidensminderung, im Sinne der „indirekten Sterbehilfe“ zur Lebensverkürzung führen kann.



Zeile 80:

Zur Information Angehöriger

Alt: [] es sei denn, der Wille des Patienten steht dagegen.	Neu: [] wenn er [der Arzt] annehmen darf, dass dies dem Willen des Pat. entspricht.
--	--

Kommentar: deutliche Stärkung des ärztlichen Spielraums. Schweigepflicht als Ermessensfrage.

Kapitel 2: Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Zeile 90ff.:

Alt: bei Patienten [], die sich noch nicht im Sterben befinden, kommt eine Änderung des Behandlungszieles nur in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist und eine lebenserhaltende Maßnahme nur Leiden verlängert.	Neu: bei Patienten, die [], aber <u>nach ärztlicher Erkenntnis</u> aller Voraussicht nach sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, <u>kann</u> eine Änderung des Behandlungszieles <u>indiziert sein</u> , wenn [Maßnahmen] nur Leiden verlängern würden und <u>die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht</u> [] in <u>Zweifelsfällen</u> sollte eine <u>Beratung mit anderen</u> Ärzten und Pflegenden erfolgen.
---	---

Kommentar: eindeutiger der Hinweis auf ein Überdenken des Behandlungszieles auch vor dem Sterbeprozess, Konditionen: Wille des Patienten (deutlicher), Hinweis auf ärztliche Erkenntnis (neu, damit die Position des Arztes stärkend) und Teambesprechung (deutlicher), jedoch keine Verpflichtung. Keine Hinweise auf die Notwendigkeit von Ethikkommissionen. Wer definiert an dieser Stelle den Begriff „Zweifelsfälle“?

Kapitel 3: Behandlung bei schwerster cerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit (neue Überschrift)

Früher: Behandlung bei sonstiger lebensbedrohender Schädigung

Kommentar: viel spezifischer.

Zeile: 116 / 117

Alt: Pat mit lebensbedrohender Krankheit, an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben, [] haben wie alle Patienten ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung [] [] dies gilt auch für Pat mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, sog. Wachkoma).	Neu: Pat mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, auch Wachkoma) haben []...
---	--



Kommentar: eindeutig spezieller benannt, andere lebensbedrohliche Erkrankungen sind nicht mehr erwähnt

Zeile 119 / 120:

Einschub neu zu Behandlung und künstlicher Ernährung

Alt: alle Entscheidungen müssen dem Willen des Patienten entsprechen.	Neu: [] unter Beachtung ihres Willens [Pat] oder <u>mutmaßlichen Willens</u> - grundsätzlich geboten.
--	--

Kommentar: In der neuen Fassung wird ausdrücklich auch auf den mutmaßlichen Willen abgehoben.

Zeile 124:

Alt: So kann der unwiderrufliche Ausfall weiterer vitaler Organfunktionen die Entscheidung rechtfertigen, auf den Einsatz technischer Hilfsmittel zu verzichten.	Neu: Soweit bei diesen Pat. eine Situation eintritt wie unter Kap 1-2 beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze.
Alt: Nur Hinweis auf Betreuer.	Neu: Hinweis auf Bevollmächtigten.

Kommentar: Im Gegensatz zu 1998, wo als Begründung eines Behandlungsabbruchs der unwiderrufliche Ausfall weiterer Vitalfunktionen benannt war, wird jetzt auf diese „Einschränkung“ im genannten Absatz verzichtet. Statt dessen erfolgt der Hinweis auf Kap 1-2. Der Hinweis auf den Bevollmächtigten ist neu, früher nur Betreuer. Stärkung der Patienten-Autonomie durch Hinweis auf Bevollmächtigten. Es wird jedoch an dieser Stelle nicht auf die Patientenverfügung als Element der autonomen Entscheidung eingegangen.

Kapitel 4: Ermittlung des Patientenwillens

Zeile 130ff.:

Bei einwilligungsfähigen Pat

Alt: [] aktuell geäußerter <u>Wille</u> .	Neu: [] aktuell geäußerte <u>Ablehnung einer Behandlung</u> .
--	--

Kommentar: Wille beinhaltet eine mögliche Ablehnung und eine Einforderung bzw. Gestaltung. In der neuen Formulierung geht es nur noch um Ablehnung.

Genauso in Zeile 138ff.

Zu nicht einwilligungsfähigen Pat:

Alt: <u>Kein Hinweis an dieser Stelle auf PV</u> , nur Betreuer etc.	Neu: Ist die <u>in einer Patientenverfügung</u> zum Ausdruck gebrachte <u>Ablehnung einer Behandlung</u> für den Arzt bindend.
---	---

Kommentar: im gesamten überarbeiteten Absatz geht es jetzt auch um die Wahrnehmung der Patientenverfügung, wo 98 nur der Hinweis auf Betreuer, Bevollmächtigte und Angehörige gegeben wurde. Im neuen Dokument sind deren Angaben maßgeblich, bei



Ablehnung soll der Arzt sich an das Vormundschaftsgericht wenden. Eindeutig in Anlehnung an den BGH-Beschluss verfasst.

Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines Pat. erfolgt gleich dem Dokument von 1998. Insgesamt sind sie nicht umfassend und griffig formuliert.

Zeile 169:

Neu bei nicht zu ermittelndem Willen

<p>Alt: [] lässt sich der mutmaßlich Wille des Pat nicht [] ermitteln, so handelt der Arzt im Interesse des Pat, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft.</p>	<p>Neu: So <u>soll</u> der Arzt [] die <u>ärztlich indizierten</u> Maßnahmen ergreifen und <u>sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden</u>. Dies gilt auch <u>bei einem apallischen Syndrom</u>.</p>
---	--

Kommentar: Einfallstor für ärztliche Bewertungen; erinnert sei an den BGH -Beschluss (v. 17.3.2003), der die Indikation für ein gemischtes Urteil hält, in das auch (be-)wertende Gesichtspunkte einfließen. Eindeutige Stellungnahme: in Zweifelsfällen für das Leben.

Kapitel 5: Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Zeile 182ff:

<p>Alt: Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich [].</p>	<p>Neu: Definition von Patientenverfügungen <u>Eine Patientenverfügung [] ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung</u>, später: Patientenverfügungen bedürfen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein.</p> <p>Neu: Definitionen von Vorsorgevollmacht, Umfang der Vollmacht, dezidierter Hinweis auf §1904, und Hinweis, dass §1904 nicht sicher auch für den Verzicht auf „lebenserhaltende Maßnahmen“ zutrifft. Empfehlung an den Arzt: <u>Vormundschaftsgericht und bis zur Entscheidung Weiterführung der bereits begonnenen Therapie</u> (analog Kapitel 4).</p> <p>Neu: ausführliche Beschreibung der Betreuungsverfügung.</p> <p>Neu: In diesem Kapitel kein Hinweis auf die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, jetzt ins Kapitel 4 verschoben.</p>
--	--

Kommentar: Aus dem Text geht hervor, dass es auch mündliche Patientenverfügungen gibt, aber sie sollten schriftlich abgefasst sein. Begriffsverwirrung, ein Hinweis auf inhaltliche Qualitätskriterien fehlt ganz.



Die Empfehlungen zur Handhabung des §1904 beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen sind am Beschluss des BGH ausgerichtet, obwohl die Analogbewertung des §1904 für den Behandlungsabbruch als umstritten bewertet wird.

Gesamtkommentar:

Präambel:

- An der grundsätzlichen Ablehnung der aktiven Sterbehilfe, an der Ablehnung von ärztlich assistiertem Suizid ist nichts wesentliches verändert worden.
- Mit der erneuten Erwähnung der möglichen Lebensverkürzung bei Leidensbehandlung im Sinne von „indirekter Sterbehilfe“ ist jedoch positioniert, dass diese Möglichkeit auch bei einer qualifizierten Therapie zum Tragen kommen kann.
- Das Stillen von Hunger und Durst wird an dieser Stelle eindeutig zur Basisversorgung gerechnet. Die künstliche Ernährung wird den Behandlungen zugeordnet.
- Insgesamt ist unter Hinzufügung eines Hinweises auf individuelle Entscheidung und durch ähnliche Formulierungen, die Verantwortlichkeit noch weiter dem einzelnen Arzt übergeben.

In Kapitel 1:

Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

- Der Begriff in Würde sterben ist gegen den Begriff unter menschenwürdigen Bedingungen sterben ausgetauscht worden. Der Begriff Würde ist im Grundgesetz als uninterpretierbar und unverlierbar jedem Menschen zugeordnet. Ob die BÄK hier ohne Not begriffsmanipulatorische Absichten verfolgt bleibt offen. Menschenwürdige Bedingungen sind definierbar und interpretierbar.
- Neuer Zusatz zur Versorgung Sterbender: zur Basisbetreuung gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden. Wer ermittelt Hunger und Durst als subjektive Empfindung, die es zu stillen gilt?
- Zur Durchführung der Behandlung und künstlichen Ernährung im Sterben: muss nicht immer indiziert sein.
- Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Eindeutiger wäre hier eine Formulierung wie: „müssen unterlassen und dürfen nicht weitergeführt werden“.

Zu Kapitel 2:

Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

- Zur Durchführung der Behandlung und künstlichen Ernährung bei noch nicht Sterbenden: eindeutiger der Hinweis auf ein Überdenken des Behandlungsziels auch vor dem Sterbeprozess, Konditionen: Wille des Patienten (deutlicher), Hinweis auf ärztliche Erkenntnis (neu, damit die Position des Arztes stärkend) und Teamberatung (deutlicher), jedoch keine Verpflichtung. Keine Hinweise auf die Notwendigkeit von Ethikkommissionen. Wer definiert an dieser Stelle den Begriff „Zweifelsfälle“?



Zu Kapitel 3: Behandlung bei schwerster cerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit (Neue Überschrift)

- Aus der bei sonstiger lebensbedrohender Schädigung mit Erwähnung von schwerster cerebraler Schädigung und Wachkoma im Nebensatz ist ein neugestaltetes Kapitel Behandlung bei schwerster cerebraler Schädigung und Wachkoma entstanden.
- Auf diese Zustände zugeschnitten erfolgt die grundsätzliche Gebotenheit versorgender Maßnahmen (auch künstlicher Ernährung), unter Beachtung des Willens oder mutmaßlichen Willens des Patienten.
- Im Gegensatz zu 1998, wo als Begründung eines Behandlungsabbruchs der unwiderrufliche Ausfall weiterer Vitalfunktionen benannt war, wird jetzt auf diese „Einschränkung“ im genannten Absatz verzichtet. Statt dessen erfolgt der Hinweis auf die vorangesetzten Kapitel 1-2. Da der früher eindeutige Hinweis an dieser Stelle fehlt, scheint jetzt die Situationsbeurteilung eher subjektiven Kriterien zu unterliegen.
- Der Hinweis auf den Bevollmächtigten ist neu, früher nur Betreuer, dies kann als Hinweis auf die Aufwertung der Patientenautonomie gewertet werden, leider fehlt hier der Hinweis auf die Möglichkeit der Patientenverfügung als wesentliches Vorsorgedokument.

Zu Kapitel 4: Ermittlung des Patientenwillens

- Zur Ermittlung des Patientenwillens wird nur noch von der Ablehnung der Maßnahmen gesprochen, nicht mehr vom Willen (was Einfordern im Sinne von Gestaltung und Ablehnen enthalten kann).
- Im gesamten überarbeiteten Absatz geht es jetzt auch um die Wahrnehmung der Patientenverfügung, wo 1998 nur der Hinweis auf Betreuer, Bevollmächtigte und Angehörige gegeben wurde. Im neuen Dokument sind deren Angaben maßgeblich, bei Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen, in denen die ärztliche Sicht anders ist, soll der Arzt sich an das Vormundschaftsgericht wenden. Eindeutig in Anlehnung an den BGH-Beschluss verfasst.
- Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines Pat. erfolgt gleich dem Dokument von 1998. Die Formulierungen sind nicht umfassend und griffig.
- Neu bei nicht zu ermittelndem Willen: so soll der Arzt [] die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom. Eindeutige Stellungnahme: In Zweifelsfällen für das Leben. Durch die Formulierung soll [] und ärztlich indizierte Maßnahmen Einfallstor für ärztliche Bewertungen; erinnert sei an den BGH - Beschluss (v. 17.3.2003), der die Indikation für ein gemischtes Urteil hält, in das auch (be-)wertende Gesichtspunkte einfließen.

Zu Kapitel 5: Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

- Dieses Kapitel widmet sich den Patientenverfügungen, der Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Es ist jetzt mehr auf die Definition und die Funktion solcher Dokumente eingegangen.
- Dabei werden jedoch keine Angaben zur Qualität gemacht. Ohne Not wird die mündliche Patientenverfügung genannt, deren Praxistauglichkeit äußerst zweifelhaft



ist. Es heißt wohl: Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung, später: Patientenverfügungen bedürfen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein. Diese Formulierung verwirrt und setzt die Bundesärztekammer dem Verdacht aus, aktuellen politischen Entwicklungen für ein Schriftformerfordernis entgegen zu arbeiten.

- Die Empfehlungen zur Handhabung des §1904 beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen sind am Beschluss des BGH ausgerichtet, obwohl die Analogbewertung des §1904 für den Abbruch von Behandlungsmaßnahmen als umstritten bewertet wird.