



**FRIEDRICH -THIEDING - STIFTUNG**

des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

**DEUTSCHE KREBSHILFE**

# **1. Fortbildungskongreß Krebsnachsorge**

**26.–28. September 1980 Bad Neuenahr**

**unter der Schirmherrschaft von Dr. Bernhard Vogel,  
Ministerpräsident des Landes Rheinland-Pfalz**

**Schriftenreihe des Hartmannbundes**

# Inhaltsverzeichnis

## Begrüßung

Dr. med. Horst Bourmer, Vorsitzender des Hartmannbundes . . . . .	7
Dr. med. Mildred Scheel, Präsidentin der Deutschen Krebshilfe . . . . .	9
Staatssekretär Prof. Dr. Klaus Töpfer, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt des Landes Rheinland-Pfalz . . . . .	12

## Konzept einer kooperativen Krebsnachsorge

### Krebsnachsorge – überfällige Begriffsentwicklung

Prof. Dr. Walter M. Gallmeier. . . . .	15
--	----

### Nachsorge auf kommunaler Ebene

#### a) Organisierte standardisierte Krebsnachsorge

Prof. Dr. Gerhard Ott . . . . .	21
---------------------------------	----

#### b) Juristische Aspekte

Rechtsanwalt Dr. Horst Herzog . . . . .	25
---	----

### Rolle der Tumorzentren in der Krebsnachsorge

Prof. Dr. Horst Sack . . . . .	29
--------------------------------	----

### Stellenwert der Nachsorgekliniken

Dr. Alfred Leonhardt . . . . .	36
--------------------------------	----

### Schlüsselstellung des Hausarztes in der Krebsnachsorge

Dr. Hans Isele. . . . .	49
-------------------------	----

## Nachsorge beim Mammakarzinom

### Stadienorientierte chirurgische Therapie

Prof. Dr. Christian Herfarth . . . . .	58
--	----

### Wiederherstellungschirurgie nach Mamma-Amputation

Prof. Dr. U. Schmidt-Tintemann, Dr. R.-R. Olbrisch. . . . .	62
---	----

### Praktische Hilfen nach Mamma-Amputation

Dr. Ingrid Köhler . . . . .	65
-----------------------------	----

<b>Nachsorge bei Mamma-Karzinom aus psychotherapeutischer Sicht</b> Dr. Barbara Perez-Gay . . . . .	68
<b>Intervention bei Metastasierung nach operativer Primärtherapie</b> Privat-Dozent Dr. B. Henningsen . . . . .	73
<b>Chancen der Chemotherapie</b> Dr. Anton Carl Mayr . . . . .	79
<b>Chancen der Hormontherapie</b> Dr. Walter Jonat . . . . .	84
<b>Programmierte Nachsorge beim Brustkrebs</b> Prof. Dr. Gerhard Ott . . . . .	88
<b>Karzinom des Uterus</b> <b>Standardisierte Therapie des Endometriumskarzinoms: Durchführung und Ergebnisse</b> Prof. Dr. Kurt Richter, Dr. Günther Stein . . . . .	93
<b>Programmierte Nachsorge</b> Privat-Dozent Dr. Dietrich von Fournier. . . . .	102
<b>Risiko des Zweitkarzinoms</b> Prof. Dr. Rolf Frischkorn . . . . .	112
<b>Nachsorge beim Prostatakarzinom</b> <b>Operative Möglichkeiten beim Prostatakarzinom</b> Prof. Dr. Rüdiger Engelking . . . . .	119
<b>Radiologischer Therapieansatz</b> Privat-Dozent Dr. Erwin M. Röttinger. . . . .	123
<b>Indikationen für Chemo- und Hormontherapie beim metastasierenden Prostatakarzinom</b> Prof. Dr. Reinhard Nagel, Assistenz-Prof. Dr. Wolfgang Leistenschneider . . . . .	129
<b>Programmierte Nachsorge</b> Prof. Dr. H. Klosterhalfen, Dr. Hermann Becker . . . . .	137
<b>Nachsorge beim Hodenkarzinom</b> <b>Vorsorge, Therapie und Nachsorge</b> Prof. Dr. Winfried Vahlensieck . . . . .	139

## **Nachsorge beim Bronchialkarzinom**

### **Operative Strategie: Konsequenzen für die Nachsorge**

Prof. Dr. Ingulf Vogt-Moykopf . . . . . 150

### **Indikation zur Chemotherapie**

Prof. Dr. Carl Gottfried Schmidt . . . . . 157

### **Wann ist Strahlentherapie indiziert?**

Privat-Dozent Dr. Dietmar Zeidler. . . . . 165

## **Nachsorge beim Magen- und Dickdarmkarzinom**

### **I. Magenkarzinom**

#### **Magenresektion: wie radikal?**

Prof. Dr. M. Reifferscheid . . . . . 169

#### **Programmierte Nachsorge**

Prof. Dr. Hans Wilhelm Schreiber, Privat-Dozent Dr. Rainer Winkler . . . . . 173

### **II. Dickdarmkarzinom**

#### **Operative Strategie: Konsequenzen für die Nachsorge**

Privat-Dozent Dr. Dieter Bokelmann . . . . . 179

#### **Probleme der Stomaversorgung**

Privat-Dozent Dr. Rainer Winkler . . . . . 183

#### **Programmierte Nachsorge**

Prof. Dr. Rudolf Pichlmayr und Dr. H. Laprell . . . . . 188

#### **Chemotherapie des Magenkarzinoms und des Dickdarmkarzinoms**

Privat-Dozent Dr. Reiner Hartenstein . . . . . 199

## **Ärztliche Führung des Krebskranken**

### **Probleme der Aufklärung**

Prof. Dr. Wolfgang Spann, Prof. Dr. Wolfgang Eisenmenger. . . . . 211

### **Psychologischer Beistand**

Prof. Dr. Hansjakob Mattern . . . . . 217

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Dr. Agnes Sellschopp, H. Häberle . . . . . 222

## **Schlußansprache**

Dr. Horst Bourmer . . . . . 228

# Ärztliche Führung des Krebskranken

## Probleme der Aufklärung

Von Prof. Dr. Wolfgang Eisenmenger und Prof. Dr. Wolfgang Spann

**Professor Dr. Wolfgang Eisenmenger:** In den letzten Jahren ist die Aufklärung des Patienten generell zu einem relevanten arztrechtlichen Problem geworden. Während früher für den Arzt bei der Aufklärung des schwer- oder unheilbaren Kranken und damit oft des Krebspatienten die Schwierigkeiten fast ausschließlich im moralisch-ethischen Bereich lagen, sieht er sich neuerdings juristischen Ansprüchen und einer Rechtsprechung gegenüber, die zwar nicht auf neuen Rechtsnormen fußen, aber bestehende Normen doch in einer Weise ausfüllen, die oft zum Ärgernis auf ärztlicher Seite wurde oder wird. Ärztliche und juristische Maximen lassen sich heute so gegenüberstellen, daß hier *salus aegroti*, dort *voluntas aegroti* als *suprema lex* gepriesen werden.

Und doch kann man nicht behaupten, daß keine Brücke des Verständnisses zwischen Mediziner und Jurist vorhanden wären. Gerade die so problembeladene Aufklärung beim Krebskranken erlaubt es aus ärztlicher Sicht, die Vielschichtigkeit dieser Frage dem Juristen vor Augen zu führen, ganz zu schweigen davon, daß manche, in theoretischen Diskussionsbeiträgen vortragene Juristenmeinung sich dann ändert, wenn der Betroffene ein naher Angehöriger ist. Und wenn auch letzteres nur

den Schluß zuläßt, daß zwischen juristischer Theorie und ärztlicher Praxis ein großer Unterschied klappt, so stimmen doch Tendenzen versöhnlich wie die, daß im Alternativentwurf eines Strafgesetzbuches von 1970 zur Aufklärung ausgeführt wurde: „Die Aufklärung kann unterbleiben, soweit sie die ernste Gefahr einer erheblichen Beeinträchtigung der Gesundheit oder des seelischen Zustandes begründen würde.“ Wenn auch dieser Vorschlag nicht Gesetzeswirklichkeit geworden ist, so ist es doch ermutigend, wenn der bekannte Arztrechtler Eberhard Schmidt einem Gutachten über die juristische Regelung ärztlicher Aufklärung Goethes Worte aus dem west-östlichen Divan voranstellte:

*Wofür ich Allah höchlich danke?  
Daß er Leiden und Wissen getrennt.  
Verzweifeln müßte jeder Kranke,  
das Übel kennend, wie der Arzt es kennt.*

Die Unstimmigkeiten, die nach wie vor zwischen Medizin und Jurisprudenz bestehen, ergeben sich in den letzten Jahren aus der forensischen Verlagerung des Schwergewichtes vom behaupteten Kunstfehler zum Aufklärungsfehler, wenn Arzt und Patient aneinander geraten. Die Gründe dafür sind mannigfaltig, aber einfach zu durchschauen. Die bei Gericht geltende Beweis-

lastregel führt dazu, daß ein Patient üblicherweise dem Arzt einen Kunstfehler nachweisen muß, der Arzt aber die rechtswirksame Einwilligung und damit hinreichende Aufklärung belegen muß, wenn sie vom Patienten bestritten wird. So ist in den letzten Jahren die Aufklärung in jeder Hinsicht zum ärztlichen Angstthema geworden, über die Probleme hinaus, die für den Arzt im humanitären Bereich beim Krebskranken immer bestanden haben. Möglicherweise ist daher aus ärztlicher Sicht überhört worden, daß der Bundesgerichtshof 1978 davon sprach, daß der Vorwurf versäumter Aufklärung vom Patienten oft mißbräuchlich erhoben werde. Das zeigt zunehmendes Verständnis auf judikativer Seite und ermutigt zur Verteidigung des ärztlichen Standpunktes, unter der Prämisse zu handeln, daß am Krankenbett eines Todgeweihten der Arzt sich nicht ausschließlich von höchstrichterlichen Entscheidungen leiten lassen kann. Gleichwohl muß er sie immer beachten und in vielen Fällen kann er sie auch einhalten, ohne gegen die Interessen des Patienten zu verstoßen. Vergessen wir auch nicht, daß mit der Einwilligung des Patienten nach eingehender Aufklärung durch diese Entscheidung dem Arzt auch ein Teil der Verantwortung abgenommen wird.\* Um ethisch-humanitäre Aspekte in die Entscheidung über Aufklärung überhaupt einfließen lassen zu können, ist es aber erforderlich, die juristischen Grundlagen zu kennen, weshalb ich Ihnen hierzu einiges vorzutragen darf.

Festzustellen ist, daß es keinen Paragraphen gibt, der sich mit ärztlicher Aufklärung *expressis verbis* befaßt. Gleichwohl läßt sich in den beiden großen Bereichen des Straf- und Zivilrechtes die Verpflichtung zur Aufklärung logisch ableiten. Für das Zivilrecht ist von Bedeutung, daß jede ärztliche

Behandlung, gleichgültig ob ambulant oder stationär, telefonisch oder bei mehrstündiger Operation des bewußtlos Eingelieferten, einen Vertrag darstellt, der formlos und ohne ausdrückliche Erklärung zustandekommt. In diesem Vertrag, in der Regel ein Dienstvertrag, ist es Hauptpflicht des Arztes, den Patienten nach bestem Wissen und Können gemäß den Regeln der ärztlichen Kunst zu behandeln, ohne den Heilerfolg garantieren zu können oder zu müssen. Verträge haben jedoch auch Nebenpflichten und eine dieser wichtigen Nebenpflichten ist die Aufklärung.

Unabhängig von der Verpflichtung zur Aufklärung als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag kommt der Aufklärung im Zusammenhang mit strafrechtlichen Problemen besondere Bedeutung zu. In für Ärzte schwer verständlicher Logik hat die Rechtsprechung des Reichsgerichtes und – in Anlehnung an Artikel 2 des Grundgesetzes, der das Selbstbestimmungsrecht und die körperliche Integrität jedes Menschen schützt –, auch der Bundesgerichtshof entschieden, daß der ärztliche Eingriff, auch wenn er zur Heilung kunstgerecht und mit Erfolg durchgeführt wird, den Tatbestand der Körperverletzung erfülle. Nur unter bestimmten Bedingungen kann diese Form der Körperverletzung straffrei bleiben, wobei der soziale Sinn ärztlichen Handelns unberücksichtigt bleibt. Eine dieser Bedingungen ist die rechtswirksame Einwilligung des Patienten. Rechtswirksam ist eine solche Einwilligung nur dann, wenn der Patient sie aufgrund zutreffender Einsicht in alle die Umstände erteilt hat, auf die es für die Motivation des Entschlusses ankommt. Damit ergibt sich von selbst, daß nur eine ausreichende Aufklärung über den Zustand, den ärztlichen Befund, die Diagnose und die beabsichtigte Behandlungsmethode einschließlich deren Risiken den Pa-

tienten in die Lage versetzt, eine im strafrechtlichen Sinne rechtswirksame Entscheidung zu treffen. Was nun den Umfang der Aufklärung betrifft, so richtet sich dieser nach dem speziellen Fall und vor allem auch nach dem Interesse, den Vorerfahrungen und dem Bildungsgrad des Patienten. Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung verlangt nicht, daß dem Patienten medizinisches Wissen vermittelt wird, sondern es soll, um mit Laics zu sprechen, der Kranke auf behutsame, seinem Verständnis wie seiner Verfassung angemessene Weise darüber unterrichtet werden, daß es in Abwägung der mit dem Eingriff verbundenen Gesundheitschancen und unvermeidbaren oder möglichen Folgen vernünftig erscheine, in die medizinische Maßnahme einzuwilligen.

Nun beziehen sich die meisten Äußerungen von Arztrechtlern und Gerichtsentscheidungen auf die Probleme der Aufklärung bei beabsichtigten Heileingriffen. Für den Arzt, der einen Krebskranken behandelt, beginnt die schwerste Problematik aber an einem früheren Punkt, nämlich bei der Aufklärung über die Diagnose. Jeder von uns weiß, wie leicht trotz Wahrung der Sorgfaltspflicht eine Fehldiagnose möglich ist, wie vorsichtig und zurückhaltend mit Prognosen über einen weiteren Krankheitsverlauf umgegangen werden muß und welche Überraschungen man dabei immer wieder erleben kann. Wir vertreten die Auffassung, daß bei absolut infauster Prognose dem Arzt die Wahl zwischen schonungsloser Mitteilung des zu erwartenden tödlichen Ausgangs und der barmherzigen Lüge, auch unter Berücksichtigung rechtlicher Gesichtspunkte, in einem weiten Maß offen steht. Man sollte aber auch daran denken, daß viele Entscheidungen über das individuelle Schicksal des Krebskranken hinausreichen, wie zum Bei-

spiel vermögensrechtliche Dispositionen und diese oft von der Kenntnis der Diagnose abhängen, so daß man nicht generell der Lüge den Vorzug geben darf. Verlangen muß man aus ärztlicher Sicht beim Krebskranken eine verstärkte Zuwendung zum Patienten unter Zurückdrängen des oft so nahe liegenden „ruinösen Überlegenheitsgefühles“, wobei das Ziel sein muß auszuloten, welcher Grad von Wissensvermittlung dem Patienten zuzumuten ist.

Keine Wahl hat der Arzt, wenn nur die rückhaltlose Aufklärung geeignet ist, die Entscheidung des Patienten in der einen oder anderen Richtung zu beeinflussen. Gerade wenn es um die Diagnose Krebs geht, hat sich der Patient häufig schwierigen und gefährlichen diagnostischen und therapeutischen Methoden zu unterziehen. Seine Einwilligung kann dazu oft erst erreicht werden, wenn ihm Schwere und Lebensgefährlichkeit seiner Erkrankung eröffnet werden.

Das Maß der erforderlichen Aufklärung richtet sich nicht primär nach allgemeinen Feststellungen über die Komplikationsdichte einer bestimmten Behandlungsmethode, sondern es kommt vielmehr auf den voraussichtlichen Verlauf, gerade im konkreten Einzelfall an. Es besteht keine Verpflichtung, über alle nur denkbaren Risiken aufzuklären. Der Bundesgerichtshof hat 1962 ausgeführt, daß „auf Gefahren, die sich so selten verwirklichen und deren Hervortreten auch in dem Falle des betreffenden Patienten so wenig wahrscheinlich ist, daß sie bei einem verständigen Menschen in seiner Lage für den Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen, nicht aufgeklärt werden müsse. Ebenso könne eine Aufklärung entbehrlieh sein, wenn die möglicherweise eintretenden ungünstigen Neben-

wirkungen der Behandlung soviel weniger gravierend seien als die Folge eines Unterbleibens der Behandlung, daß sie ein vernünftiger Mensch in der Lage des Patienten für die Willenschließung, sich der Behandlung zu unterziehen oder sie abzulehnen, nicht als bedeutsam ansähe.“ Dahinter steht das Prinzip, daß das Maß der Genauigkeit, mit der aufgeklärt werden muß, in umgekehrtem Verhältnis zu dem Maß der Dringlichkeit steht, mit der die Operation indiziert ist.

Aufzuklären ist im allgemeinen über sogenannte „typische Gefahren“. Gerade in dem aktuellen Bemühen, Aufklärung per Formular zu perfektionieren und besser zu dokumentieren, hätten die Ärzte gerne gewußt, was die Juristen zahlenmäßig unter „typisch“ verstehen. Der Bundesgerichtshof hat zum Beispiel 1974 einmal ausgeführt, daß, selbst bei extrem seltenen Zwischenfallsrisiken von 1 zu 1000 oder 1 zu 2000, die Entscheidungsfreiheit des Patienten im Grundsatz zu billigen sei, ist aber in den letzten Jahren doch etwas verständnisvoller in seinen Urteilen geworden. Wenn Spann in der Literatur die Meinung vertreten hat, daß Gefahren, die mit einer Häufigkeit von mehr als ein Prozent auftraten, als typisch zu bezeichnen seien, so hat er das immer mit dem Hinweis getan, daß dies nur einen groben Anhaltspunkt, eine Orientierungshilfe darstelle. Eine feste Einordnung typischer Gefahren wird sich wohl nie, auch nicht durch die Formularlösung, treffen lassen. Mit Nachdruck muß aber davor gewarnt werden, nur deshalb teilweise aufzuklären, um dadurch die Einwilligung des Patienten leichter zu erreichen.

Mit einem besonderen Aspekt der Aufklärung, der wohl gerade bei Krebskranken oft insofern relevant wird, als während eines Eingriffes der Operateur auf überraschen-

de Befunde stößt, hat sich der Bundesgerichtshof 1976 befaßt. Es geht dabei um die Frage, ob bei der Feststellung von Befunden, die bei präoperativen Untersuchungen nicht oder nicht in diesem Ausmaße entdeckt wurden, beziehungsweise nicht entdeckt werden konnten, das Ausmaß des Eingriffes erweitert oder ein mit dem Patienten bis dahin natürlicherweise nicht besprochener, völlig abweichender zusätzlicher Eingriff, der notwendig und zweckmäßig wäre, vorgenommen werden darf. In seinem Urteil, welches allerdings nicht auf den Fall eines Krebskranken Bezug nahm, hat der Bundesgerichtshof ausgeführt, daß der Arzt, der während der Operation auf ein erhöhtes Operationsrisiko stößt, den Eingriff abbrechen müsse, wenn er für seine Fortsetzung nunmehr mangels Aufklärung darüber keine wirksame Einwilligung des Patienten hat und die Operation ohne dessen Gefährdung unterbrochen oder abgebrochen werden könne, um die Einwilligung einzuholen. Dieser Auffassung muß entgegengehalten werden, daß der Patient praktisch in jedem Falle durch eine Unterbrechung oder einen Abbruch der Operation besonderen Belastungen ausgesetzt ist, man braucht hierzu nur an das Narkoserisiko bei den geschwächten Patienten zu denken. Will der Arzt die Grundsätze dieses Urteils beachten, hat er die schwierige, vielfach kaum lösbare Entscheidung darüber zu treffen, ob der Abbruch der Operation den Patienten gefährdet. Der Bundesgerichtshof führt dazu aus, daß der Abbruch nur dann nicht in Betracht kommen wird, wenn dies den Patienten ebenso gefährden würde, wie das Risiko, das in der Fortsetzung des Eingriffes liegt: Der Abbruch der Operation muß als medizinisch kontraindiziert sein.

Letztlich gibt es nur zwei Möglichkeiten, diesem Dilemma zu entgehen: Die Argu-

mentation, daß die Beurteilung für den Arzt sich ex ante und nicht ex post im speziellen Fall so, und nur so gestellt hat und die andere Möglichkeit, die auf das vorher zitierte Urteil des gleichen Gerichtes Bezug nimmt, nämlich daß die möglicherweise eintretenden ungünstigen Nebenwirkungen der erweiterten Behandlung soviel weniger gravierend sind als die Folgen einer Unterlassung dieser erweiterten Behandlung, daß sie ein vernünftiger Mensch nicht als bedeutsam ansähe. Dann kann die Einwilligung des Patienten trotz der fehlenden Aufklärung vorausgesetzt werden.

Nach dem Grundsatz *nil nocere* findet die Aufklärungspflicht ihre Grenzen dort, wo der Patient durch die Offenbarung der Wahrheit über seine Krankheit in den Zustand der Hoffnungslosigkeit versetzt würde und dadurch mit einem Verlust seiner Widerstandskraft und damit auch der Heilungsmöglichkeit gerechnet werden müßte. Ist daher durch die Aufklärung eine ernste Gefahr für Gesundheit oder Leben des Patienten zu befürchten – eine solche liegt bereits vor, wenn der Behandlungserfolg erheblich beeinträchtigt werden würde –, so muß der Arzt nach dem Grundsatz *salus aegroti suprema lex* handeln und die Aufklärung ganz oder teilweise unterlassen. In diesen Fällen steht die Fürsorgepflicht höher als die Aufklärungspflicht. Bis hierher ist der Auffassung des Bundesgerichtshofes, an deren Logik nicht gezweifelt werden kann, zu folgen. Wie bereits einleitend ausgeführt, beginnt an dieser Stelle in der täglichen Praxis für den Arzt erst das Problem. Die Befolgung der Leitsätze höchstrichterlicher Rechtsprechung hätte zur Voraussetzung, daß der Arzt im Einzelfall zuverlässig voraussagen oder zumindest einigermaßen sicher abschätzen können müßte, welche Reaktion ein Patient auf die Mitteilung einer infau-

sten Prognose hin zeigen wird. Jeder erfahrene Praktiker hat zwar ein gewisses Gefühl dafür, aber nicht mehr. Sicher gibt es Patienten, die aufgrund ihrer seelischen Stabilität zumindest nach außen hin den Eindruck erwecken, als würden sie die nackte Wahrheit über ihren zum Tode führenden Zustand zu ertragen vermögen. Die Regel ist dies allerdings nicht, denken wir nur an die Wandlung und Veränderung der Psyche beim Krebskranken Theodor Storm, wie sie Thomas Mann in seinem „Adel des Geistes“ so eindrucksvoll geschildert hat. Daß eine auch nur annähernd zuverlässige Voraussage über eine zu erwartende Reaktion nicht möglich ist, wird jeder praktizierende Arzt schon einmal erlebt haben, wenn er glaubte, ex ante einem Patienten die Wahrheit zumuten zu können, der dann vollständig kollabierte und in Resignation verfiel.

Wenn also der Bundesgerichtshof in einer Entscheidung aus dem Jahre 1959 ausführte, daß „nur in dem besonderen Falle, daß die mit der Aufklärung verbundene Eröffnung der Natur des Leidens zu einer ernsten und nicht behebbaren Gesundheitsschädigung des Patienten führen würde, ein Absehen von der Aufklärung gerechtfertigt sein könne“, so ist dem entgegenzuhalten, daß irrealen Forderungen erhoben werden. In diesem Punkte kommt ein anderes Urteil des Bundesgerichtshofes der ärztlichen Seite schon wieder entgegen, in dem ausgeführt wird, daß der Arzt nicht gezwungen sein solle, durch eine zu weit gehende Aufklärung den Heilerfolg selbst zu beeinträchtigen und es seine Aufgabe sei darzutun, daß „triftige“ Gründe für das Unterlassen der Aufklärung gegeben waren. An triftigen Gründen aber wird es, meinen wir, in Problemfällen nicht fehlen.

Auf eine Möglichkeit, das Problem der

Aufklärung auch und gerade beim Krebskranken in einer juristisch wie humanitär korrekten und zufriedenstellenden Weise zu lösen, wird unserer Ansicht nach zu wenig eingegangen: Dies ist die Möglichkeit, daß der Patient auf die Aufklärung verzichtet. Mit Ausnahme des geplanten Schwangerschaftsabbruches im Rahmen der gesetzlichen Regelung und der gesetzlichen Regelung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist dies ein juristisch einwandfreier Weg. Der Weg des Patienten zu einer solchen Entscheidung beruht wohl sicher zu erheblichen Anteilen auf der Angst vor der Wahrheit, aber es muß auch ein sehr starkes Vertrauen in den behandelnden Arzt hinzutreten. Hier liegt eine Aufgabe, die unserer Meinung nach gegenwärtig besonders in der Routinearbeit des Krankenhausarztes untergeht. Voraussetzung dafür ist ohne jeden Zweifel die eingehende Zuwendung des Arztes im Gespräch, wobei sich sowieso aus dem Arzt-Patienten-Vertrag schon die grundsätzliche Verpflichtung ergibt, daß die Aufklärung nicht an Hilfskräfte delegiert werden darf.

Wenn dieser Weg beschritten und erfolgreich zu Ende geführt werden kann, daß der Patient auf Aufklärung verzichtet, so bedarf dies ebenso der Dokumentation, wie bei Nichtverzicht das Ausmaß und der Umfang der vollzogenen Aufklärung. In jüngster Zeit wird – bedingt durch die schlechten Erfahrungen der Ärzte vor Gericht, wenn eine erfolgte Aufklärung belegt werden soll – zunehmend die Verwendung formularmäßiger Merkblätter propagiert. Weißauer hat dazu schon konkrete Entwürfe vorgelegt und ein Prinzip der sogenannten Stufenaufklärung entwickelt, bei dem in einer ersten Stufe der Patient durch ein Merkblatt über alle wesentlichen Umstände der Art der Erkrankung, über den vorgeschlagenen dia-

gnostischen oder therapeutischen Eingriff und über alternative Behandlungsmethoden und Erfolgsaussichten unterrichtet werden soll einschließlich der wichtigsten allgemeinen Eingriffsgefahren. Das Merkblatt enthält dann einen Hinweis, daß es neben den ausdrücklich aufgeführten auch noch andere seltene und seltenste Risiken gibt, nach denen der Patient fragen sollte, wenn sie ihn interessieren. Zweite Stufe wäre dann ein Aufklärungsgespräch, in dem der Arzt auf spezielle Fragen des Patienten einzugehen hat. Diese Art des Vorgehens mag für viele Arten von Erkrankung und Heileingriff ein praktikables und empfehlenswertes Vorgehen darstellen, beim Krebskranken kommen uns dazu aber erhebliche Zweifel. Wir fürchten, daß die Ärzte sich hier, nur um juristisch abgesichert zu sein, zu sehr einem Verständnis der Medizin beugen, das keinen Platz mehr für Humanität hat. Wir sollten uns nicht scheuen, bei jedem Kontakt mit Juristen das Verständnis dafür zu wecken, daß, um mit Jaspers zu sprechen, ärztliche Tätigkeit auf zwei Säulen ruht, nämlich dem naturwissenschaftlichen Erkennen und technischen Können einerseits und dem Ethos der Humanität andererseits. Wir sollten aber auch in unserem Handlungsbereich alles tun, um das auch praktisch erkennen zu lassen, denn bei der Behandlung des Krebskranken bedürfen wir dieses Frei-

#### Literatur bei den Verfassern.

##### Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Wolfgang Eisenmenger und  
Prof. Dr. med. Wolfgang Spann  
Institut für Rechtsmedizin der Universität  
Frauenlobstraße 7a  
8000 München 2