SUPPORT-news 11/98

Unterlassen indizierter palliativmedizinischer Maßnahmen strafbar

Die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren vermehrt in den Blickwinkel gesellschaftlichen Interesses getreten. Ursache dafür war auch das relative Schrumpfen der Bemessungsgrundlage für Sozialversicherungsbeiträge mit dem Resultat erheblicher Einnahmeausfälle bei den gesetzlichen Krankenkassen. Dieser Umstand hat das Gesundheitssystem insgesamt einem zunehmenden *Rationalisierungsdruck* ausgesetzt.

Im Interesse der Patienten zielen neue Versorgungsstrukturen auf ein patientenorientiertes *Dienstleistungsangebot* ab: transparente Prozeßqualität, Ergebnisorientierung und kompetente Patientenbegleitung. Nach Auffassung eines Positionspapiers der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom August 1998 ist es Ziel, „die richtigen Leistungen auf der angemessenen Versorgungsebene in wirtschaftlicher Form zu erbringen. Mehrausgaben im ambulanten Bereich durch den Aufbau ambulanter Alternativen zur stationären Versorgung stehen damit auf der Tagesordnung“.

Der Beitrag „Zum Verhältnis von Rationierung und medizinisch Notwendigem in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ von Boroch (1998) verdeutlicht das Spannungsfeld. Der Autor ist Leiter des Referates „Grundsatzfragen der Gesundheitsökonomie“ bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. In seinem Beitrag ist zu lesen, „daß es mangels objektiver Kriterien ... äußerst schwierig ist, durchgehend zwischen notwendigen und wünschenswerten Leistungen klar und konsensfähig zu unterscheiden.“

Weiter führt der Autor aus, daß es das Ziel sei, „...unter Verwendung von Behandlungsrichtlinien sicherzustellen, daß innerhalb eines Korridors die Indikation *tenden-*

ziell auf das *medizinisch Notwendige* beschränkt wird“.

Im Rahmen palliativmedizinischer Konzepte ergibt sich daraus aber genau die Schwierigkeit der konkreten Festlegung des Umfangs medizinisch notwendiger Maßnahmen.

Bei dem im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit am 13. Juni 1998 durchgeführten Workshop zum Thema „Palliativmedizinische Betreuung im häuslichen Bereich – Status Quo und Strategien zur Verbesserung aktueller Versorgungsstrukturen“ in der Universitätsklinik Göttingen wurde auch die Frage der möglichen, erforderlichen und gebotenen Hilfe für terminale Tumorpatienten intensiv diskutiert.

Auf der gemeinsam von der Ärztekammer Niedersachsen und dem Zentrum für Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin (Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. D. Kettler) durchgeführten Veranstaltung, hielt Prof. Dr. jur. Hans Ludwig Schreiber, Präsident der Georg-August-Universität Göttingen, einen Vortrag zur Problematik, ob Patienten, insbesondere Tumorschmerzpatienten, einen *Rechtsanspruch* auf palliativmedizinische Behandlung bzw. suffiziente Schmerztherapie haben.

Prof. Schreiber machte deutlich, daß ärztliche Behandlung nicht nur *Lebensverlängerung*, sondern ebenso *Leidensminderung* sowie *Beistand* im weitesten Sinne bedeutet, wobei er pointiert feststellte, daß „der Beistand und die Leidensminderung ... dabei keine geringeren Formen ärztlicher Therapie“ sind.

Ebenso wie sich der Arzt einer *Körperverletzung aufgrund eines unerlaubten Eingriffs* strafbar machen kann (§223 BGB), gibt es auch den Tatbestand der *Körperverletzung durch Unterlassung*.

Nach den Ausführungen von Prof. Schreiber gilt „dies auch und gerade – und das haben auch schon Gerichte festgestellt – für die unterbleibende hinreichende Schmerzbekämpfung“.

Weiterhin ist „das Unterlassen indizierter palliativmedizinischer Maßnahmen strafbar. Daher besteht eine Pflicht, Palliativmedizin im Interesse der Patienten anzubieten.“ Die in der Rechtsprechung bestehende Garantenpflicht, also die Pflicht zum Handeln, ergibt sich unmittelbar aus dem bestehenden Behandlungsverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Nach Prof. Schreiber ist demzufolge „jedes Unterlassen des Möglichen, Erforderlichen und Gebotenen strafbar“. Um aber die mögliche, erforderliche und gebotene Therapie gemeinsam mit dem Patienten durchführen zu können, ist es grundlegende Voraussetzung, daß der Arzt die notwendigen Kenntnisse besitzt, Schmerzen und sonstige Leidenssymptome suffizient zu bekämpfen, soweit es physiologisch möglich ist.

Dazu ist es nach der heutigen Rechtsprechung unverzichtbar, daß Ärzte sich kontinuierlich fortbilden, um auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu bleiben.

Der Umstand, daß ein Arzt in seinem Bemühen um Schmerztherapie *irgend etwas* getan hat, reicht folglich *nicht* aus, sondern er muß das tun, was aufgrund des aktuellen Standes der Medizin („state of the art“) nötig ist. „Das ist dann“ so Prof. Schreiber weiter, „das Mögliche, Erforderliche und Gebotene“.

Das bedeutet auch, daß ein Arzt sich in schwierigen Situationen ggf. konsiliarisch Rat bei erfahrenen Kollegen einholen bzw. eine Überweisung des Patienten zum Spezialisten veranlassen muß, um sich nicht dem Vorwurf der Unterlassung des Möglichen, Erforderlichen und Gebotenen auszusetzen.

Erst die Einlösung dieser Vorgaben entspricht somit dem *Notwendigen* im Sinne des Sozialgesetzbuches.

Literatur:

Boroch W.: Zum Verhältnis von Rationierung und medizinisch Notwendigem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. *Gesundh.ökon.Qual.manag.* 3 (1998): 127-130

Kassenärztliche Bundesvereinigung: KBV-Kontext Spezial, Positionspapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln, August 1998