

neimittelrechtlich korrekten Vorgängen".¹⁰⁾ Die behördlich genehmigte Fachinformation diene danach als sichere Grundlage für die zur Verschreibung und Abgabe Berechtigten. Aussagen, die in der Fachinformation keine Deckung fänden, sollten gegebenenfalls zunächst im Wege einer Änderung Eingang in den genehmigten Text (der Fachinformation etc) finden und erst danach ausbeworben werden dürfen. Ansonsten würde das Zulassungsverfahren im Umweg über die Werbevorschriften durch die Zulässigkeit von über die genehmigten Texte (der Fachinformation etc) hinausgehende Aussagen relativiert. Dies zu verhindern sei der Zweck der eingangs wiedergegebenen klarstellenden Änderung in § 50a Abs 3 Z 3 AMG.¹¹⁾

2. Analyse der Änderung

Auch ohne die mit dieser jüngsten AMG-Novelle eingeführte Änderung des § 50a Abs 3 Z 3 AMG erklärte der OGH allerdings bereits die in der oben zitierten „Kontrazeptiva“-E zu beurteilenden Werbeaussagen als gem § 50a Abs 3 Z 3 AMG iVm § 1 UWG (aF) bzw § 85 AMG unzulässig.¹²⁾

In dieser E ging es um die ausschließlich an ein Fachpublikum gerichtete Werbung für ein Kontrazeptivum, in der bestimmte positive Wirkungen („unbeschwerte Zyklen bzw keine Zwischenblutungen“, „positiver Effekt auf Haut und Haare“, „keine Libidoänderungen“, „stimmungsaufhellend“) des Präparats blickfangartig herausgestellt wurden. In großteils kaum lesbaren Fußnoten wurde hierzu auf die Ergebnisse von Anwendungsbeobachtungen¹³⁾ verwiesen. Die Fachinformation des Kontrazeptivums erwähnte diese Wirkungen nicht, nannte hingegen die folgenden „sehr häufigen“ bis „gelegentlichen“ Nebenwirkungen: Zwischen- und Schmierblutungen, Akne, Haarausfall, Libidoänderungen, depressive Verstimmungen.

Im Einklang mit den „Micardis“- und „Diovan“-E¹⁴⁾ führte der OGH zunächst aus, dass allein der Umstand, dass die beworbenen Wirkungen nicht in der Fachinformation genannt seien, noch keinen Verstoß gegen § 50a Abs 3 Z 3 AMG (idF BGBl I 2005/135) begründe. Zu beurteilen sei vielmehr, ob die Werbeaussagen in einem sachlichen Widerspruch zur Fachinformation stünden. Vorliegend ging der OGH davon aus, nicht unerhebliche Teile der angesprochenen Kreise würden die Werbung dahingehend verstehen, dass die in der Fachinformation beschriebenen Nebenwirkungen tatsächlich nur seltener eintreten. Damit stand für den OGH dieses Verständnis in einem sachlichen Widerspruch zu den Angaben der Fachinformation über die teilweise beträchtliche Häufigkeit von Nebenwirkungen, die den angekündigten Wirkungen diametral entgegenstanden. Den Einwand der Beklagten, die betreffenden Werbeaussagen seien wahr, erklärte der OGH demgegenüber für nicht maßgeblich. Bereits nach dem Wortlaut des § 50a Abs 3 Z 3 AMG (aF) komme es bei dieser Vorschrift allein auf die Vereinbarkeit zwi-

sehen Werbung und Fachinformation an, nicht aber (auch) auf die sachliche Richtigkeit der Werbung. Für diese Ansicht führte der OGH ua das folgende teleologische Argument ins Treffen:

Die Fachinformation solle danach den Angehörigen der Gesundheitsberufe jene Informationen bieten, die sie für die Verschreibung oder Abgabe der dokumentierten Arzneispezialität benötigen. Dafür müsse sie einen gesicherten, dh im Zulassungsverfahren dokumentierten und geprüften Inhalt haben. Die Werbebeschränkung des § 50a Abs 3 Z 3 AMG (aF) solle (auch) verhindern, dass die Fachinformation als sichere Grundlage für die Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln und damit auch das Zulassungsverfahren selbst durch eine damit nicht vereinbare Werbung relativiert werde. Daher könne es nicht auf die allfällige Richtigkeit (eines bestimmten Verständnisses) der Werbung ankommen.¹⁵⁾ Soweit ein Widerspruch mit der Fachinformation vorliege, sollten wissenschaftlich strittige Fragen nach der Wertung des Gesetzes gerade nicht im Wettbewerbsprozess geklärt werden. Vielmehr müsse der Werbende zunächst eine Änderung der Fachinformation erwirken.¹⁶⁾

Die jüngste AMG-Novelle dient damit dem gleichen Ziel wie jenes, welches auch der OGH in seiner „Kontrazeptiva“-E durch Interpretation des § 50a Abs 3 Z 3 AMG (aF) bereits erreicht hat. Wie allerdings der Vergleich der beiden E „Diovan“ und „Kontrazeptiva“ deutlich macht, wollte der Gesetzgeber mit der nunmehr vorgenommenen Änderung („nicht [...] vereinbar sind oder über diese hinausgehen“) sicherstellen, dass nicht nur solche Werbeaussagen als unzulässig beurteilt werden, die in einem (klaren) sachlichen Widerspruch zur Fachinformation stehen,¹⁷⁾ sondern darüber hinaus auch solche Werbeaussagen, die sich, auch ohne einen sachlichen Widerspruch zur Fachinformation, in dieser lediglich nicht wiederfinden lassen. Somit hat der Gesetzgeber in der oben angeführten OGH-Judikatur¹⁸⁾ vertretenen Auffassung, wonach die vorausgegangene Änderung des § 50a Abs 3 Z 3 AMG von „im Widerspruch zur“, „nicht mit [...] vereinbar“ irrelevant sei und nach wie vor (allein) ein sachlicher Widerspruch zur Fachinformation (etc) zu verlangen sei, dezidiert widersprochen und diese Judikaturlinie mit der neuesten Änderung zugleich beendet.

10) Vgl die Erläut zu BGBl I 2009/63.

11) Vgl nochmals die Erläut zu BGBl I 2009/63.

12) OGH 13. 11. 2007, 4 Ob 174/07 b, Kontrazeptiva, ÖBl-LS 2008/42.

13) Nach heutiger Terminologie: nicht-interventionelle Studien.

14) OGH 22. 5. 2007, 4 Ob 58/07 v, Micardis, ÖBl-LS 2007/178; OGH 12. 6. 2007, 4 Ob 78/07 k, Diovan, ÖBl-LS 2007/169.

15) OGH 13. 11. 2007, 4 Ob 174/07 b, Kontrazeptiva.

16) OGH 13. 11. 2007, 4 Ob 174/07 b, Kontrazeptiva, mwN.

17) Wie in der „Kontrazeptiva“-E des OGH, 13. 11. 2007, 4 Ob 174/07 b.

18) OGH 22. 5. 2007, 4 Ob 58/07 v, Micardis, ÖBl-LS 2007/178; OGH 12. 6. 2007, 4 Ob 78/07 k, Diovan, ÖBl-LS 2007/169; OGH 13. 11. 2007, 4 Ob 174/07 b, Kontrazeptiva, ÖBl-LS 2008/42.

liche Verschärfung des bestehenden Werbeverbots. Klargestellt wird mit dieser Novelle insb auch, dass nunmehr jede Bewerbung etwa einer nicht zugelassenen

nen und daher nicht in der Fachinformation enthaltenen Indikation (Stichwort: „Off-label-Use“) jedenfalls unzulässig ist.

Der Verhaltenscodex des Verbands der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig), der Pharmig-VHC, enthält in seinem Arzneimittelwerbung betreffenden Art 5 keine mit § 50a Abs 3 Z 3 AMG (in der alten oder der neuen Fassung) vergleichbare Bestimmung; der Pharmig-VHC ist demnach weniger streng als das AMG. Allerdings sind gem Art 13 Pharmig-VHC Verstöße gegen Bestimmungen des Abschnitts V AMG (Werbebeschränkungen) auch Verstöße gegen den Pharmig-VHC. Eine § 50a Abs 3 Z 3 AMG zuwiderlaufende Arzneimittelwerbung verstößt daher immer zugleich auch gegen den Pharmig-VHC und kann somit auch unter diesem sanktioniert werden.

→ Zum Thema

Über die Autorin:

Dr. Maren Jergolla, LL.M. (Cambridge), Rechtsanwältin (RAK Karlsruhe), ist Senior Associate bei Wolf Theiss Rechtsanwälte in Wien. Kontaktadresse: Wolf Theiss Rechtsanwältin GmbH, Schuberting 6, 1010 Wien. Tel: (01) 515 10-5090, Fax: (01) 515 10-665 090, E-Mail: maron.jergolla@wolftheiss.com, Internet: www.wolftheiss.com

Von derselben Autorin erschienen:

Jüngste OGH-Judikatur zur vergleichenden Werbung von Arzneimitteln, MR 2007, 90 (Co-Autor: Georg Kresbach); Der neue Pharmig-Verhaltenscodex und die Werbung für Arzneimittel, RdM-O&G 2008/2.

Literatur:

Dieters/Reese (Hrsg), Handbuch des Pharmarechts, erscheint 2010 bei C.H. Beck, München; im Österreich-Teil Co-Autorenschaft der Autorin (gemeinsam mit Georg Kresbach)

Behandlungsablehnung trotz vitaler Indikation

RdM 2010/4

Sachverhalt

Herr P. ist kein einfacher Patient. Sein Fall berührt Themenbereiche, die wir im neuen Studienplan an der Uni behandeln: Recht, Ethik, Ethnomedizin. Ich bin Medizinstudent im fünften Jahr und traf Herrn P. auf einer kardiologischen Abteilung, wo er Anfang März wegen Atemnot und Bluthochdrucks aufgenommen wurde. Er wurde Anfang der 60er Jahre in Zentralafrika geboren, kam als junger Mann nach Europa, arbeitet im Benelux-Raum und hat Familie in Wien.

Der Patient präsentiert sich bei der Aufnahme mit mehreren Symptomen: Er wurde vor Kurzem aufgrund eines Katarakts an beiden Augen operiert, dennoch ist er beinahe blind. Sein Blutdruck ist vollkommen entgleist, bei Aufnahme und in den folgenden Tagen entwickelt er Druckwerte um 200/100 mmHg.

Als Hauptprobleme kristallisieren sich eine Niereninsuffizienz unbekannter Ursache und eine Anämie mit Hb (Hämoglobin) ~9,5 g/dL heraus. Ein exorbitant hoher proBNP-Wert (Marker zur Bestimmung einer Herzinsuffizienz) bestätigt trotz eingeschränkter Beurteilbarkeit aufgrund der Niereninsuffizienz das allgemein schwere Krankheitsbild. Auskultatorisch und im Thoraxröntgen zeigen sich ein Lungenödem, Pleuraergüsse und Zeichen einer entzündlichen Verdichtung.

Herr P. durchläuft in den folgenden Tagen einige Untersuchungen, wobei die zugrunde liegende Erkrankung nicht identifiziert werden kann. Eine Nierenbiopsie, die wichtigste Untersuchung zur Diagnose einer der Niereninsuffizienz zugrunde liegenden Erkrankung, wird vom Patienten trotz wiederholter ausführlicher Aufklärungsgespräche durch mehrere ÄrztInnen kategorisch abgelehnt.

Ich habe einige Gespräche mit Herrn P. geführt und lernte ihn als sehr freundlichen und intelligenten Menschen kennen. Er spricht fließend Französisch, Englisch und gebrochen Deutsch. Die Kommunikation auf der Station erfolgte vorwiegend auf Deutsch.

In diesen Gesprächen fiel es ihm nicht immer leicht, seine Ansichten und Überzeugungen zu artikulieren und zu argumentieren. Zum einen aufgrund der Sprachbarriere, zum anderen wohl aufgrund seines soziokulturellen Hintergrunds. Obwohl er merklich versuchte, unsere analytische, problemorientierte Denkweise in der Medizin anzunehmen, stieß er doch einige Male an die Grenzen der Vereinbarkeit mit seiner Überzeugung.

In der vierten Nacht nach Aufnahme verstärkt sich seine Anämie und fällt auf Hb 7,5 g/dL. Ein Hb von unter 8 g/dL ist akut behandlungsbedürftig, ein Hb unter 5–6 g/dL lebensbedrohlich. Außerdem hat eine derartige Anämie einen negativen Einfluss auf die Genesung und den Allgemeinzustand des Patienten. Die behandelnden ÄrztInnen ordnen eine neuerliche Blutabnahme an und planen die Transfusion von Blutkonserven im Falle eines weiteren Abfalls des Hb. Herr P. lehnt sowohl die Blutabnahme als auch die Bluttransfusion kategorisch ab, nennt aber keine konkreten Gründe. Auch die ausführliche Erklärung der möglichen Konsequenzen ändert daran nichts. Es erfolgt vorerst keine Blutbildkontrolle und die Anämie bleibt unbehandelt.

Auch im persönlichen Gespräch mit Herrn P. konnte ich später nicht herausfinden, warum er die Transfusion generell nicht in Anspruch nehmen wollte. Es war zwar eindeutig spürbar, dass ihm die Aufregung, die er verursachte, sehr unangenehm war, er betonte jedoch immer wieder, dass er es „nicht mit seinem Gewissen vereinbaren könnte“.

Am nächsten Tag erklärt ihm die stationsführende Ärztin während der Visite, er möge mithilfe einer Person seines Vertrauens (Herr P. war praktisch blind) eine Patientenverfügung aufsetzen, in der er seine Weigerung schriftlich zum Ausdruck brächte. Ansonsten sehe man sich möglicherweise gezwungen, ihn im Falle einer Bewusstlosigkeit mit Blutkonserven zu behandeln. Die Vorlesungen über Medizinrecht noch vage im Kopf merke

→ In Kürze

In der Konsequenz bedeutet die jüngste Änderung des § 50a Abs 3 Z 3 AMG durch BGBl I 2009/63 eine deut-

ich nach der Visite an, dass eine mündliche Weigerung eigentlich ausreichen müsste. Diese Ansicht wird von keiner der anwesenden ÄrztInnen geteilt.

Herr P. verfasst keine Patientenverfügung. In den darauffolgenden Tagen steigt sein Hb wieder an, der Ernstfall tritt glücklicherweise nicht ein.

In der weiteren Diskussion mit ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen zeigte sich, dass auch sie gehandelt hätten wie die behandelnden ÄrztInnen von Herrn P. Um mehr Klarheit in diese Diskussion zu bringen, trat ich in Verbindung mit der juristischen Fakultät.

Cand. med. Andreas Mangold,
Univ.-Klinik für Chirurgie, Med Uni Wien

Medizinische Stellungnahme

Aus praktisch-ärztlicher Sicht lassen sich mehrere Problemereiche identifizieren:

Ein gewisses Informationsdefizit bei ÄrztInnen im Klinikalltag ist wahrscheinlich und nachvollziehbar. Vor allem im hospitalen Bereich wäre hier wohl der Arbeitgeber gefordert, relevante Gesetzesänderungen verbindlicher zu kommunizieren.

Des Weiteren drängen sich ethische Fragestellungen auf. Das Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen ist unbestritten. Aus der Fähigkeit zu helfen dürfen ÄrztInnen nicht das superiore Recht dazu ableiten noch dürfen ÄrztInnen sich oder ihre Handlungen als moralisch übergeordnete Instanz verstehen. Kann jedoch eine intakte Urteilsfähigkeit angenommen werden, wenn eine Behandlungsverweigerung eines nicht letal erkrankten Menschen de facto in eine suizidale Handlung mündet? Und kann es einer behandelnden ÄrztIn zugemutet werden, eine solche Entscheidung mitzutragen?

Es stellt sich in den modernen Zeiten der Absicherungsmedizin die Frage der Rechtssicherheit der ÄrztInnen. Wie sieht eine ausreichende Dokumentation aus? Müssen sich ÄrztInnen für jene Maßnahmen entscheiden, die im Fall einer Klage die milderen Folgen haben?

ao. Univ.-Prof. Dr. Julia Mascherbauer,
Universitätsklinik für Innere Medizin II, Med Uni Wien

Medizinethische Stellungnahme

Zu den geradezu typischen, zunehmend häufiger anzutreffenden schwierigen Situationen im konkreten medizinischen Alltag zählen zweifellos jene, in denen einem grundsätzlich möglichen Handeln die Ablehnung von Patienten¹⁾ gegenübersteht.

Nach der lange Zeit paternalistisch gefassten Situation, in der der Patient jede Therapie schweigend zu erdulden hatte, über jene Jahre, in welchen der Patient volens volens zumindest in Bruchstücken aufgeklärt wurde, bis hin zum derzeitigen Verständnis, das die Selbstbestimmung des Patienten als Schutzrecht tatsächlich auf dem Wege einer informierten Zustimmung zum Maßstab unseres therapeutischen Handelns geführt hat,²⁾ spannt sich ein weiter Weg des Umdenkens, der nicht überall in der gleichen Intensität oder mit der gleichen Geschwindigkeit und natürlich auch nicht allerorts mit der gleichen Begeisterung rezipiert wurde.

Die typischen Ausläufer der Beharrungstendenz lassen sich in vielen Bereichen und so auch im konkreten Fall aufzeigen.

So zählt es immer noch zu den großen Unarten, bei Ablehnungen von Patienten, die mit einer klaren Folgenabschätzung und nach reiflicher Überlegung einhergehen und welche bei sensibler Beobachtung auch keine psychische Einengung erkennen lassen, grundsätzlich seine „Urteilsfähigkeit“ in Frage zu stellen.

Die von *Napivotzky* pointiert formulierte Erkenntnis, wonach in der Praxis immer der Wille zur Behandlungsbegrenzung in Zweifel gezogen wird, nicht aber der Behandlungswille,³⁾ gilt dabei nicht nur für Therapeuten, bei denen ebenso die persönlichen Werthaltungen und Ängste mitspielen mögen, sondern auch für Patienten. Wieso wird oft nicht die Urteilsfähigkeit angezweifelt, wenn ein Patient einem Therapieangebot zustimmt, dessen Angebot auf verschiedenen Motiven beruht, aber bei ehrlicher Einschätzung naturwissenschaftlich auch nicht unbedingt zu überzeugen vermag? Beispielsweise berichten onkologische Patienten, die sich endlich durchgerungen haben, ein weiteres ihnen eben mit vielen Positiva angebotenes chemotherapeutisches Verfahren abzulehnen, davon, dass der Arzt das eben erst beworbene Verfahren plötzlich ebenfalls beipflichtend als nicht mehr so sinnvoll einschätzt. In diesen Fällen lässt sich doch vermuten, dass, abseits aller notwendigen Hoffnungen, die wahre Situation vielleicht nicht rechtzeitig thematisiert wurde.

Gänzlich zurückzuweisen ist allerdings die in manchen Stellungnahmen vertretene Ansicht, dass es den Ärzten nicht zumutbar sei, Entscheidungen des Patienten, die der durchaus wohlbegründeten Ansicht des Therapeuten widersprechen, „mitzutragen“. Natürlich müssen alle Zwiespälte, Gewissenskonflikte und Überzeugungen gewürdigt werden, da sie doch auch Ausdruck der menschlichen Anteilnahme und des notwendigen emphatischen Verhaltens darstellen. Dennoch erweist sich die Frage nach einer „Zumutung“ in der postpaternalistischen und selbstbestimmungsorientierten Gesellschaft als Unding. Aus diesem Ansatz heraus wäre nämlich anzunehmen, dass im lebensentscheidenden Augenblick wieder die ärztliche Wertorientierung vor derjenigen des Patienten gewichtet würde, womit die Wiederkehr von Zwangsbehandlungen oder zumindest einem forcierten Verschweigen von Risiken und Alternativen, um keine Ablehnung zu provozieren, am Horizont sichtbar wäre!⁴⁾

Hier, im konkret geschilderten Fall, aber auch öfters sonst im therapeutischen Alltag, findet sich damit eine pragmatische Falle: Der Umstand, dass aus naturwissenschaftlicher Sicht eine Handlung angezeigt wäre, sagt für sich genommen noch nichts über die wertorientierte Sinnhaftigkeit und das „Sollen“ des Handelns aus – beides gewichtige Aspekte, die wiederum nur in den individuellen Kontext eingebunden werden können! Auch scheint mitunter die Erkenntnis noch nicht ausreichend verankert, dass die wertvolle Fürsorge der ärztlichen Dienste die Selbstbestimmung keineswegs „übereunden“ kann: Dass – wie in einer Aussage der Beschreibung postuliert – jede sich ankündigende Bewusstlosigkeit bereits automatisch ein ärztliches Handeln erlaubt, verkennt dabei die Möglichkeiten von, aber auch die Sorge für Stellvertreter-Konstruktionen (Patientenverfügung bis Vorsorgevollmacht) und übersieht dabei insb die Notwendigkeit *rechtzeitiger* Gespräche! So zeigt sich in zahlreichen ethischen Anfragen, dass einige durchaus diffizile Probleme bei frühzeitigem und behutsamen Ansprechen die Dramatik der nun bestehenden Situation gemildert hätte!

Im Übrigen verkennt diese Auffassung auch völlig die Bedeutung des aktuell artikulierten Willens, mit dem ja auch sonst – etwa bei Operations- und Narkoseaufklärung – üblicherweise problemlos hantiert wird und der – ausreichend dokumentiert – wohl über jeden Zweifel erhaben bleibt.

1) Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird jeweils nur ein geschlechtsspezifischer Terminus verwendet. Das andere Geschlecht ist dabei selbstverständlich mitgemeint.

2) Vgl dazu näher *Peintinger*, *Ethische Grundfragen in der Medizin* (2008) 99 ff.

3) *Napivotzky/Student* (Hrsg.), *Was braucht der Mensch am Lebensende?* Ethisches Handeln und medizinische Machbarkeit (2007) 98.

4) Vgl dazu *Peintinger*, *Therapeutische Partnerschaft* (2003) 293 ff.

Dabei können, wie im konkreten Fall im Raum stehend, unterschiedliche kulturelle wie religiöse Haltungen und Wertorientierungen zwar die Plausibilität der Ablehnung besser verdeutlichen, keinesfalls aber dazu herangezogen werden, die grundsätzliche Berechtigung diesbezüglich bei irrtumsfreier Folgenabschätzung in Frage zu stellen. Ob dies im konkreten Fall angesichts der Lebensgeschichte des Patienten (überwiegendes Leben in Europa, Familie in Wien) tatsächlich in nennenswertem Ausmaß ausschlaggebend gewesen ist, darf bezweifelt, kann aber deshalb nicht ganz ausgeschlossen werden, da hier ein Defizit im Vorgehen oder zumindest im Fallbericht festgestellt werden muss. Wie mit den Worten „... nannte aber keine konkreten Gründe ...“ angedeutet, scheinen wohl des Öfteren zwar Gespräche über die Konsequenzen, nicht aber über die Begründungen dafür geführt worden zu sein. Es zählt zur medizinethischen Erkenntnis, dass die Frage nach dem „Warum“ von Handlungen und auch Handlungsablehnungen in der Medizin zu selten gestellt wird!

Da der Patient sich neben der deutschen Sprache auch fließend englisch und französisch verständigen kann, wird zudem jedwede Sprachbarriere als unzutreffend angesehen werden müssen. Freilich – und ohne die Problematik von Dolmetschdiensten und familiären Übersetzungshilfen zu verkenne – sollte gerade bei so sensiblen Bereichen und der Darlegung von Werthaltungen vorwiegend jene Sprache verwendet werden, welche es dem Patienten ermöglicht, sich für sein Verständnis befriedigend auszudrücken und nicht in erster Linie jene, welche dem Therapeuten geläufiger ist!

Anhand dieser blitzlichtartig vorgetragenen Aspekte lassen sich ua drei wesentliche Anmerkungen formulieren:

Erstens hätte es, wie anhand der Fallbeschreibung zu vermuten ist, durchaus noch hilfreich sein können, nach Ärztinnen und Ärzten zu suchen, denen sich der Patient in ruhigen und ohne Zeitdruck geführten Gesprächen möglicherweise leichter öffnet und vielleicht seine Begründungen dargelegt hätte.

Zweitens, da dem Patienten die „Aufregung unangenehm“ war, die aus seiner Berechtigung zur Therapieablehnung erwuchs, stellt sich die Frage, inwieweit für derart spezifische Situationen im therapeutischen Umfeld eine fachlich und moralisch qualifizierte Vorgehensweise vorgesehen ist. Es ist auch aus Gründen der menschlichen Betreuung in schwierigen Lebensphasen erforderlich, dass den Patienten keine zusätzlichen Hürden – von Ärger über Höflichkeit bis Angst vor Liebesentzug – erwachsen, die die Ausübung ihres wohlwollenen Entscheidungsrechts verhindern.

Drittens stellt es keineswegs bloß eine Sorge der Gesellschaft oder des Arbeitgebers – im Sinne einer Bringschuld – dar, dass medizinethische und medizinrechtliche Kenntnisse im Umgang mit aktuellem Willen, mutmaßlichem Willen und Stellvertreterkonstruktionen (Patientenverfügung, Sachwalterschaft, Vorsorgevollmacht) publik gemacht werden. Vielmehr sollte es – ebenso wie bei der fachlich unabhängigen Fortbildungsverpflichtung – auch selbstverständlich sein, rechtliche und moralische Kenntnisse zu erwerben und zu aktualisieren. Denn das gemeinsame Aushandeln eines therapeutischen Konzepts als genuin ärztliche Tätigkeit erfordert auch die diesbezüglich entsprechende Kompetenz. Diese erst kann, als Basis und Ergänzung aller naturwissenschaftlichen Fähigkeiten, das medizinische Handeln selbst dann zu einem umfassenden Heilungsgeschehen erweitern, wenn aufgrund der Ablehnung des Patienten aus therapeutischer Sicht nicht alle Optionen ausgeschöpft werden können.

Univ. Lektor OA Dr. Michael Peintinger,
FA für Anästhesie und Leiter des Referates für Ethik
der Ärztekammer für Wien

Juristische Stellungnahme

Der vorliegende Fall wirft ein Licht auf die Schwierigkeiten beim Umgang mit Patienten, die eine dringende indizierte (diagnostische und/oder therapeutische) Maßnahme ablehnen. Die rechtliche Beurteilung dieses Konflikts ist – zumindest im Prinzip – klar:

1. Behandlungsablehnung bei vitaler Indikation

Ist der (hier: erwachsene) Patient im Entscheidungszeitpunkt einwilligungsfähig, so bedarf die Behandlung seiner höchstpersönlichen Einwilligung. Dieser Grundsatz des „informed consent“ ist nicht nur verfassungs- und völkerrechtlich (Art 8 EMRK) sowie gemeinschaftsrechtlich (Art 3 Abs 2 EU-Grundrechtscharta) abgesichert, sondern in Österreich sogar strafrechtlich verankert: Nach § 110 Abs 1 StGB ist strafbar, wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt. Eine Ausnahme vom Erfordernis einer Einwilligung besteht nach § 110 Abs 2 StGB nur dann, wenn – vereinfacht formuliert – der mit der Einholung der Einwilligung verbundene Aufschub das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährden würde. Im Ergebnis inhaltsgleiche Regelungen finden sich in § 8 Abs 3 KAKuG, § 146 c Abs 3 und § 283 Abs 3 ABGB.

Mit dieser Regelung hat der österreichische Gesetzgeber das Spannungsverhältnis zwischen den Prinzipien der Selbstbestimmung und der ärztlichen Fürsorge im Konfliktfall zugunsten der Patientenselbstbestimmung entschieden: Auch medizinisch indizierte und lege artis durchgeführte, ja selbst lebensrettende ärztliche Maßnahmen bedürfen – sieht man von hier nicht relevanten Fällen des gesetzlichen Behandlungszwangs ab – der Einwilligung des Patienten. Sie sind jedenfalls unzulässig, wenn sie gegen den gültig erklärten Willen des (einwilligungsfähigen) Patienten erfolgen: Denn die Ausnahmebestimmung des § 110 Abs 2 StGB bzw § 8 Abs 3 KAKuG erlaubt eine Behandlung ohne Einwilligung zur Abwehr von Lebens- oder ernstlicher Gesundheitsgefahr nur dann, wenn der Patient einwilligungsunfähig ist; sie erlaubt aber nicht die Behandlung eines Patienten, der die Einwilligung (im Zustand der Einwilligungsfähigkeit) bereits rechtswirksam verweigert hat, und zwar auch dann nicht, wenn der Patient im Zeitpunkt der Behandlung (etwa wegen Bewusstlosigkeit) die Einwilligungsfähigkeit verloren hat.¹⁾ Die Behandlungsablehnung lässt sich nicht einfach dadurch aushebeln, dass man den Wirkungsbeginn der Narkose abwartet. Der Eintritt der Bewusstlosigkeit entzieht einer zuvor bereits erklärten Behandlungsverweigerung nicht die rechtliche Wirksamkeit – auch nicht bei vitaler Indikation.

Da die Einwilligung des (einwilligungsfähigen) Patienten eine zwingende Voraussetzung für die Zulässigkeit der Behandlung darstellt, kann der Patient durch eine Verweigerung oder einen Widerruf der Einwilligung den Abbruch bzw die Nichtaufnahme der Behandlung rechtlich erzwingen. Einer bestimmen – etwa religiösen – Begründung bedarf es hierfür nicht. Insofern hat der Patient ein uneingeschränktes Vetorecht, dessen Ausübung keinen Mitentscheidungsrechten und auch keiner „Vernünftigkeitkontrolle“ Dritter unterliegt: Er kann seinen ablehnenden Willen – rechtlich gesehen – immer durchsetzen, selbst wenn diese Entscheidung den Tod nach sich zieht. Dies gilt nicht nur für die medizinische Behandlung im engeren Sinn, sondern auch für diagnostische und prophylaktische Maßnahmen (einschließlich der Sondenernährung).²⁾

1) So die völlig hL: mwN nur *Kienapfel/Schroll*, *Strafrecht* BT I § 110 Rz 32; *Moos in WK* Vorbem §§ 75–79 StGB Rz 32, 36; *Bartel in WK* § 110 StGB Rz 32; dazu und zum Folgenden auch *Kopetzki*, Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten, *iFamZ* 2007, 197.

2) *MwN Kopetzki*, *iFamZ* 2007, 198.

Auch der OGH hat in einer viel beachteten Entscheidung dieses hohe – und letztlich überwiegende – Gewicht der Patientenautonomie selbst bei vitalen Konsequenzen hervorgehoben und sogar eine „mutmaßliche Behandlungsverweigerung“ als zulässigen Grund für die Einstellung lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen anerkannt, wenn dafür hinreichend dokumentierte Anhaltspunkte bestehen.³⁾ Bestätigt wurde diese Güterabwägung durch das PatVG, wo in den Erläuterungen – den rechtlichen status quo ante zusammenfassend – zur Behandlungsverweigerung lapidar festgehalten wird: „Der Arzt muss diese Entscheidung befolgen, auch wenn er persönlich anderer Meinung ist. Das gilt selbst dann, wenn eine Behandlung medizinisch indiziert ist und der Patient ohne diese voraussichtlich sterben wird. Die Patientenautonomie begrenzt damit die ärztliche Behandlungspflicht.“⁴⁾ Dass diese Feststellung auch in der erwähnten Entscheidung wiederholt wird, sollte im Hinblick auf die unter Ärzten bestehenden Befürchtungen von Haftungsfolgen bei Beachtung eines ablehnenden Patientenwillens eine „beruhigende“ Wirkung entfalten: Ein Arzt, der das „Behandlungsverbot“ respektiert, kann folglich auch nicht für die daraus resultierenden negativen Folgen verantwortlich gemacht werden. Was – nicht zuletzt wegen § 110 StGB – verboten ist, löst keine rechtliche Verantwortung aus, wenn es in rechtmäßiger Weise unterlassen wird. Vielmehr wäre die Missachtung der Weigerung ihrerseits nach § 110 StGB strafbar (auch wenn die dafür notwendige Privatanklage gem § 110 Abs 3 StGB praktisch noch nicht vorgekommen ist). Zusätzlich könnte auch eine zivilrechtliche Haftung für allfällige Schäden durch die – trotz Ablehnung lege artis durchgeführte – Behandlung eintreten.⁵⁾

2. Kein Fall „aktiver Sterbehilfe“

Mit dem Thema der – in all ihren Facetten weiterhin verbotenen – „aktiven Sterbehilfe“ (is einer aktiven Tötung oder der Mitwirkung daran) hat der vorliegende Sachverhalt nichts zu tun. Hier geht es nicht um eine Tötung durch aktives Tätigwerden des Arztes, sondern um ein Unterlassen medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen, wenngleich der (zumindest bedingte) Vorsatz in beiden Konstellationen auf die Inkaufnahme der möglichen Todesfolge gerichtet sein kann. Aus diesem Grund ändert sich an der rechtlichen Bewertung auch nichts, wenn man die Behandlungsverweigerung in die Nähe einer suizidalen Handlung rückt. Über die ethische Beurteilung dieser völlig unterschiedlichen rechtlichen Einordnung einer (verbotenen) „aktiven“ Tötung und eines (im Fall der Ablehnung) sogar gebotenen „passiven“ Sterbenlassens mag man (ohne Aussicht auf Konsens) diskutieren – rechtlich betrachtet ist diese Differenzierung aber unbestritten.

3. Auswirkungen des PatVG?

Obwohl der Gesetzgeber mit der Erlassung des PatVG eine Stärkung des Selbstbestimmungsrechts intendiert hat, dürfte das Inkrafttreten des neuen Gesetzes unter Ärzten Unsicherheiten in Bezug auf die Bedeutung formloser mündlicher Behandlungsverweigerungen ausgelöst haben. Die Rechtslage ist in diesem Punkt allerdings klar: Durch das Inkrafttreten des PatVG wurde die schon bisher anerkannte Rechtereheblichkeit einer aktuellen (insb auch mündlichen) Behandlungsverweigerung nicht beseitigt.⁶⁾ Ein (einwilligungsfähiger) Patient, der – ohne eine schriftliche Patientenverfügung verfasst zu haben – unmittelbar vor einer Operation eine Bluttransfusion ausdrücklich ausschließt, kann dies nach wie vor in rechtswirksamer Weise tun. Es wäre daher rechtlich nicht vertretbar, die Beachtung seiner formlosen mündlichen Behandlungsablehnung auf die Bedingung zu knüpfen, dass er zur Durchsetzung seiner Weigerung zuerst eine – mit erheblichem Aufwand verbundene – verbindliche Patienten-

verfügung iSd PatVG errichten müsse. Glücklicherweise ist der „Ernstfall“ im vorliegenden Sachverhalt nicht eingetreten.

Über die Begründung dieser formlosen Ablehnungsmöglichkeit gehen die Meinungen jedoch auseinander. Die besseren Argumente sprechen dafür, dass Fälle wie dieser überhaupt nicht in den Anwendungsbereich des PatVG fallen. Vor dem Hintergrund der Entstehungsgeschichte und der – auf eine Regelung künftiger Behandlungsentscheidungen abzielenden⁷⁾ – Absicht des Gesetzgebers ist der sachliche Anwendungsbereich des PatVG teleologisch auf solche „antizipierten“ Behandlungsablehnungen zu beschränken, die nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einer bevorstehenden und konkret bereits hinreichend vorhersehbaren Behandlung abgegeben werden.⁸⁾

Doch selbst wenn man dieser Auslegung nicht folgt, könnte auch die Anwendung des PatVG auf solche Sachverhalte zu keinem anderen Ergebnis führen: Wer unmittelbar vor dem Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit (etwa durch eine Narkose vor einem operativen Eingriff) mündlich klar und deutlich eine Behandlung ablehnt, hat bei dieser Auslegungsvariante zwar „nur“ eine beachtliche Patientenverfügung iSd PatVG „errichtet“. Der Grad der „Beachtlichkeit“ wird dann jedoch so stark sein, dass er der „Verbindlichkeit“ gleichwertig ist⁹⁾ (sog qualifiziert beachtliche Patientenverfügung).

Im Ergebnis erweist sich die Rechtslage in Bezug auf formlose mündliche Behandlungsablehnungen daher auch nach Inkrafttreten des PatVG als eindeutig. Es wäre eine Aufgabe der Anstalts-träger und Dienstgeber sowie der Ständesvertretungen, dies durch entsprechende Aus- und Fortbildungsangebote zu vermitteln und allfällige Missverständnisse auszuräumen.

4. Zur Bedeutung der „Einwilligungsfähigkeit“

Die Dominanz des Selbstbestimmungsrechts steht und fällt mit der Entscheidungsfähigkeit des Patienten und einer nicht durch Willensmängel beeinträchtigten Entscheidungsfindung. Fehlt es an der „Einwilligungsfähigkeit“, dann liegt mangels Handlungsfähigkeit auch keine rechtswirksame Behandlungsablehnung vor, mit der Folge, dass im Notfall¹⁰⁾ die – nun nicht mehr durch die Ablehnung begrenzte – ärztliche Behandlungspflicht die Oberhand bekäme. Die Zuschreibung oder Verneinung der „Einwilligungsfähigkeit“ hat also eine weichenstellende Dimension, weil sie die Demarkationslinie zwischen einem Behandlungsgebot und einem Behandlungsverbot darstellt.

3) OGH 7. 7. 2008, 6 Ob 286/07 p RdM 2009/119; dazu Bernat, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten, JbI 2009, 129; Kletečka, Zak 2008/571, 332; Schütz, Abbruch der künstlichen Ernährung bei einer einwilligungsunfähigen Patientin – vorsätzliche Tötung durch Unterlassen? iFamZ 2009, 32. In diese Richtung zB schon Bernat, Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille, RdM 1995, 51.

4) ErläufV 1299 BgIRN 22, GP 2, 7.

5) MWN bei Kopetzki, Das Patientenverfügungsgesetz im System der Rechtsordnung – Wirkungen und Nebenwirkungen, in Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker (Hrsg), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz (2007) 127 (154); Leschner, Streitbeilegung in medizinischen Haftungsfällen (2007) 82.

6) Statt aller Kopetzki in Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker (Hrsg), Patientenverfügungsgesetz, 137 ff; Bernat (ibid 69 ff); im Ergebnis auch Pesendorfer in Barth/Gannner (Hrsg), Handbuch des Sachwalterrechts (2007) 407, 409, 411.

7) Deutlich etwa 1299 BgIRN 22 GP 3, wo von „einer in der Zukunft liegenden Krankheitsituation“ die Rede ist und der Patient „daher nicht über eine konkrete und gegenwärtige (unmittelbar bevorstehende) Heilbehandlung“ entscheidet.

8) Näher Kopetzki in Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker (Hrsg), Patientenverfügungsgesetz 139.

9) So im Ergebnis statt vieler zB Bernat/Gabarc, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz: ein Schritt vorwärts, zwei Schritte zurück, GesR 2007/1, 1 (5); Bernat, Planungssicherheit am Lebensende? EF-Z 2006, 42 (47 f); ders in Schwimann (Hrsg), ErglD § 9 PatVG Rz 2; Kathrein, Das Patientenverfügungsgesetz, ÖJZ 2006, 555 (566); Barth, Die Patientenverfügung und ihre praktischen Folgen für den Arzt, FamZ 2006, 72 (75).

10) Allerdings nur dann: Bei sich langsamer abzeichnenden Behandlungsnöwendigkeiten wäre bei fehlender Einwilligungsfähigkeit die Bestellung eines (einwilligungsfähigen) Sachwalters vorzunehmen.

Im vorliegenden Fall bestehen allerdings keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Weigerung in einer psychischen Störung oder einem anderen (die Einwilligungsfähigkeit ausschließenden) Zustand wurzeln könnte. Auch Hinweise auf sonstige Willensmängel sind aus dem Sachverhalt nicht ersichtlich. Unzulässig wäre es, bereits aus dem bloßen – und für Dritte schwer nachvollziehbaren – Umstand, dass der Patient das aus medizinischer Sicht „Richtige“ ablehnt, auf den Wegfall der Einwilligungsfähigkeit zu schließen. Die gestörte intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Entscheidung kann allenfalls Anlass dafür sein, die Intensität der Kommunikation und der Aufklärung zu verstärken (was hier ja auch der Fall war) und erhöhtes Augenmerk auf mögliche Willensmängel oder Anzeichen für eine psychische Störung zu legen.¹¹⁾ Sie berechtigt aber nicht dazu, abweichende persönliche Werthaltungen – seien diese durch spezifisch kulturelle und/oder religiöse Gründe motiviert oder nicht – als Symptome einer „psychischen Störung“ zu pathologisieren.¹²⁾

5. Erhöhte Aufklärungspflicht

Dass medizinisch „unvernünftige“ Patientenentscheidungen eine erhöhte ärztliche Aufklärungs- und Warnpflicht hinsichtlich der negativen gesundheitlichen Folgen auslösen, ist evident. Dieser spezielle Aspekt der ärztlichen Fürsorgepflicht (vgl nur § 49 Abs 1 ÄrzteG) wird durch die – auf eine bestimmte Behandlungsmaßnahme bezogene – ablehnende Haltung des Patienten nicht verdrängt. Am Beispiel der vorzeitigen „Reversentlassung“ gegen den ärztlichen Rat ist dies in § 24 Abs 3 KAKuG auch ausdrücklich angesprochen. Diese Aufklärung kann bei fremdsprachigen Patienten Schwierigkeiten aufwerfen. Im konkreten Sachverhalt besteht aber kein Hinweis, dass die umfangreichen und intensiven – wenngleich in Fremdsprachen geführten – Aufklärungsgespräche an der Klinik durch die Sprachbarriere erheblich beeinträchtigt gewesen sein könnten.

6. Zur anwendbaren Rechtslage

Der Auslandsbezug tritt nicht nur iZm der sprachlichen Gestaltung der Aufklärung ins Blickfeld, sondern könnte auch die viel grundsätzlichere Frage nach der anwendbaren Rechtslage und der Beurteilung nach Internationalem Privatrecht aufwerfen. Leider ist in diesem Punkt manches unklar, wie sich zuletzt an der kontroversiellen literarischen Diskussion zur Wirksamkeit ausländischer Patientenverfügungen gezeigt hat.¹³⁾ Allerdings liegt im konkreten Sachverhalt gar keine Patientenverfügung vor. Auch sonst stehen privatrechtliche Aspekte, die internationalprivatrechtliche Fragen aufwerfen könnten, bei der rechtlichen Würdigung der Behandlungsverweigerung nicht im Vordergrund: Denn die Beachtlichkeit einer Behandlungsablehnung in Krankenanstalten gründet sich – zumindest auch – in vielfältigen Normen des öffentlichen Rechts, namentlich des Verwaltungsrechts¹⁴⁾ und des Strafrechts¹⁵⁾ und diese Vorschriften sind iS des Territorialitätsgrundsatzes¹⁶⁾ auf inländische Behandlungsfälle unabhängig von der Staatsbürgerschaft des Patienten anzuwenden.¹⁷⁾ Welchem Recht der zwischen dem Patienten und dem Anstalts-träger abgeschlossene zivilrechtliche Behandlungsvertrag unterliegt,¹⁸⁾ spielt vor diesem Hintergrund – jedenfalls für die Klärung der hier interessierenden Fragen – keine ausschlaggebende Rolle.

7. Dokumentation

Sowohl die Behandlungsablehnung als auch die vorangegangenen Aufklärungsgespräche sind nach den allgemeinen Regeln zu dokumentieren (§ 51 Abs 1 ÄrzteG; § 10 Abs 1 Z 2 lit a KAKuG; § 17 Abs 1 lit b Wr KAG). Im Fall der Verweigerung einer medizinisch indizierten Behandlung liegt eine möglichst genaue Dokumentation auch im Interesse der behandelnden Ärzte, um im

Streitfall den Grund für das Unterlassen einer medizinisch indizierten Maßnahme nachweisen zu können. Eine entsprechende „Verschriftlichung“ auf Seiten des Patienten (Unterschrift, Weigerung in Schriftform) kann aus Beweisgründen hilfreich sein, ist aber nicht zwingend notwendig.¹⁹⁾

8. Fazit

P. hätte die Blutkonserven also – selbst wenn der „Ernstfall“ eingetreten wäre – auch ohne Errichtung einer schriftlichen Patientenverfügung nicht bekommen dürfen.

Das Dilemma solcher Behandlungsablehnungen liegt in der Kollision zweier an sich unbestrittener Grundprinzipien der Medizinethik und des Medizinrechts, nämlich im Konflikt zwischen dem ärztlichen Heilaufrag einerseits und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten andererseits. Die Rechtsordnung löst diesen Konflikt zugunsten des Vorrangs der Selbstbestimmung. Sie muss damit aber zwangsläufig auch eine Divergenz zwischen dem rechtlich Erlaubten und dem medizinisch Gebotenen in Kauf nehmen. Denn – um beim konkreten Beispiel zu bleiben – die Vorenthaltung einer vital indizierten Bluttransfusion widerspricht für sich betrachtet den medizinischen *leges artis* und stellt aus rein medizinischer Perspektive einen Behandlungsfehler dar. Indem das Recht diese Abweichung vom medizinischen Standard beim sich weigernden Patienten nicht nur duldet, sondern zum Schutz höher bewerteter Rechtspositionen sogar erzwingt,²⁰⁾ setzt es die ärztliche Entscheidungsfindung einer nicht unerheblichen Belastungsprobe aus (was mit ein Grund für die schwierige Akzeptanz dieser Grundsätze durch Ärzte ist).

Der Appell, dieses Spannungsfeld zwischen dem fachlich Richtigen und dem rechtlich Erlaubten einfach „auszuhalten“, fällt jenen gewiss leichter, die den Konflikt am Krankenbett nicht selbst erleben müssen. Dennoch führt an diesem „Aushalten“ kein Weg vorbei: Das ärztliche Ethos, die Grundrechte und die Würde des Arztes sind zwar schützenswerte – und rechtlich auch geschützte – Grundpfeiler des Berufsrechts. Sie begründen aber weder eine Duldungspflicht des Patienten noch ein Recht des Arztes, zur Wahrung eigener „hippokratischer“ Wertauffassungen dem Patienten eine Behandlung aufzuzwingen.²¹⁾ Christian Kopetzki

11) Vgl auch Malecicky, Die unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung, ÖJZ 1994, 681 ff.

12) Wer aus einer „verrückten Auslegung“ der Apostelgeschichte (als Motiv für die Ablehnung von Bluttransfusionen durch Zeugen Jerovos) auf den Verlust der Entscheidungsfähigkeit schließt (so wohl Wäthert, Emanzipation durch Vorsorgevollmacht, ecolox 2006, 261), macht Religionen zu einem Fall für die Psychiatrie.

13) Dazu Ömer, Patientenverfügung und Internationales Privatrecht, in Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker (Hrsg), Patientenverfügungsgesetz 185; ders, Patientenverfügung und Selbstbestimmungsrecht – eine rechtsvergleichende Kurzanalyse, in Antrittsvorlesungen an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien (2008) 4; Pesendorfer in Barth/Gannner (Hrsg), Handbuch des Sachwalterrechts 371; Pesendorfer/Traar, Internationale Aspekte der Patientenverfügung, iFamZ 2008, 367; Pogacar, Wann ist eine Patientenverfügung verbindlich? Zak 2006, 223.

14) Vgl § 15a Abs 2 lit 1 Wr KAG (Recht auf Verweigerung der Behandlung); § 13 Abs 3 Wr KAG (Behandlung nur mit Zustimmung).

15) § 110 StGB (gegenmündliche Heilbehandlung).

16) Vgl für Bundesgesetzliche zB Art 49 Abs 1 B-VG.

17) Vgl dazu Kopetzki, Patientenverfügung: Ist alles Machbare auch rechtlich geboten? in Kroll/ua (Hrsg), Recht und Risikomanagement in Anästhesie und Intensivmedizin (2009) 38 (46).

18) Dazu jüngst OGH 9. 6. 2009, 4 Ob 65/09a RdM-LS 2009/46, 222.

19) Auch bei einer (medizinisch nicht vertretbaren) Entlassung gegen „Revers“ (vgl § 24 Abs 4, § 38 Abs 3 Wr KAG) könnte der (die) Unterschrift verweigerns Patient nicht gegen seinen Willen in der Anstalt festgehalten werden.

20) Zu solchen Divergenzen zwischen medizinischem und rechtlichem Standard Kopetzki, Behandlungen auf dem „Stand der Wissenschaft“, in Pfeil (Hrsg), Finanzziele Grenzen des Behandlungsanspruches in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Druck 2010).

21) Dazu näher Kopetzki, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Aspekte von Patientenverfügungen, in Kopetzki (Hrsg), Antizipierte Patientenverfügungen (2000) 38 (48). In diesem Sinn auch BGH 8. 6. 2005, XII ZR 177/03.