

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

X Inhaltsübersicht

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. Problemdarstellung 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 Begriffs 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.	Anordnungskompetenz 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: Frühethanasie	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 Sterbegleitung	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

Inhaltsverzeichnis XVII

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