

# Der informierte Arzt

D 7333EX  
Jahrgang 9 · Nr. 5  
15. März 1981

Zeitschrift für  
moderne Therapie  
und Fortbildung

I.M.P.-Verlag Neu-Isenburg  
Internationale  
Medizinische Publikationen



**Gastrointestinale  
Tumoren**

G. W. B. VERLAG  
STUTTGART Archib

# Inhalt



---

## **Polyglobulie und Polycythaemia vera**

Zu Pathophysiologie und Klinik der beiden Krankheitsbilder

von Johannes C. F. Schubert Seite 4

---

## **Angst als Ausdruck des gesunden und gestörten Seelenlebens**

von Raymond Battegay Seite 12

---

**Bücher** Seite 25

---

**Notizen** Seite 26/107

---

## **Rechtliche Aspekte der Aufklärung Krebskranker**

Hat der Arzt noch Entscheidungsfreiheit?

von Wolfgang Eisenmenger und Wolfgang Spann Seite 28

---

## **Die allergologische Relevanz der Blütenpflanzen**

Bedeutung exogener Faktoren für die Entstehung einer Pollinosis

von Bernd Pfrieme und Heinrich Wokalek Seite 34

---

## **Chemotherapie gastrointestinaler Tumoren**

Der heutige Stand der Zytostatika-Therapie

von Peter Drings Seite 44

---

## **Medikamentöse Behandlung von Lumboischialgien**

Zusammenstellung der therapeutischen Möglichkeiten

von Jürg Schär Seite 53

---

## **Computerauswertung in der Echokardiographie**

Neue Möglichkeiten der nicht-invasiven kardiologischen Diagnostik

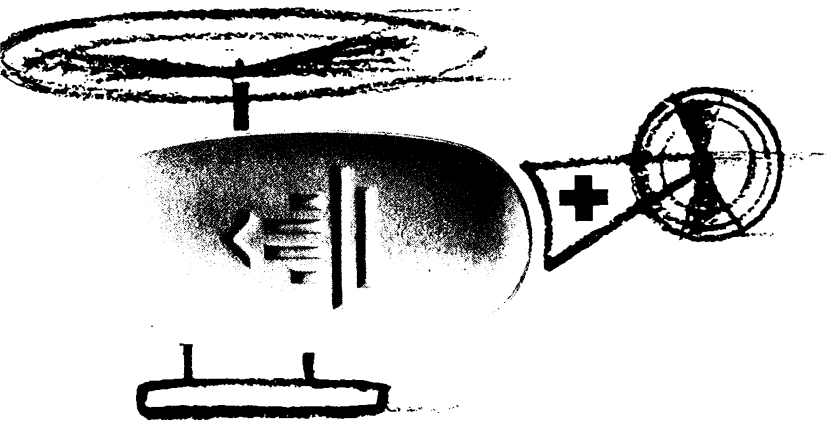
von Hans-Adolf Wester Seite 56

---

**Neue und aktuelle Fertigarzneimittel** Seite 69/95

---

Hat sich Ihre Adresse geändert?  
Dann verwenden Sie für Ihre Mitteilung bitte die Karte am Ende dieses Heftes.



## Soforthilfe

Bei jedem Schmerz und gegen Fieber

# Lonarid<sup>®</sup> N

**klassisch**

in der Wirkstoffkombination:

Paracetamol, Amobarbital, Codeinphosphat, Coffein

**modern**

in der Darreichung:

leicht schluckbare Oblongtabletten –  
in patientengerechter Durchdrückpackung

#### Zusammensetzung:

Oblongtabletten – 400 mg Paracetamol,  
10 mg Amobarbital, 10 mg Codeinphosphat,  
5 mg Coffein.

Suppositorien für Erwachsene – 400 mg Para-  
cetamol, 30 mg Amobarbital, 20 mg Codein-  
phosphat, 50 mg Coffein.

Suppositorien für Kinder – 200 mg Paracetamol,  
10 mg Amobarbital, 5 mg Codeinphosphat,  
5 mg Coffein.

Suppositorien für Säuglinge – 60 mg Paracetamol,  
10 mg Amobarbital, 2,5 mg Codeinphosphat,  
5 mg Coffein.

#### Indikationen:

akute Schmerzen, Schmerzen bei diagnostischen,  
therapeutischen und operativen Eingriffen,  
Schmerzen bei Fieberzuständen, posttraumatische  
Schmerzen.

#### Contraindikationen:

schwere Nierenfunktionsstörungen, hepatische  
Enzephalopathie, genetisch bedingter Mangel an  
Phosphat-6-Phosphat-Dehydrogenase, der sich als  
hämolytische Anämie manifestieren kann. Krank-  
heitszustände, bei denen eine Dämpfung des  
Zentralnervenzentrums vermieden werden soll. Langzeit-  
abreichung bei chronischer Obstipation.

Boehringer Ingelheim KG, 6507 Ingelheim am Rhein

#### Zusätzliche Hinweise:

Der Coffeingehalt von Lonarid N gleicht eine  
sedierende Begleitwirkung weitgehend aus. Eine  
individuelle Beeinträchtigung der Verkehrstüch-  
tigkeit ist jedoch möglich. Wie alle Schmerzmittel  
soll Lonarid N über längere Zeiträume oder in  
höherer Dosierung nur unter ärztlicher Kontrolle  
eingenommen werden.

#### Packungen: (Stand September 1980) A.V.P.

10 Oblongtabletten	DM 3,05
20 Oblongtabletten	DM 4,96
5 Suppositorien für Erwachsene	DM 3,65
10 Suppositorien für Erwachsene	DM 6,62
5 Suppositorien für Kinder	DM 3,05
10 Suppositorien für Kinder	DM 5,56
5 Suppositorien für Säuglinge	DM 2,60
Klinikpackungen	

**Boehringer  
Ingelheim**



3/81

# Inhalt

## Prävention und Rehabi- tation Herzkranker

Erfahrungen eines nieder-  
gelassenen Arztes mit  
ambulanten Koronargruppen

von Hans-Henning  
Borchers

Seite 70

## Funktionelle Sexualstörungen

Modifizierte  
Masters-Johnson-Therapie

von P. Nijs, H. Molinski,  
W. Dmoch, K.-D. Höffken  
und L. Boesen

Seite 74

## Metamizol-Therapie – wie groß ist das Risiko? Seite 76

## Leitsymptome für den Notfall

Bandscheibenvorfall Seite 77

## Das Magenkarzinom

Therapiemöglichkeiten und  
ihre Prognose

von Rainer M. Seufert Seite 80

## Harnsteinerkrankungen

Wie können Rezidive  
verhindert werden?

von Oskar Schmucki Seite 88

## Schlafstörungen und Depression

Diagnostische und  
therapeutische Probleme

von Dietrich  
Schneider-Helmert

Seite 96



Wolfgang  
Eisenmenger



Wolfgang  
Spann

# Rechtliche Aspekte der Aufklärung Krebskranker

Hat der Arzt noch Entscheidungsfreiheit?

**Die jüngste Entwicklung der juristischen Praxis in Fragen des Arztrechts hat gerade im Hinblick auf die Aufklärung die Ärzte verunsichert. Es werden Urteile gefällt, in denen eine Aufklärung auch über Operationsrisiken verlangt wird, die bei eins zu 1000 oder eins zu 2000 liegen, es werden Ärzte zur Zahlung von Schmerzensgeld verurteilt, die lege artis behandelt haben, denen aber der Nachweis einer juristisch ausreichenden Aufklärung nicht gelingt. Die Situation wird von Arztrechtlern so umschrieben, daß in der Medizin *salus aegroti*, in der Rechtsprechung *voluntas aegroti suprema lex* seien. Um so wichtiger ist deshalb eine ausreichende Dokumentation.**

Die ärztliche Erkenntnis, daß Geschwulstbildungen beim Menschen quoad vitam völlig unterschiedlich zu beurteilen sind, gewisse Formen aber der Therapie schwer oder gar nicht zugänglich sind und damit eine infauste Prognose begründen, ist älter als die Kodifizierung unseres Rechts in der heute gültigen Form. Probleme der Aufklärung des so Erkrankten bestanden auch schon zur damaligen Zeit, nur lagen sie im moralisch-ethischen Bereich. Auch nach der Kodifizierung des geltenden Rechts blieb den Ärzten lange eine juristische Kontrolle ihres Aufklärungsgebarens im wesentlichen erspart. Bezüglich der Aufklärung Krebskranker war die Problematik auf ärztlicher Seite geprägt vom Einge-ständnis des therapeutischen Nihilismus und der sich daraus ergebenden Frage, ob die „barmherzige Lüge“ das befristete Leben nicht erfüllter, menschlicher, erträglicher gestalte.

Die Änderung des Gesamtaspekts bei diesem Problem beruht zum einen darauf, daß die Diagnose Krebs heute kein Todesurteil mehr darstellt, zum anderen darauf, daß das Arzt-Patienten-Verhältnis sich geändert hat in einer Weise, daß der Patient zunehmend den Vertragscharakter ärztlicher Behandlung herausstellt, wobei er sich als gleichberechtigter Partner versteht und vom Ergebnis der Behandlung aus die juristische Kontrolle der Vertragseinhaltung betreibt. Daß dabei Krankheit als Schicksal nicht mehr akzeptiert wird, ist auch ein Teilaspekt der Perfektion ärztlicher Kunst.

In seiner jüngsten Entscheidung zur Arzthaftung (2 BvR 878/74) zitiert das Bundesverfassungsgericht *Eberhard Schmidt*, nämlich daß das Verhältnis zwischen Arzt und Patient weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung sei. Was die Standesethik vom Arzt fordere, übernehme das Recht weithin zugleich als rechtliche Pflicht. Man würde sich wünschen, daß diese Grundsätze in der Rechtsprechung der Gerichte oft mehr zum Tragen kämen. Gleichwohl kann man nicht behaupten, daß sich zwischen Medizin und Jurisprudenz eine unüberbrückbare Kluft auftäte. Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) und der Ober-

gerichte ist sicher nicht als „arztfeindlich“ zu bezeichnen, sie ist – das ist gerade in jüngster Zeit erkennbar – nach zeitweise tendenziell kritischer Einstellung zum Gebaren und zur Haltung mancher Ärzte, gekennzeichnet von zunehmendem Verständnis für spezielle Probleme ärztlichen Wirkens.

### Bei Kunstfehlerprozessen muß der Arzt die Behauptung mangelnder Aufklärung widerlegen

Daß gerade die Aufklärung häufig Gegenstand der Rechtsprechung geworden ist, liegt nicht an den Gerichten. Die Beweislastregel vor Gericht verlangt vom Patienten, daß er bei einem behaupteten Kunstfehler diesen dem Arzt nachweist, dagegen muß der Arzt die rechtswirksame Einwilligung nach vorausgegangener Aufklärung belegen, wenn sie vom Patienten bestritten wird. Da ein Recht des Patienten zur Einsicht in die Unterlagen des Arztes in der Rechtsprechung meist nicht bejaht wird, ist es schwer, ja oft unmöglich, den Nachweis eines Kunstfehlers zu erbringen. Folglich beschreitet er aus prozeßtaktischen Gründen zunehmend den Weg, der ihm mehr Erfolg verspricht, nämlich die Behauptung mangelnder Aufklärung, die der Arzt widerlegen muß.

Für viele Ärzte ist es unverständlich, weshalb gerade der Aufklärung ein so großes Gewicht im Recht zukommt. Diese Frage ist grundsätzlicher Natur und beim Krebskranken auf den gleichen Prinzipien fußend wie bei jedem anderen Patienten. Grundlage aller Überlegungen ist auf der einen Seite, im Strafrecht, die – wenn auch nicht unumstrittene – Auffassung, daß jeder ärztliche Eingriff eine Körperverletzung darstelle, die nur dann, aber dann auch zuverlässig straffrei bleibt, wenn der Patient rechtswirksam zugestimmt hat. Zur rechtswirksamen Zustimmung gehört aber die Aufklärung des Patienten über alle Umstände, auf die es zur Motivation des Entschlusses, sich diesem Eingriff zu unterziehen, ankommt. Auf der anderen Seite, im Zivilrecht, ergibt sich die Forderung nach Aufklärung aus dem juri-

stischen Verständnis, daß die Beziehung zwischen Arzt und Patient einen Vertrag darstellt, gleichgültig, ob eine Behandlung ambulant oder stationär, telefonisch oder durch Operation am Bewußtlosen durchgeführt wird, wobei der Vertrag formlos und ohne ausdrückliche Erklärung zustande kommt. 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. Als Nebenpflicht aus diesem Vertrag ergibt sich die Verpflichtung zur Aufklärung, wobei manche Autoren, zum Beispiel *Hollmann*, diese sogar als Hauptpflicht ansehen.

Über den Umfang dieser Aufklärung wird generell in der Rechtsprechung ausgeführt, daß sie den ärztlichen Befund beziehungsweise die Diagnose und die danach drohenden Folgen für Leib und Leben, die Art des vorgesehenen Eingriffs, die durch letztere erwartete Heilungschance und die mit dem Eingriff verbundenen Gefahren und Risiken umfassen solle. Dabei haben sich die Ausführungen auf den individuellen, speziellen Fall zu beziehen unter Berücksichtigung der Vorerfahrung, des Bildungsgrades und der besonderen Interessen des Patienten, also zum Beispiel, ob eine Fingeramputation einen Klaviervirtuosen oder einen Bauhilfsarbeiter betrifft. Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung verlangt nicht, daß dem Patienten medizinisches Wissen vermittelt wird, sondern es soll, um mit *Laufs* 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 vorgeschlagene medizinische Maßnahme einzuwilligen.

Die größten Schwierigkeiten im täglichen Umgang mit der Aufklärung ergeben sich aus der Frage, über welche Komplikationen aufgeklärt werden muß, wenn ein Eingriff beabsichtigt ist. Prinzipiell muß aufgeklärt werden über die Grundzüge der Diagnose und der Prognose, je nachdem, ob ein Eingriff durchge-

führt wird oder nicht. Bei der Darstellung des eingriffsspezifischen Risikos geht es nach der Rechtsprechung um „typische Gefahren“, wobei die Auslegung dieses Begriffes in manchen Fällen sehr eindeutig, in anderen aber umstritten sein kann. Wenn in der Ärzteschaft die Forderung des BGH, es müsse unter Umständen auch über eine Komplikationshäufigkeit von eins zu 1000 oder eins zu 2000 aufgeklärt werden (VI ZR 37/79), mit Bestürzung und Empörung zur Kenntnis genommen wurde, so erscheint uns dies verständlich, aber nicht so ohne weiteres gerechtfertigt. Wenn man zum Beispiel an Todesfälle im anaphylaktischen Schock bei Röntgenkontrastdarstellungen der Niere oder der Gallenblase denkt, so wird die Häufigkeit sicher niedriger liegen als diese Zahlen und trotzdem wird es niemand für unschicklich halten, den Patienten darüber aufzuklären, weil es eben eine „typische“ Komplikation ist. Wenn *Spann* in der Literatur die Meinung vertreten hat, daß Gefahren, die mit einer Häufigkeit von mehr als einem Prozent aufräten, 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 treffen lassen. Das ist auch einer der kritischen Punkte bei der sogenannten Formularlösung, die die Aufklärung per Vordruck erleichtern will. Die von *Weissauer* propagierte Stufenaufklärung ist für zahlreiche Erkrankungen und Eingriffe wohl ein durchaus praktikables Vorgehen. Dabei soll der Patient in einer ersten Stufe durch ein Merkblatt über den vorgeschlagenen diagnostischen oder therapeutischen Eingriff und über die alternativen Behandlungsmethoden und Erfolgsaussichten unterrichtet werden, einschließlich der wichtigsten allgemeinen Eingriffsgefahren. Ein Hinweis auf dem Merkblatt verweist darauf, daß es außerdem noch andere seltene und seltenste Risiken gibt, nach denen der Patient bei Interesse fragen solle. Als zweite Stufe folgt dann ein Aufklärungsgespräch.

Alle Überlegungen hierzu gehen aus von dem von *Bockelmann* so formulierten Prinzip, daß das Maß

der Genauigkeit, mit der aufgeklärt werden muß, im umgekehrten Verhältnis zu dem Maß der Dringlichkeit steht, mit der eine Operation – und jede andere ärztliche Maßnahme – indiziert ist. Hält man sich diesen Grundsatz vor Augen, so erkennt man schon, daß bei der Diagnose Krebs die Pflicht zur Aufklärung zu relativieren ist. Es muß allerdings besonders hervorgehoben werden, daß eine nur teilweise Aufklärung mit dem ausschließlichen Zweck, dadurch leichter eine Einwilligung des Patienten zu erreichen, unter keinen Umständen rechtlich zur Debatte steht.

Der BGH hat die Grenzen insofern abgesteckt, als er ausführte, daß über 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 Patienten in seiner Lage für den Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen, nicht aufgeklärt werden müsse. Dies gelte auch für den Fall, daß die möglicherweise eintretenden ungünstigen Nebenwirkungen der Behandlung so viel weniger gravierend seien als die Folgen eines Unterbleibens der Behandlung, so daß sie ein vernünftiger Mensch in der Lage des Patienten für die Willensentschließung, sich der Behandlung zu unterziehen oder sie abzulehnen, nicht als bedeutsam ansehe (NJW 1963, 393).

Keine Wahl bleibt dem Arzt, wenn nur die rückhaltlose Aufklärung geeignet ist, die Entscheidung des Patienten in der einen oder anderen Richtung zu beeinflussen. Das ist gerade durch die jüngsten Erfolge onkologischer Therapie von besonderer Bedeutung, denn die Diagnose einer malignen Geschwulst stellt heute kein „Todesurteil“ mehr dar. Denken wir nur als Paradebeispiel an die Möglichkeiten und Ergebnisse der Behandlung des Seminoms, wo früher kaum eine Heilungschance bestand und heute in 80 Prozent der Fälle eine Dauerheilung oder zumindest langjährige Überlebenszeiten erreicht werden. Die diagnostischen und therapeutischen Methoden beim Verdacht oder der Bestätigung der Krebsdiagnose sind allerdings nicht ungefährlich und mit einer beträchtlichen Zahl unerwünschter Nebenwirkungen ver-

bunden. Schon aus diesem Grunde kann also eine weitgehende Aufklärung beim Krebskranken angebracht sein, wobei sich für den Arzt insofern auch positive Auswirkungen ergeben, als durch die Einwilligung des Patienten nach eingehender Aufklärung dem Arzt ein Teil der Verantwortung abgenommen wird. Nicht zuletzt muß man sich auch vor Augen halten, daß die Eingriffe im Rahmen der Krebstherapie oft so radikal und aggressiv sind, daß man einem verständigen Patienten die Diagnose sowieso nicht verheimlichen kann. Und neben allen ethisch-humanitären Aspekten, die in die Überlegungen zur Aufklärung einfließen, sollte man bedenken, daß zahlreiche Entscheidungen eines Kranken mit infauster Prognose über sein individuelles Schicksal hinausreichen, zum Beispiel die Errichtung eines Testaments, das Zurücktreten von langfristigen geschäftlichen Engagements und anderes mehr.

### **In gewissen Grenzen räumt die Rechtsprechung dem Arzt die Entscheidungsfreiheit zwischen schonungsloser Offenheit und barmherziger Lüge ein**

Wenn man sich all das vergegenwärtigt, könnte es scheinen, als ob aus arztrechtlicher Sicht die uneingeschränkte Aufklärung propagiert werde. Doch weder die Rechtsprechung noch die Rechtsmedizin gehen so weit. Der BGH hat in seiner Rechtsprechung dem Arzt die Wahl zwischen schonungsloser Mitteilung eines zu erwartenden tödlichen Ausgangs und der barmherzigen Lüge nicht genommen, ihm aber mit dieser Entscheidungsfreiheit auch ethisch-humanitäre Verantwortung in großem Maß zugewiesen. 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 Heilungsmög-

lichkeit gerechnet werden müßte. In diesen Fällen steht die Fürsorgepflicht höher als die Aufklärungspflicht.

Wenn der BGH allerdings in einem Urteil ausführte, „nur in dem besonderen Falle, daß die mit der Aufklärung verbundene Eröffnung der Natur des Leidens zu einer ernsten und nicht behebbaren Gesundheitschädigung des Patienten führen würde, könnte ein Absehen von der Aufklärung gerechtfertigt sein“ (BGH Z 29, 176), so verlangte er, daß nicht schon allein die Sorge, die Mitteilung könne den Patienten in Verzweiflung stürzen, ausreichender Rechtfertigungsgrund für eine unterlassene Aufklärung sein dürfe, sondern daß besondere, in der Persönlichkeit des einzelnen Kranken liegende, forensisch greifbare Umstände eine ernste und unbehebare Gefahr für seine Gesundheit erwarten lassen (*Laufs*).

Eine solche Forderung geht aber völlig an der Wirklichkeit vorbei, weil sie sich eine Betrachtungsweise ex post zu eigen macht, während vom Arzt die Beurteilung ex ante verlangt wird. Die Befolgung der Leitsätze dieser Rechtsprechung hätte zur Voraussetzung, daß der Arzt im Einzelfall zuverlässig vorhersagen oder zumindest einigermaßen sicher abschätzen können müßte, welche Reaktion ein Patient auf die Mitteilung einer infausten Prognose hin zeigen wird. Jeder erfahrene Praktiker kann dafür zwar ein gewisses Gefühl haben oder entwickeln, aber die Fälle, wo ein vermeintlich psychisch stabiler Patient nach Eröffnung einer schlechten Prognose in Verzweiflung verfiel und damit auch ein rascher körperlicher Verfall einherging, gehören wohl zur traurigen Erfahrung der meisten Ärzte, ganz zu schweigen von den Fällen, die dann zum Suizid führen. Wenn man dann noch an die besonderen Einzelfälle denkt, bei denen die Obduktion nach einem Suizid Zweifel an der ausgesprochenen schlechten Prognose aufkommen läßt, dann wird einem die Fragwürdigkeit dieser Normen der Rechtsprechung drastisch vor Augen geführt. Sie veranlaßt uns zur Forderung, daß der Arzt sich am Krankenbett nicht ausschließlich von höchstrichterlichen Entscheidungen leiten lassen kann.

Damit erwächst aber dem Arzt auch die Pflicht, sich dem Krebskranken mehr menschlich zuzuwenden als dem „Durchschnittspatienten“. Die Einbeziehung des Psychologen, des Seelsorgers und der Angehörigen in die Behandlung muß in einem größeren Umfang, als bisher oft geschehen, erfolgen, zumal die Ergebnisse an großen onkologischen Behandlungszentren ermutigende Erfolge zeigen. Daß in diesem Zusammenhang die reine Formblattaufklärung oder die Delegation des so wichtigen ärztlichen Gesprächs keine Lösungen darstellen, sollte selbstverständlich sein. Die an und für sich positive Entwicklung, daß Krebskranke sich zu Selbsthilfe-Organisationen zusammengeschlossen haben, wirft andererseits doch auch die Frage auf, ob die ärztliche Betreuung in diesen Punkten nicht viel zu wünschen übrigläßt.

Über eine Möglichkeit, die Aufklärung ins Ermessen des Arztes zu stellen, wird viel zu wenig diskutiert und nachgedacht, nämlich den Verzicht des Patienten auf Aufklärung. Diese Möglichkeit ist juristisch einwandfrei, sie setzt aber ein ungebrochenes, um nicht zu sagen grenzenloses Vertrauen des Patienten zum Arzt voraus, wie es wohl nur bei jahrelanger Betreuung aufzubauen ist, im besten Sinne hausärztlicher Zuwendung.

### **Muß eine Operation abgebrochen werden, wenn ein erhöhtes Risiko auftritt, über das nicht aufgeklärt wurde?**

Abschließend soll noch auf ein Problem hingewiesen werden, welches zwar nicht neu ist, aber gerade bei Krebskranken gehäuft auftreten kann und in der jüngsten Rechtsprechung eine für das ärztliche Verständnis unbefriedigende Behandlung erfahren hat. Es geht um die Aufklärung, wenn während einer Operation überraschende, bis dahin nicht bekannte Befunde erhoben werden, die das Ausmaß der Operation verändern oder einen völlig abweichenden, zusätzlichen Eingriff erfordern. In einem Urteil von 1976, das allerdings nicht auf ei-

nen Krebskranken Bezug nahm, hat der BGH dazu 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. Diese Entscheidung belegt einmal mehr die Diskrepanz der richterlichen Betrachtung ex post und der Wirklichkeit ärztlicher Entscheidung ex ante. Denn wer wollte bestreiten, daß jede Unterbrechung oder jeder Abbruch einer Operation bezüglich der Narkose beim geschwächten Patienten ein besonderes Risiko darstellt und mit jeder neuen Narkose ein neues Risiko auftaucht. In diesem Falle muß man die Juristen mit den eigenen Waffen schlagen, indem man in Anlehnung an die zitierte BGH-Entscheidung argumentiert, daß die „möglicherweise eintretenden ungünstigen Nebenwirkungen der erweiterten Behandlung sich als soviel weniger gravierend darstellten, als die Folgen einer Unterlassung dieser erweiterten Behandlung, daß sie ein vernünftiger Mensch nicht als bedeutsam angesehen hätte“, und daß sich somit für den Arzt im speziellen Fall ex ante die Beurteilung so – und nur so – gestellt habe.

Wie der Arzt auch immer vorgeht – und wir glauben dargetan zu haben, daß die Rechtsprechung durchaus verschiedene Wege offenläßt – wichtiger Punkt ist mehr denn je die Dokumentation. Ein Vordruck ohne nähere Erläuterungen ist meist kein ausreichender Beleg. Wer solche Mühen scheut, sollte sich vor Augen halten, wieviel mühseliger es ist, trotz besseren Wissens vor Gericht einen Nachweis schuldig bleiben zu müssen. ■

#### Literatur

Bockelmann, P.: Aufklärungspflicht des Arztes aus juristischer Sicht. Hess. Ärzteblatt 1977, S. 274-282

Hollmann, A.: Aufklärungspflicht des Arztes unter besonderer Berücksichtigung der Neurochirurgie. Dissertation Würzburg 1969

Laufs, A.: Arztrecht. Ch. Beck'sche-Verlagsbuchhandlung, 2. Auflage, München 1978

Weissauer, W.: Ärztliche Aufklärungspflicht – rechtliche Problematik und Lösungsvorschläge. Bayer. Ärzteblatt 5, 1980, S. 455