

moderne medizin

Inhalt 8/81

Zur Sache	Gesunde Geschäfte mit kranken Menschen	566
Editorial	Arthrose: Mehr als eine Alters- erscheinung G. J. Bach, Bayreuth	569
Titelgeschichte	Mit „polypragmatischer“ Behandlung der Arthrose zum Ziel G. J. Bach, Bayreuth	572
Diagnostik	Einfache Herz-Kreislauf- Prüfungen H. Löllgen, Freiburg	584
Der Notfall	Anaphylaktischer Schock J. Kilian, Ulm	593
Bonn-Report	Griff in die Tasche	620
Interaktionen	Welche Medikamente stören die neuromuskuläre Über- tragung?	621
Medizin im Bild	Tumoren der Haut	628
Aktuell	Patientenaufklärung: Wie packt man ein heißes Eisen an? W. Eisenmenger und W. Spann, München	630
Rubriken	Essentiell	570
	Arzneimittelreport	624
	mm-Index	632
	Röntgenquiz	634
	Impressum	634

Patientenaufklärung

Wie packt man ein heißes Eisen an?



Von
W. Eisenmenger
und W. Spann,
München

Fragen zur Aufklärungspflicht haben in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies beruht im wesentlichen auf der Beweislast vor Gericht. Behauptet ein Patient einen Fehler des Arztes bei der Behandlung, so muß er dafür den Nachweis erbringen, was sich oft sehr schwierig gestaltet. Wird dagegen vom Patienten vorgebracht, er sei nicht oder unzureichend aufgeklärt worden, so muß der Arzt das Gegenteil beweisen. Auf diese Weise kommt der Patient meist zum Prozeßerfolg.

Die Urteile des Bundesgerichtshofes (BGH) haben zum Umfang der Aufklärung einige bemerkenswerte Leitsätze gebracht. Generell war in der Jurisprudenz unbestritten, daß eine umgekehrte Proportionalität besteht zwischen Dringlichkeit eines Eingriffes und Umfang der Aufklärung. Daraus ergab sich, daß vor rein kosmetischen Operationen eine umfassende Aufklärung geboten ist, während bei der lebensrettenden Notoperation Fragen der Aufklärung weitgehend zurücktreten.

Aufgeklärt werden soll nach der Rechtssprechung über den ärztlichen Befund, die daraus drohenden Gefahren für Leib und Leben, die Art des vorgesehenen Eingriffes, die erwartete Heilungschance und die mit dem Eingriff verbundenen Risiken und Gefahren. Nach einer BGH-Entscheidung (1) muß auf die „typischen“ Gefahren einer bestimmten Behandlungsmethode oder eines Eingriffes hingewiesen werden, wobei es nicht auf die rein

zahlenmäßige Häufigkeit einer Komplikation ankommt.

Eine wesentliche Erleichterung verspricht hier die von *Weissauer* vorgeschlagene Stufenaufklärung (2) unter Zuhilfenahme eines Vordruckes, in dem die typischen Gefahren bekannter, häufiger Eingriffe schon zusammengefaßt sind. Wünscht der Patient dann noch weitergehende Erläuterungen, so kann dies durch ein eingehendes Gespräch mit dem Therapeuten geschehen. Die Aufklärung soll allerdings nicht soweit gehen, medizinisches Wissen zu vermitteln.

Grenzen findet die Aufklärung dort, wo, um mit einem Urteil des BGH (3) zu sprechen, „eine Gefahr sich so selten verwirklicht 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 fällt“ bzw. „wenn die möglicherweise eintretenden, ungünstigen Ne-

benwirkungen der Behandlung so viel weniger gravierend sind als die Folgen eines Unterbleibens der Behandlung, daß sie ein vernünftiger Mensch in der Lage des Patienten für die Willensentschließung, sich der Behandlung zu unterziehen oder sie abzulehnen, nicht als bedeutsam ansieht.“

Grenzen kann die Aufklärung ferner finden durch das ärztliche Prinzip des „*nil nocere*“. Der BGH hat hierzu allerdings ausgeführt, daß nicht schon allein die Sorge, der Patient könne verzweifeln, ausreicht, sondern daß besondere, in der Persönlichkeit des einzelnen Kranken liegende, forensisch greifbare Umstände eine ernsthafte und unbeheb- bare Gefahr für seine Gesundheit erwarten lassen müssen. Daß diese Forderung vom Arzt hellseherische Fähigkeiten verlangen würde, bedarf keiner besonderen Erörterung.

In der Praxis des niedergelassenen Allgemeinmediziners und des Internisten ergeben sich Probleme überwiegend im Zusammenhang mit der Dia-

gnose und der therapeutisch gebotenen Sicherungsaufklärung und nur selten mit der Eingriff- oder Risikoaufklärung. Der niedergelassene Praktiker und Internist läuft daher viel weniger Gefahr, wegen Verstoß gegen die Aufklärungspflicht gerichtlich belangt zu werden als die in operativen Fächern tätigen Ärzte. Allerdings sind die diagnostischen Möglichkeiten in den letzten Jahren durch Methoden bereichert worden, die einem operativen Eingriff nahekommen oder gleichen. Gedacht ist hier besonders an die Endoskopie und Biopsie, die heute ja durchaus ambulant und in der Praxis des Spezialisten mit gutem Erfolg durchgeführt werden. Die Nennung typischer Gefahren ist hier leicht zu umreißen, sie umfaßt Perforation und Blutung. Komplizierter gestaltet sich allerdings die Nadelpunktion tumorverdächtiger Gewebe, da hier die Diskussion um die Metastasierung im Punktionskanal unter den Fachgelehrten noch nicht zum Abschluß gekommen ist.

Außerdem werden Praktiker und Internist wohl im wesentlichen Schwierigkeiten mit der Aufklärung bei Verdacht oder bei gesicherter Diagnose einer Krankheit mit infauster Prognose haben. Solange die Diagnose nicht gesichert ist, kann in der Regel nur die Dringlichkeit, den Patienten zur Zustimmung zu weiterführenden, komplizierteren und risikobelasteteren Untersuchungsmethoden zu bringen, die Mitteilung eines so folgenschweren Verdachts rechtfertigen.

Bei gesicherter Diagnose einer lebensbedrohenden Erkrankung sollte man sich insbesondere bei den malignen Tumoren vor Augen halten, daß die Prognose in den letzten Jahren bei bestimmten Malignomen erheblich verbessert werden konnte, aber nur unter Einsatz aller „aggressiven Therapiemöglichkeiten“, die man dem Patienten wegen der Nebenwirkungen nicht zumuten kann ohne Aufklärung über das Wesen seiner Krankheit.

In den Fällen, die in einem absolut infausten Stadium erst erkannt werden, stellt sich nach wie vor die Frage nach der „barmherzigen Lüge“. Daß der Patient aus diesem Problembereich der besonderen Zuwendung des Arztes bedarf, steht außer Diskussion. Die Einbeziehung des Psychologen, des Sozialtherapeuten, des Seelsorgers und von Selbsthilfegruppen in die ärztliche Behandlung ist unserer Ansicht nach allerdings noch viel zu wenig in den therapeutischen Vorstellungen verankert.

Bei der Therapie ist besonders die ständige Weiterbildung über neue Pharmaka unabdingbare Voraussetzung für eine Aufklärung über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Noch wichtiger erscheint aber der Problembereich der Nebenwirkungen. Als Rechtsmediziner ist man besonders häufig vor Gericht konfrontiert mit verkehrsmedizinischen Problemen, die sich aus unerwünschten Nebenwirkungen der Arzneimittel ergeben. Hier machen sich die verordnenden Ärzte viel zu wenig Ge-

danken darüber, daß zu der Aufklärung über Risiken der Behandlung auch der Hinweis auf Nebenwirkungen der Arzneimittel gehört.

Bei der parenteralen Medikamentenzufuhr erscheint uns aus den Erfahrungen der bei den Ärztekammern eingerichteten Schlichtungsstellen noch ein besonderer Hinweis angebracht. Zwischenfälle im Zusammenhang mit Injektionen gehören mit zu den vom Patienten am häufigsten behaupteten Kunstfehlern. Sicher liegen diesen Vorbringen in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen tatsächlich Verstöße gegen die Regeln ärztlicher Kunst zugrunde. Aber zahlreiche Komplikationen nach Injektionen, wie z.B. eine erhebliche Hämatombildung oder ein Spritzenabszeß nach intramuskulärer Injektion, stehen oft nicht im Zusammenhang mit ärztlichen oder pflegerischen Fehlern, und das sollte dem Patienten von vornherein klargemacht werden.

Literatur

1. BGH, Neue juristische Wochenschrift (NJW) (1980), 1905.
2. Weißauer, W.: Die Problematik der ärztlichen Aufklärungspflicht. Der Arzt im Krankenhaus 5 (1980), 284.
3. BGH, NJW (1963), 393.

Anschrift der Verfasser:
Prof. Dr. med. W. Eisenmenger,
Prof. Dr. med. W. Spann,
Institut für Rechtsmedizin der
Universität München,
Frauenlobstraße 7a,
8000 München 2. ■