

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|------------------|
| <i>Einleitung</i> | <i>1</i> |
| <i>Kapitel 1: Problemstellung und begriffliche Einordnung</i> | <i>7</i> |
| A) Therapieentscheidungen in der letzten Lebensphase | 7 |
| I) Versuch der Eingrenzung der Phase „am Lebensende“ | 8 |
| 1) „Der nahe bevorstehende Tod“ | 9 |
| 2) Die unmittelbare Todesnähe | 9 |
| 3) Irreversibles Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen | 10 |
| 4) Fazit | 10 |
| II) Das Vorliegen einer infausten Prognose | 15 |
| 1) Die Grenzen der faktischen Machbarkeit | 15 |
| 2) Der ärztliche Standard | 17 |
| 3) Das Verhältnis des ärztlichen Standards zu Komplementär- und Alternativmedizin | 20 |
| B) Die Beendigung kurativ intendierter Maßnahmen führt nicht ins „Nichts“ | 24 |
| I) Schmerztherapie | 26 |
| II) Dyspnoe und pulmonale Symptome | 29 |
| III) Psychische und neurologische Symptome | 30 |
| IV) Die Einordnung der künstlichen Ernährung mittels einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie-Sonde | 30 |
| V) Fazit | 33 |
| <i>Kapitel 2: Sterbehilfe und Sterbebegleitung</i> | <i>39</i> |
| A) Die Terminologie der Therapieentscheidungen in der Sterbebegleitung | 39 |
| B) Abgrenzung der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen zum Begriff der „Sterbebegleitung“ | 40 |
| C) Alternative Benennung von Therapiekonzepten am Lebensende | 42 |
| D) Fazit | 44 |
| <i>Kapitel 3 – Die Indikation- Definition, Umfang und Anwendungsbereich</i> | <i>47</i> |
| A) Der Begriff der Indikation | 47 |

| | |
|--|-----------|
| B) Kompetenzverteilung- Wer trifft eine Indikationsentscheidung? | 49 |
| I) Entscheidungsmonopol des behandelnden Arztes | 49 |
| II) Vertikale Arbeitsteilung | 50 |
| III) Horizontale Arbeitsteilung | 51 |
| IV) Die Bedeutung von Beratungs- und Kontrollinstitutionen | 52 |
| C) Aufgabe der Indikation | 54 |
| D) Die Unterscheidung von medizinischer und ärztlicher Indikation | 57 |
| I) Medizinische Indikation | 57 |
| II) Ärztliche Indikation | 58 |
| III) Das „Ein-Säulen-Modell“ – Kontradiktion oder Modifikation? | 60 |
| E) Besonderheiten der Indikationsstellung lebenserhaltender Maßnahmen in den unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen | 63 |
| I) Notfall- und Rettungsmedizin | 64 |
| II) Intensivmedizin | 66 |
| III) Pädiatrie | 69 |
| IV) Geriatrie | 70 |
| V) Hausärztliche Versorgung | 71 |
| VI) Fazit | 73 |
| F) Notwendigkeit und Risiken objektiver Kriterien für die Indikation zur Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen | 73 |
| I) Notwendigkeit der Objektivierung | 73 |
| 1) Die Transparenz der Entscheidungen für den Patienten | 73 |
| 2) Transparenz für die Angehörigen | 75 |
| 3) Die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Akzeptanz und der Transparenz | 76 |
| 4) Vermeidung von Rechtsunsicherheit | 78 |
| 5) Behebung der aktuellen Ausbildungsdefizite | 82 |
| 6) Nachweisliche Schädlichkeit (juristischer) Konflikte für alle Beteiligten | 84 |
| 7) Vermeidung von Kommunikationsproblemen | 85 |
| 8) Vermeidung des Zuspruchs zur aktiven Sterbehilfe | 86 |
| 9) Missbrauchsgefahr | 88 |
| II) Risiken der Objektivierung | 90 |
| 1) Keine reine Legitimation durch Verfahren | 91 |
| 2) Dammbbruchargument | 92 |
| 3) Missbrauch und Eigennützigkeit der Motive | 92 |

| | |
|---|------------|
| 4) Problem des (möglichen) Informationsdefizits und des Zeitdrucks in Hinblick auf den finalen Charakter der Entscheidungen. | 94 |
| III) Möglichkeiten der Objektivierung durch den Einsatz von Scoringsystemen | 95 |
| IV) Fazit | 100 |
| Kapitel 4: Der Rollenwandel in der Arzt-Patientenbeziehung | 109 |
| A) Paternalistisches System | 110 |
| B) Patient als Partner | 112 |
| C) Patient als Kunde? | 116 |
| D) Der Wandel vom Heiler zum Sterbebegleiter in der Palliativmedizin | 120 |
| I) Besonderheiten der Arzt-Patientenbeziehung in den Fällen der Therapiezieländerung. | 122 |
| II) Das Arzt- Patientenverhältnis besteht <i>vor</i> der Entscheidung über die Therapiezieländerung | 123 |
| III) Das Arzt- Patientenverhältnis entsteht <i>mit</i> der Entscheidung über die Therapiezieländerung | 124 |
| Kapitel 5: Die rechtliche und medizinische Einordnung ärztlicher Indikationsentscheidungen bei lebenserhaltenden Maßnahmen | 125 |
| A) Die Gesetzeslage | 125 |
| I) Strafrecht | 125 |
| 1) Tötungsdelikte | 126 |
| 2) Körperverletzungsdelikte | 142 |
| 3) Fazit | 147 |
| II) Zivilrecht | 153 |
| 1) Vertragsrechtliche Ausgestaltung | 153 |
| 2) Vertretungs- und betreuungsrechtliche Aspekte | 154 |
| 3) Das Leben als „zivilrechtlicher Schaden“ | 158 |
| 4) Fazit | 160 |
| III) Verfassungsrechtlicher Rahmen | 163 |
| 1) Ableitung eines absoluten Lebensschutzes aus dem Grundgesetz? | 163 |
| 2) Die Patientenautonomie als Anspruchsgrundlage von Verfassungsrang für nicht indizierte Eingriffe? | 165 |
| 3) Der behandelnde Arzt als Träger von Grundrechten | 168 |
| 4) Fazit | 169 |

| | |
|--|-------------------|
| B) Medizinische Leit- und Richtlinien | 172 |
| I) Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung | 172 |
| II) Leitlinie zu Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin | 173 |
| III) Die Reanimationsleitlinien 2010 und die Leitlinien zur Reanimation 2015 des European Resuscitation Council | 174 |
| IV) Positionspapier der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) | 175 |
| 1) Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI Stand 2012 (Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin) | 175 |
| 2) Positionspapier Sektion Ethik der DIVI Stand 2016 (Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin) | 176 |
| 3) Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der Covid-19-Pandemie. | 176 |
| V) Vergleich der dargestellten Leitlinien und Positionspapiere | 177 |
| C) Fazit | 180 |
| <i>Kapitel 6: Auswirkungen des Therapieziels auf die Indikation</i> | <i>185</i> |
| A) Die Bedeutung des Therapieziels | 185 |
| I) Heilung | 187 |
| II) Symptomkontrolle | 188 |
| III) Lebensqualität | 189 |
| 1) Lebensqualität als subjektive Erfahrung | 192 |
| 2) Der Wandel der Ziele und subjektiven Bewertungen im dynamischen Verlauf einer Krankheit | 196 |
| 3) Das Verhältnis von verbleibender Lebensqualität zu verbleibender Lebenszeit | 198 |
| 4) Fazit | 200 |
| B) Die subjektiven Elemente der ärztlichen Indikation auf Seiten des Behandlungsteams | 204 |
| I) Subjektive Wertvorstellungen | 205 |
| II) Unterschiedliche Sozialisation bezüglich des individuellen Entscheidungsverhaltens | 206 |
| III) Auswirkungen des eigenen Rollenverständnisses | 207 |
| C) Fazit | 209 |
| <i>Kapitel 7: Gesamtfazit und Thesen</i> | <i>211</i> |

| | |
|--|------------|
| A) Die medizinische Ausgangslage | 211 |
| I) Der allgemeine Geltungsanspruch für alle medizinischen Teilbereiche | 211 |
| II) Die infauste Prognose | 212 |
| III) Die dienende Funktion der lebenserhaltenden Maßnahmen | 214 |
| B) Status quo der Rechtslage | 215 |
| I) Das Verhältnis von Indikation und Einwilligung | 215 |
| II) Die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen unter dem Aspekt der Tötungsdelikte | 215 |
| C) Lebensqualität- Das Therapieziel jenseits der Heilung | 217 |
| I) Der Wechsel der Therapieziele | 217 |
| II) Therapiezielfindung | 218 |
| III) Die subjektive Indikationsbewertung durch den behandelnden Arzt. | 219 |
| IV) Objektivierbarkeit des Therapieziels der Lebensqualität. | 220 |
| <i>Literaturverzeichnis</i> | 223 |