

## Michael de Ridder: „Wie wollen wir sterben?“

Die Würde des Menschen, sein Recht auf Selbstbestimmung muss auch und gerade bei unheilbar kranken und alten Menschen respektiert und gewahrt bleiben. Viel zu oft allerdings setzen sich Ärzte über den Willen der Patienten hinweg, tun alles, was medizinisch und technisch möglich ist, und tragen so eher zur qualvollen Sterbeverzögerung als zur sinnvollen Lebensverlängerung bei. Aber Lebensverlängerung, so Michael de Ridder, darf nie zum Selbstzweck werden.

»Michael de Ridder gehört zu den Ärzten, die die unwürdigen Bedingungen des Sterbens im Krankenhaus nicht länger mit ansehen wollen. Sein Buch rüttelt auf. Nach der Lektüre wird später niemand sagen können, er habe von nichts gewusst.«

*Frankfurter Allgemeine Zeitung*



**„Sterben zulassen“ Michael de Ridder Seite 36f****H61107**

Seit ich Zeuge des qualvollen und letztlich aussichtslosen Wiederbelebungsversuchs Gerda L.'s geworden bin, sind 15 Jahre vergangen.

Wir befinden uns im Schockraum der Notaufnahme eines großstädtischen Krankenhauses. Eine junge Notärztin bringt aus einem Pflegeheim einen 88-jährigen Patienten, der seit vier Jahren bettlägerig ist und mit dem man seit sechs Monaten kaum mehr Kontakt aufnehmen kann. Der alte Herr reagiert nicht auf Ansprache, hat Fieber und stöhnt leise vor sich hin. Er hat kaum noch Muskeln, am Kreuzbein findet sich ein großes Druckgeschwür; er wiegt allenfalls noch 40 Kilogramm.

Die Notärztin hat den Patienten wegen seines schlechten Blutdrucks an beiden Armen mit zwei Infusionen versorgt, in der Nase liegt eine Sauerstoffsonde, in seiner Blase ein Katheter, die Brust ist mit Elektroden beklebt und ein Herzmonitor, den sie in der Hand hält, signalisiert, dass sein Herz noch schlägt.

Freundlich besorgt fragt sie *mich, den zuständigen Arzt der Rettungsstation:*  
**»Soll ich ihn gleich auf die Intensivstation bringen oder wollen Sie hier erst noch eine Blutgasanalyse abnehmen, den Thorax röntgen und ein EKG schreiben?«**

Ich übergehe ihre Frage, bedanke mich für die Übergabe des Patienten und will sie gerade verabschieden, als der alte Mann aufhört zu atmen. Der Herzmonitor zeigt eine Nulllinie.

**»Schnell, einen Tubus oder eine Maske mit Beutel, bitte, der schnauft nicht mehr«,** sagt die Notärztin zu einer der anwesenden Schwestern.

**»Sachte bitte, Frau Kollegin, sachte«,** unterbreche ich sie. Langsam, aber bestimmt – sie will dem Patienten gerade die Beatmungsmaske aufs Gesicht drücken – schiebe ich ihre Hand beiseite. **»Der alte Herr stirbt gerade, und das gestatten wir ihm jetzt, einverstanden? «**

Verstört blickt sie mich an: **»Aber deswegen hab ich ihn doch nicht hierhergebracht! Doch vielleicht... wenn ich ihn mir so anschau ... vielleicht haben Sie ja recht!«**

**»Nehmen wir an, er wäre Ihr Vater, würden Sie ihn jetzt beatmen und in die Intensivstation einweisen?«** Sie kommt nicht mehr dazu, mir zu antworten, denn über Funk erhält sie einen neuen Notfalleinsatz. Irritiert und überstürzt verlässt sie die Notaufnahme. – – –

**Inhalt des Buches:**

<b>alle 12 Kapitel des Buches</b>	S. 1
<b>alle 18 Beispiele</b>	S. 2
<b>Med. Revolution Mitte des 20. Jh.</b>	S. 3
<b>Symptome Schwerstkranker und Sterbender</b>	S. 5
<b>Lebensverlängernde Maßnahmen, u.a.</b>	S. 6
<b>„Wachkoma“</b>	S.7f
<b>Passive vs. aktive Sterbehilfe</b>	S. 8
<b>PEG</b>	S. 9
<b>Protokoll</b>	S. 10

**alle 12 Kapitel des Buches**

- Kap.1. S.15 – 38 Notfall-Medizin. Beispiele 1 + 2.
- Kap.2. S.39 – 59 OT, Hirntod
- Kap.3. S.59 – 74 PEG
- Kap.4. S.75 – 92 Pflege
- Kap.5. S.93 – 113 Schmerztherapie
- Kap.6. S.114 – 134 So funktioniert Krankenhaus
- Kap.7. S.135 – 157 Ein Wachkoma-Patient
- Kap.8. S.158 – 185 Wachkoma
- Kap.9. S.186 – 212 Beispiel 4: „Keine Schläuche, bitte!“
- Kap.10. S.213 – 236 Beispiele 8, 9,10.
- Kap.11. S.237 – 278 Beispiel 11: „Beatmeter Kopf“ + Beispiele 12+13
- Kap.12. S.279 – 300 Zusammenfassung. ... Thesen

**alle 18 Beispiele**

- S.15f **1. Beispiel:** Gerda L., schrecklich, nicht vortragen!
- S.25.4 **2. Beispiel:** gutes Ende. 77-Jähriger. Nicht-stattgefundene REA wird dennoch dokumentiert.
- S.36.4f **3. Beispiel:** 88-Jähriger, junge Notärztin. »Er stirbt gerade« **VORLESEN!**
- S.135ff **4. Beispiel.** Ein Wachkoma-Patient. Ärzte lassen ihn nicht sterben.
- S.186.2 **5. Beispiel.** Erna K.: „Keine Schläuche, bitte!“ wird anerkannt.  
(JFH: Das wäre heute wohl so nicht mehr möglich.)
- S.205.2: **6. Beispiel** = Grenzfall: 87-jährige Patientin
- S.205.5: **7. Beispiel** = Grenzfall: 81-Jähriger bricht plötzlich zusammen: REA
- S.216.5f **8. Beispiel:** Richard S., 81 J.
- S.222f: **9. Beispiel:** Dr. Monika R., kein Abschied
- S.234.3f **10. Beispiel:** Lungenemphysem seit Jugendzeit. Erfolgreiche Behandlung mit Morphin gegen alle Regel.
- S. 237f **11. Beispiel:** Dr. Katharina S. = „Beatmeter Kopf“. Kann nach einer Zeit für einige Stunden allein atmen. Weiter S.274.2ff. Ende des Beispiels offen.
- S. 247 **12. Beispiel:** Jean-Dominique Bauby = Locked-in-Syndrom. Diktiert mit seinem Lidschlag ein Buch.
- S.248.2 **13. Beispiel:** Olaf K., 26 J., hohe Querschnittslähmung, trinkt gerne 1 Glas Rotwein.
- S. 252.3: **14. Beispiel:** Gegenbeispiel, LG Ravensburg 1986, nachfolgend BGH: Ehemann stellt das Beatmungsgerät ab, gegen den Willen des Arztes, aber auf Wunsch der Ehefrau = nicht strafbar!
- S.255.2 **15. Beispiel:** Karoline F., 88J., verweigert die Op. und stirbt.
- S.259.1 **16. Beispiel:** Rudolf T., terminale Sedierung
- S.261.2 **17. Beispiel:** Konrad W., möchte nicht ersticken, sondern sterben.  
**Garantenpflicht:** Der Arzt ist aufgrund seiner besonderen Stellung und Verantwortung dem Wohl des Patienten verpflichtet.
- S.269.5 **18. Beispiel:** Gerlinde G., 84J., sollte nicht sterben dürfen.  
Chefarzt: „Wir machen hier keine Nazi-Medizin.“

**Med. Revolution Mitte des 20. Jh.**

MdR S.21.2ff

- **erste Intensiv-Stationen** in den 50er Jahren, (1958 erste Intensivstation in USA)
- **maschinelle Beatmung** (Intubations-Beatmung),
- **Herzmonitor**,
- **Herzschrittmacher, Hirnschrittmacher** bei Parkinson
- **Defibrillator** (Defi) = Elektroschock aufs Herz
- **Blutersatz** (-Infusion),
- **Reanimation, CardioPulmonale** (50er Jahre). Heutzutage Mund-zu-Mund-Beatmung weniger wichtig. Aber Überstreckung des Kopfes nach hinten, da sonst die Zunge zurückfällt, 100-120 Kompressionen/min, 2 Atemstöße /30 Kompressionen, nur sehr kurze Unterbrechung der Kompressionen. Laien sollten nicht intubieren. (bei atmenden Patienten: stabile Seitenlage) Sehr schlechte Prognose: MdR S.45.3: Nur 5% aller Wiederbelebungen sind erfolgreich (Was heißt das?) Überleben bei kardialer Ursache: 7% bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus; Überleben bei traumatischer Ursache: 5% //, 98% tragen Hirnschäden davon. Prognose etwas besser nach Ertrinken oder Unterkühlung.  
(JFH: Durchsetzung der PV in der Notfall-Situation ist sehr schwierig!)
- **Katheter-Techniken**, z.B. STENT-Implantationen am Herzen,
- **künstl. Ernährung**: 4 Möglichkeiten. PEG erst ab den 80er Jahren !! Einsatz und Entfernung mit Magenspiegelung.
- **Dialyse**
- **Elektro-Krampf-Therapie** = Elektroschock aufs Gehirn = künstl. epilept. Anfälle bei Schizophrenie; heute unter Narkose und Muskelrelaxantien. In DE: 30 000 Behandlungen bei 3000 – 4000 Pat/a, d.h. 8 – 10 Schocks/Pat.
- **Eiserne Lunge** für Polio-Pat,
- **CT 1972, MRT 1973**
- **Organtransplantation**: 1. Herz-Transplantation 1967, Kapstadt Christiaan Barnard.
- **Erste randomisierte Doppelblindstudie** 1948 London Streptomycin bei Lungen-Tuberkulose.
- **Arzneimittel**, immer neue, oft rein innovationistisch, teilw. aber auch mit ganz unerwarteten Perspektiven.
- **Gentechnik**: Diagnostik, Ersatzorgane

noch: **Med. Revolution Mitte des 20. Jh.**

**Schwerstkranke wurden vor dieser Revolution fast ausschließlich pflegerisch und palliativ behandelt.** Jedoch brachte es die rasante Entwicklung der modernen Medizin mit sich, dass die Palliativ-Medizin in den Hintergrund trat und hauptsächlich Lebens-erhaltende Medizin betrieben wurde.

Erstes **Sterbehospiz** im modernen Sinne in England 1967: St. Christophers.

Breite Entwicklung der Hospize in den USA in den 1970er Jahren, initiiert von Elisabeth Kübler-Ross.

1. dt. Hospiz 1986 in Aachen, 1. Kinderhospiz in DE 1998 in Olpe, Franziskanerinnen.

Heute in DE > 200 stationäre Hospize und > 300 Palliativ-Stationen in Krankenhäusern.

1992 Gründung des Deutsche Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)

1997-2010 staatl. Finanzierung der Hospize: Dt. Bundestag §39a SGB V = Sozialgesetzbuch. Aufnahme auch in die GKV = gesetzl. Krankenversicherung

Palliativ-Medizin ist viel weiter gefasst als Sterbe-Medizin!

1. Palliativ-Station in DE: 1983 in Bonn mit 5 Betten.

**Seit 2007 gibt es in der BRD einen gesetzl. Anspruch auf eine spezialisierte palliative Behandlung.**

**Häufige Symptome bei Sterbenden** (S.62.1f)

- Nachlassender Appetit,
  - Gewichtsabnahme,
  - Einnahme nur kleiner Mahlzeiten und Flüssigkeitsmengen,
  - geringe Aktivität,
  - Schlafbedürfnis, schließlich Dämmerzustand,
  - Pat erliegt meist rasch einer Infektion.
- Bei schwerer Demenz: Unfähigkeit zu schlucken,
- Herzinsuffizienz u. Lungenemphysem: Kraftlosigkeit, Widerstand gegen Speisen,
- Tumorpationen bilden appetithemmende Stoffe.

---

---

**Schlimme Symptome bei Schwerstkranken und Sterbenden**

**»Jedes dieser Symptome kann zur alles dominierenden Qual bei Sterbenden werden! « (MdR, S.215.5f)**

- Schmerzen,
- Luftnot,
- unstillbarer Husten,
- Appetitlosigkeit, Widerwillen gegen Speisen,
- Übelkeit, Erbrechen
- Schluckauf,
- Durchfall, Verstopfung,
- Muskelzittern,
- Juckreiz,
- anhaltend nachlaufendes Bauchwasser,
- Angst, Verwirrtheit, Depression, Lethargie, Ruhe- und Schlaflosigkeit,
- Sorgen,
- ungelöste spirituelle Fragen.

**Lebensverlängernde Maßnahmen:**

- PEG, diese, u.a. müssen nach BGH Juli 2016 gesondert aufgeführt werden!
- Thromboseprophylaxe
- Dialyse
- Operationen (welche? ... und welche nicht?)
- längerfristige künstl. Beatmung
- Nachbehandlung nach REA: Hypothermie, Intensiv-Therapie,
- Antibiotika, wenn nicht rein palliativ. (Lungenentzündung nicht behandeln!)
- Bluttransfusion
- Empfang von Organen oder Geweben
- .....

**Notfallmaßnahmen, die weder lebensverlängernd noch palliativ sind, sondern u.U. unmittelbar lebensrettend. Welche will ich (nicht) ??**

- Cardiopulmonale REA, Näheres unter „Med. Revolution“, Seite 3,
- Schock-Behandlung (kardio-pulmonaler Schock), sonstige Maßnahmen,
- Elektroschock aufs Gehirn bei katatoner Starre (nicht bei Schizophrenie),

**Oft überflüssige Maßnahmen in der Notfall-Medizin:**

- S. 78.2: überflüssige Herzkatheter-Untersuchungen, Rö, CT, manche Arzneimittel.
- S. 71.3: Infusionen (Tropf) bei Notfall-Pat., sind oft reiner Aktionismus.

**Therapeutische Maßnahmen, die weder lebensverlängernd noch palliativ noch Notfall-medizinisch lebensrettend sind:**

- Elektroschock aufs Gehirn bei Schizophrenie, (außer bei katatoner Starre)
- ... ..

**Palliativ-Maßnahmen = nicht lebensverlängernd = Basispflege**

- siehe alle unter „Symptome Schwerstkranker und Sterbender“
- Schmerzmittel, ggf. Morphin
- Mittel gegen Atemnot, Sorge für freie Atemwege,
- Krampflösende Mittel
- allgemeine Pflege: auch gegen Liege-Geschwüre, Mund-Pflege, ...
- Flüssigkeit ? (Die Pat. bei MdR verdursten nicht, sondern verhungern)
- .....



## „Wachkoma“ = Apallisches Syndrom = vegetativer Status

Wikipedia: in DE > 10 000 Betroffene, jedes Jahr > 1000 Neue.

MdR S.184.5f: »Der Patient wäre ohne die moderne Medizin nicht in den **vegetativen Zustand** geraten. «

S.162.1, S.165.1: Meist können die „Wachkoma“-Pat. **spontan atmen** und haben einen **stabilen Kreislauf**. **Zyklisches Öffnen und Schließen der Augen** wie in einem Schlaf-Wach-Rhythmus.

S.172.5: bei Pat im veg. Status sind **Darm und Blase inkontinent**, die Verdauung funktioniert aber. [www.gesundheit.de](http://www.gesundheit.de): Pat kann nicht essen und nicht trinken und muss künstl. ernährt werden. (JFH: also meist PEG)

S.166.3: **Bewegungen beim Wachkoma-Pat**: Kauen, Zähneknirschen, Schlucken, Augenrollen, Bewegungen der Gliedmaßen, zielloser Greifreflex, Mimik, Grunzen, Stöhnen, Tränenfluss, oft nachweisbar: Pupillen-Reflex und Corneal-Reflex, Lärm und Hitze rufen Erregungs-Zustand hervor: +Atemfrequenz, +Grimassen, +Bewegungen der Gliedmaßen, vermehrter Greifreflex.  
MdR behauptet: Wachkoma-Pat haben keine Schmerz-Empfindung und keine Leidenserfahrung.

S.167.4f: **Wachkoma**: Bisweilen Aussprache eines einzelnen, immer wiederkehrenden Wortes ohne Zusammenhang. **Nicht vereinbar** mit der Diagnose des Wachkomas sind: Gezielter Greifreflex, zielgerichtete Handlungen, unterscheidende Wahrnehmung, kommunikatives Verhalten, reproduzierbares Lächeln, Sprache. Diese Verhaltensweisen deuten auf die Wiederkehr des Bewusstseins hin, wenn ggf. auch in sehr engen Grenzen.

MdR S.176.3: Minimal Conscious State **MCS** ist nach MdR streng von veg. Status zu trennen, da die Prognose beim MCS wesentlich besser ist.

**Laut Wikipedia sind die Übergänge aber fließend.**

**MCS**: Pat verfügt trotz schwerster Behinderung über Wahrnehmung seiner selbst und seiner Umgebung. Leistet einfachen Aufforderungen Folge, gibt verbale oder gestische ja/nein-Antworten, spricht verständlich, agiert zielgerichtet, Antworten auf Umgebungsreize, die keine Reflex-Antwort sind.

S. 168.3 Vom veg. Zustand zu unterscheiden sind: • MCS; • lebenslange schwere Behinderung mit erhaltenem Bewusstsein, einschl. Demenz; • Locked-in Syndrom; • das „einfache“ Koma; • der Hirntod.

S.170.4: **Beim Hirntod** sind auch die Funktionen des Stammhirns und des Kleinhirns total und irreversibel ausgefallen. Hirntote atmen nicht spontan. Ihr

noch: **Wachkoma** ..... Leben kann durch ggf. nötige künstl. Beatmung nur wenige Wochen aufrecht erhalten werden.

S.159.5: #Pat, die sich nach 1 Jahr Wachkoma noch erholen < 1%

S.165.5 Sind die somato-sensorisch evozierten Potentiale über 4 Wochen hinweg nicht auslösbar, so ist die Wahrsch. für eine Erholung des Pat. praktisch = 0.

S.171.2: Def.: „persistierender veg. Status“ = nach 4 Wochen ;  
„permanenter veg. Status“ = nach 12 oder 6 Monaten, je nach Ursache:  
traumatisch oder. durch Sauerstoffmangel oder Unterkühlung.

S.171.4: Wiedererlangung des Bewusstseins < 1 ‰ a) nach Trauma nach > 12 Monaten; b) nach Sauerstoffmangel schon nach 3 Monaten.

S.171.5: Sind bei hypoxischer Ursache 3 Tage nach dem auslösenden Ereignis weder Pupillenreflex noch Cornealreflex auslösbar und ..., so ist mit > 99% ein permanenter veg. Status zu erwarten.

S.173.5: Der veg. Stautus „erfreut sich“ 20 – 40% Fehldiagnosen.

S.176.5: Pat. mit MCS (Minimal Conscious State) haben eine größere Chance auf Besserung als Pat. im veg. Status

### Passive vs. aktive Sterbehilfe

**1. Passive Sterbehilfe**, S.251.3: Behandlungs-Abbruch oder Nicht-Aufnahme lebensverlängernder Maßnahmen (Beatmung, Dialyse, PEG, ...)

??? **Beihilfe zum Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit** ???

Was ist, wenn das dem Willen des Pat. entspricht / nicht entspricht?

**2. Indirekte aktive Sterbehilfe**, S.251.4: Inkaufnahme von Lebensverkürzung bei Gabe sehr hoher Dosen von Schmerzmitteln

**3. Beihilfe zur Selbsttötung**, S.252.1: Die letzte Handlung wird vom Patienten selbst vollzogen.

**4. Direkte aktive Sterbehilfe**, S.252.2, S.253.5 = Einzige strafbare Form der Sterbehilfe = §§211, 212, 216 StGB.

S. 252.3: Gegenbeispiel, LG Ravensburg 1986, nachfolgend BGH: Ehemann stellt das Beatmungsgerät ab, gegen den Willen des Arztes, aber auf Wunsch der Ehefrau = nicht strafbar!

S.254.1: Krasses Beispiel strafbar :: nicht strafbar des **RA Putz**, s. Putz & Steldinger. Strafbarkeit des Abstellens der Beatmung hängt vom Motiv des Täters und vom ggf. vorab geäußerten Willen des Pat. ab.

S.264.5ff dt. ärztl. Standesethik (wo steht das?) erlaubt die ärztl. Beihilfe zum Suizid nicht. Statt dessen besser: „Charta zur ärztl. Berufsethik“ von 2002.

**PEG (Sonden-Ernährung durch die Bauchdecke) MdR, S. 65ff**

- Schwere **Unruhe-Zustände** (50%),
- daher häufig **Fixation** des Pat.,
- Pat. versuchen oft, die **Sonde heraus zu reißen**,
- 50% bekommen eine **Lungenentzündung**, verursacht durch die Sonden-Nahrung, die durch die Speiseröhre zurückfließt und in die Luftröhre gelangt,
- Oft muss die Sonden-Nahrung aus Mund und Nase **abgesaugt** werden.
- Sonden-Ernährung führt **nicht zu Gewichtszunahme**,
- **nicht zur Verbesserung des Befindens** der Pat.,
- **nicht zur Verringerung der Zahl von Druckgeschwüren**,
- jedoch zur **Verkürzung der Lebenszeit**,
- und **zu mehr Infektionen** u.a. Komplikationen.

**PEG Prävalenz 140 000, Inzidenz 80 000/a** in DE. Putz & Steldinger: Etwa 400 000 Menschen werden in DE am Ende ihres Lebens über eine PEG versorgt.

**MdR S. 60.5:** S. 64.1: Alternativen zur PEG: Schlauch durch Nase oder Vene. **Nasensonde** zur künstl. Ernährung geht nur vorübergehend. **Vene?**

**MdR S.62.3ff »Verringerte Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit und entspr. Auszehrung sind natürliche Vorgänge im natürl. Sterbeprozess.«**  
**S.63.4 »... und erleichtern der Sterbeprozess « !!**

S.63.4: »Die meisten Pat., die eines natürlichen Todes sterben, leiden im Endstadium nicht unter Schmerzen. Flüssigkeitsverarmung ist weder schmerzhaft noch ein Zustand, der mit Unruhe o.a. unangenehmen Empfindungen einhergeht. Im Gegenteil: Vieles spricht dafür, dass die Natur auf diese Weise lindernd in den Sterbeprozess eingreift.«

MdR S.64.4f: Pat. mit PEG leben nicht länger als ohne. (etwas unklar!)

MdR S.257.4: Gewollter Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit: In seltenen Fällen tritt todesnah ein Unruhe- und Verwirrheitszustand ein = Delirium.

MdR S179.3: Die PEG ist ein ärztl. Eingriff, also zustimmungspflichtig.

**BGH, Kemptener Urteil, 13.9.1994:** Künstl. Ernährung kann auch dann eingestellt werden, wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht und dies dem Pat.-Willen entspricht.

**BGH, Fall Fulda, 25.6.2010:** Selbstbestimmungsrecht des Pat. geht den ethischen Bedenken des Pflegepersonals vor.

## MdR Protokoll

- S.32.3 Aussichtsloses ärztl. Handeln ist vom Pat. nicht einforderbar.
- S.35.4 MdR.: »So konnte es nicht ausbleiben, dass der starre Blick auf Organe und Teilsysteme des Körpers den ärztl. Auftrag, für ein friedliches Lebensende zu sorgen, sich in sein Gegenteil verkehrte: **Ein für viele Patienten grausames und qualvolles Sterben.** «
- S.36.1-3 Kostendruck: paradoxe Folgen: Einerseits verkürzte Liegezeiten, andererseits werden Patienten kränker gemacht als sie sind (so JENS BAAS, Chef der TKK, am 30. Okt.2016 in der Frankfurter Allgemeinen)
- S.48.4ff Mist über Hirntod. MdR behauptet, ein Hirntoter sei tot.
- S.68.2 MdR.: Angehörige wissen besser als die Ärzte, was für Schwerkranke und Sterbende gut ist.
- S.73.4 med. Innovationen, neue AM und Heilverfahren, sind oftmals überflüssig, weil Gleichgutes bereits verfügbar ist. Pseudo-Innovationen, Pharma-Industrie.
- S.180.3: „Der Betreuer hat **Garantenstellung** für den Patientenwillen, d.h., er ist nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, den Willen des Patienten mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln durchzusetzen.“
- S.69.5: »Das Recht auf Selbstbestimmung des Pat. wiegt, zumal im Sterbeprozess, schwerer als die Pflicht [der Ärzte] zur Lebenserhaltung.
- S.195.3 Ein Chefarzt sagt: „Die PV interessiert mich nicht!“
- S.195.5 »Der gute Arzt – ein Phantom? Manch ratloser und verzweifelter Patient mag den Eindruck haben, die Suche nach einem guten Arzt gleiche der Suche nach einer Stecknadel im Heuhaufen, zumal wenn er zur Kenntnis nehmen muss, das kaum eine Woche vergeht mit immer neuen Medienberichte über inkompetente und gewissenlose, gar kriminelle Ärzte, ja mafiöse Ärzte-Netzwerke. «
- S.190.4 und S.207.2: WOLFGANG BOSBACH wollte die Gültigkeit einer PV auf den unumkehrbar tödlichen Verlauf einer Erkrankung einengen und auf den Fall, dass der Patient mit an Sicherheit grenzender Wahrsch. trotz Ausschöpfung aller medizinischen Möglichkeiten das Bewusstsein niemals wiedererlangen wird (sog. Reichweitenbegrenzung), kam damit aber nicht durch. MdR: »Zirkelschluss «. PV-Gesetz 1990: Der Patientenwille gilt immer!
- S.216.1: Tumor- und AIDS-Patienten waren die Ersten und für lange Zeit die Einzigsten, denen eine palliative Behandlung zuteil wurde.
- S.219.5: „Die Lungenentzündung ist ein Freund des alten Menschen“.

**noch: MdR Protokoll**

S.221.4: Unterscheide zwischen sinnvoller Lebensverlängerung und qualvoller Sterbeverzögerung.

S.258.5: Verkürzung der Lebenszeit durch Schmerzmedikamente: BGH 1996 „Dolantin-Fall“: Der Pat. hat das Recht, Lebensqualität über Lebenszeit zu stellen.

S.264.2: Die Rechtsprechung hat sich aber auch dahingehend entwickelt, dass der Arzt nicht nur **Garant** ist für das Weiterleben des Patienten, sondern auch für die Umsetzung seines Willens ist. Der Arzt hat den in einer PV niedergelegten Willen umzusetzen, unabhängig von der Möglichkeit, sein Leben zu erhalten.

S.179.2: Auch der *mutmaßliche* Wille eines Pat. ist verbindlich.

**Letzteres ist zwar jetzt geltendes Recht, halte ich [JFH] aber für sehr problematisch.**

**BGH, Fall Chemnitz, 17.9.2014:** Früher mündlich geäußelter Wille des Pat. gilt auch dann, wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht.

– Ende meines Protokolls des Buches von Michael de Ridder«

„Wie wollen wir sterben“ –

[joachimhornung@gmx.de](mailto:joachimhornung@gmx.de)