

2. Ausgabe 2001

D 13899 F

ISSN 1434-280

Juni 2001

Medizin im Dialog

ZB MED

Übersichten • Aktuelles • Kommentare

Nutzen und Grenzen der
Patientenverfügung aus
rechtlicher Sicht

Teil 1
K. Fehn

1

Sterben in Würde – aus
Sicht der ärztlichen Praxis

M. Weber

7

Medizinische Fehler,
Patientenrechte,
Sicherheitsmanagement

A. Lechleuthner

11

Klinisch relevante
Arzneimittelinteraktionen

Teil 4
W. Kämmerer

15

NEU! SEPSIS IM DIALOG

Diagnostik und Therapie der
disseminierten intravasalen
Gerinnung bei Sepsis

U. Leonhardt, L. Engelmann

I-VI

Reanimation im Kindesalter

H. Stopfkuchen

20

Aktuelle Probleme der Aller-
giediagnostik und -therapie

G. Schultze-Werninghaus

23

Literaturbericht
Prophylaktische Gabe
von Antibiotika nach
Instrumentierung der
ableitenden Harnwege

H.-T. Panknin, F. M. E. Wagenlehner,
K. G. Naber

31

Buchbesprechung
Pulmonale Hypertonie

H. Löllgen

33

Internet:

Tips und nützliche Adressen

34

Nutzen und Grenzen der Patienten- verfügung aus rechtlicher Sicht

Teil 1

K. Fehn

Dr A
3500
ZB MED

Einführung und Problem- stellung

In der medizinischen Technik waren in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten erstaunliche Fortschritte zu verzeichnen. Neben den ohne Zweifel bemerkenswerten Erfolgen, die mit dieser sog. Apparatemedizin erzielt werden können, bringt diese aber auch die ethisch-moralisch umstrittene Möglichkeit mit sich, Patienten weit über den Punkt hinaus am Leben zu halten, in dem sie noch in der Lage sind, ein selbstbestimmtes und bewußtes Leben zu führen. Akers¹ hat dies plakativ als die Beatmung eines Leichnams bezeichnet. Damit wird der Tod zu einer Frage der zeitlichen Festlegung durch den Menschen, zu einer Variablen in der Hand des Arztes.² Diese Entwicklung hatte der Weltärztebund in seiner Erklärung aus dem Jahr 1968 in Sydney schon befürchtet und abgelehnt. Die Problematik lebenserhaltender Maßnahmen steht schon seit längerer Zeit in der öffentlichen Diskussion und kann wohl als juristischer, medizinischer und gesamtgesellschaftlicher „Dauerbrenner“ bezeichnet werden – spätestens seit dem US-amerikanischen Rechtsstreit aus dem Jahr 1976 um die Abschaltung des Respirators der 19jährigen, im Koma liegenden Patientin Karen Ann Quinlan in New Jersey.³ In diesem Fall gestattete das Gericht auf Antrag des Vaters der Patientin die Abschaltung der Geräte. Zur Überraschung aller Beteiligten atmete die Patientin jedoch danach selbständig weiter. Mit Hilfe

künstlicher Ernährung wurde sie dann fast zehn Jahre lang in einem *permanent vegetativ state* erhalten, bevor sie starb – ohne jemals wieder aus dem Koma erwacht zu sein. Das Gericht stellte hier fest, daß nicht nur einwilligungsfähige, sondern gleichermaßen einwilligungsunfähige Patienten das Recht haben, lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen.

Damit sind die beiden juristischen Kategorien von Patienten, die der medizinische Alltag aufweist, angesprochen: der einwilligungsfähige und der nicht (mehr) einwilligungsfähige Patient. Ersterer kann nach ordnungsgemäßer Aufklärung in eine medizinische Heilbehandlung einwilligen oder diese ablehnen. Wird eine invasive medizinische Heilbehandlung ohne die Einwilligung des Patienten durchgeführt, macht sich der behandelnde Arzt – schon seit der Rechtsprechung des Reichsgerichts – nach herrschender Meinung gemäß § 223 StGB wegen Körperverletzung strafbar, selbst wenn die Maßnahme *lege artis* durchgeführt worden und erfolgreich gewesen ist. Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist die ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten durch den Arzt. An die Aufklärung hat die Rechtsprechung strenge Anforderungen gestellt.⁴

Bei der Einwilligung kommt es auf den tatsächlichen Willen des Patienten an. Vom tatsächlichen Willen eines Menschen spricht man, wenn er diesen ausdrücklich erklärt hat und zum Zeitpunkt der Erklärung in der Lage