

DIE AUFKLÄRUNGSPFLICHT DES ARZTES

Vor dem Eingriff muss ein Arzt den Patienten über die mit dem Eingriff verbundenen spezifischen Risiken aufklären. Der Patient hat aber das Recht, die Aufklärung abzulehnen. Weder Form noch Zeitpunkt der Aufklärung sind gesetzlich geregelt, sie muss nur so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient sich ohne zeitlichen Druck für oder gegen den Eingriff entscheiden kann. Bei Minderjährigen ist die Genehmigung des gesetzlichen Vertreters, d. h. der Eltern oder des gesetzlichen Vormunds, erforderlich, bei psychisch Kranken entscheidet der gesetzlich bestellte Betreuer. In Notfallsituationen ist der mutmaßliche Wille des Patienten maßgeblich. Lehnt der Arzt einen Eingriff ab, so muss er auch in diesem Fall den Patienten über die Gründe aufklären.

1. DIE AUFKLÄRUNG

Vor einem Eingriff muss der behandelnde Arzt den Patienten über die mit der Behandlung verbundenen spezifischen Risiken aufklären. Dies gilt auch, wenn er den Eingriff zwar nicht für erforderlich hält, aber auf Wunsch des Patienten vornimmt. Je nach der somatischen und psychischen Verfassung des Patienten, der Art und des Stadiums seiner Erkrankung und den Begleitumständen ist es dem Arzt überlassen, wie er die Aufklärung durchführen will. Weder ist die Aufklärung an besondere Formalitäten gebunden, noch existiert eine gesetzliche Regelung darüber, wann die Aufklärung vor einem Heileingriff zu erfolgen hat (9). Informationsblätter und Broschüren können das Gespräch nur vorbereiten oder unterstützen, niemals aber ersetzen (12). Die Aufklärungspflicht ist begründet in dem Bild vom freien, selbstverantwortlich entscheidenden Menschen, über dessen Willenshoheit sich der Arzt nicht deshalb hinwegsetzen darf, weil ihm eine bestimmte Behandlung geboten erscheint (1).

Die Aufklärung kann als Vollaufklärung oder als Stufenaufklärung erfolgen. Die Stufenaufklärung lässt sich unterteilen in die Diagnose-, die Verlaufs-, die Operations-, die Risiko- oder Komplikations- und die Prognoseaufklärung (Tab. 1).

TABELLE 1:

Die Aufklärung

Vollaufklärung
Stufenaufklärung: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnoseaufklärung • Verlaufsufklärung • Operationsaufklärung • Risiko- oder Komplikationsaufklärung • - Prognoseaufklärung

Die Aufklärung sollte auf jeden Fall in angemessener Frist vor dem Eingriff erfolgen, d. h. zu einem Zeitpunkt, in dem der Patient noch im Vollbesitz seiner Erkenntnis- und Entscheidungsfreiheit ist. Bei ambulanten Eingriffen reicht nach einer Entscheidung des BGH eine Aufklärung am Tage des Eingriffs aus (11). Bei stationären Eingriffen muss der Patient vor einem Eingriff so rechtzeitig aufgeklärt werden, dass er durch ausreichende Abwägung der für und gegen die Operation sprechenden Argumente seine Entscheidungsfreiheit und damit sein Selbstbestimmungsrecht wahren kann (24). Er hat ohne Einschränkungen und zu jeder Zeit das Recht, die Diagnose zu erfahren. Dazu gehört die Aufklärung über Art und Prognose der Erkrankung und darüber, welche Auswirkungen, d. h. welche Schäden oder Behinderungen im somatischen wie im psychischen Bereich, resultieren können. Ebenso erstreckt sich die Aufklärung auf den Verlauf der Erkrankung und die zeitlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen. Die Operationsaufklärung beinhaltet die Beschreibung des Eingriffs und die aus der

Operation resultierenden Besserungen, das Aufzeigen von Alternativen (13) und die Angabe von möglichen Schäden, Schmerzen und/oder Folgeeingriffen. Besteht z. B. für einen Patienten nach einer Nieren-Lebendspende ein erhöhtes Risiko, infolge einer Erkrankung der verbliebenen Niere dialysepflichtig und selbst transplantationsbedürftig zu werden (18), so muss über dieses Risiko aufgeklärt werden. Ebenso ist die Aufklärung über Medikamentenwirkungen durch den Arzt bei Infusionen oder bei besonders gravierenden oder häufig auftretenden Nebenwirkungen obligat (7).

Der Begriff Risiko bezieht sich auf ein unerwünschtes Ereignis und schließt erwünschte Ereignisse ausdrücklich aus. Diese Ereignisse lassen sich durch die Art, den Zeitpunkt und die sie beeinflussenden Faktoren charakterisieren (3). Im klinischen Sprachgebrauch wird das Operationsrisiko synonym für das Risiko des chirurgischen Eingriffs und der Narkoseführung gebraucht. Darüber hinaus gibt es aber auch die Begriffe des Risikopatienten und des Risikofaktors sowie eine Reihe weiterer beachtlicher Unklarheiten, so dass eine genaue Definition von Risiko und Risikofaktoren notwendig ist. Die Kenntnis von patientenbezogenen Risikofaktoren gewinnt heute bei immer umfangreicheren Operationen gerade in der Chirurgie zunehmend an Bedeutung (2) (Tab. 2).

TABELLE 2:

Definition von Risiko und Risikofaktor

Begriff	Definition
Risiko	Bezieht sich auf ein unerwünschtes Ereignis. Es lässt sich durch die Wahrscheinlichkeit, mit der dieses Ereignis auftritt, quantifizieren.
Risikofaktor	Bedingung, bei deren Vorhandensein die Wahrscheinlichkeit für ein unerwünschtes Ereignis größer wird als bei Nichtvorhandensein

Bei der Komplikations- oder auch Risikoaufklärung ist zwischen dem allgemeinen Risiko und dem speziellen – meist durch die Erkrankung des Patienten verursachten – Risiko zu unterscheiden. Patienten mit bestehendem Hypertonus, Coronarsklerose, Allergien, starke Raucher oder Diabetiker haben ein höheres perioperatives Risiko. Bei den

speziellen Risiken sind z. B. neben der Wundinfektion, Nahtdehiszenz, Nekrosen, Blutungen, Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen zu nennen. Zu dieser Gruppe gehören z. B. auch die Stimmbandreizung oder der Stimmverlust nach Strumaoperation oder die Anlage eines Anus praeter bei Colonresektionen. Mehr und mehr entwickelt sich auch der Chirurg selbst zum Risikofaktor (4, 20). Zu den tatsächlichen oder möglichen Risiken, über die aufgeklärt werden muss, gehören auch seltene Formen der bakteriellen und/oder viralen Infektionsübertragung auf den Patienten (19).

Beim Abwägen der Indikationsstellung muss das zu erwartende Risiko der Operation, soweit der Arzt dieses voraussehen kann, mit dem der Unterlassung abgewogen werden. Dies trifft vor allem für die elektiven Eingriffe zu. Bei den Notfalloperationen bedingt die Schwere der Erkrankung die Indikation (15).

An die Risikoaufklärung sollte sich die Prognoseaufklärung anschließen. Die Prognose betrifft die Frage der Heilung gerade bei onkologischen und traumatologischen Erkrankungen. Der Patient hat ein Recht zu wissen, wie es um ihn steht oder stehen wird. Dazu gehört auch die postoperative Lebenszeit und Lebensqualität (14). Der früher oft propagierte Standpunkt, dass der Kranke eigentlich nicht wissen, sondern gehorchen will (10), ist heute obsolet. Eine umfassende Aufklärung ist die Brücke zwischen dem Straftatbestand der Körperverletzung sowie der Dienstvertragsverletzung einerseits und der rechtswirksamen Einwilligung und konkludenter Rechtssicherheit für den Arzt andererseits.

2. VERZICHT AUF AUFKLÄRUNG

Nach der Deklaration von Lissabon hat jeder Patient ein Recht auf Aufklärung (5). Allerdings hat jeder Patient auch das Recht, auf eine Aufklärung zu verzichten. Der Arzt sollte dann auf dem Krankenblatt und möglichst unter Hinzuziehung von Zeugen vermerken, dass der Patient die Aufklärung ablehnt. Die Dokumentation ist wichtig, weil es gerade nach einem operativen Eingriff zu einem Bewusstseinswandel kommen kann und der Patient dann von dem, was er vor der Operation gesagt hat, nichts mehr wissen will. Manche Patienten versuchen auch, den Inhalt der Aufklärung möglichst schnell zu vergessen. Ohne Zeugen hat der Arzt dann ein Begründungsproblem, wenn ihm

vorgeworfen wird, den Patienten nicht rechtzeitig und/ oder ausführlich genug aufgeklärt zu haben.

3. DER WILLENSUNFÄHIGE UND MINDERJÄHRIGE PATIENT

Bei willensunfähigen oder minderjährigen Patienten kommt ein Vertrag zwischen Arzt und Patient nach § 611 BGB nicht zustande, da diese Patienten nicht voll geschäftsfähig sind. Zwar kann der minderjährige Patient einwilligungsfähig sein, ab dem 16. Lebensjahr ist die Einwilligungsfähigkeit in der Regel gegeben, jedoch ist die Einwilligung so lange schwebend unwirksam, bis die Genehmigung des Vormunds vorliegt (17). Bei Unklarheiten sollte der Arzt deshalb das Vormundschaftsgericht einschalten mit der Bitte zu entscheiden. Bei schweren Eingriffen bei einem Minderjährigen sollten beide Eltern zustimmen. Kann eine einvernehmliche Lösung nicht erreicht werden oder liegt ein Notfall vor, sollte der Arzt wiederum das Vormundschaftsgericht anrufen bzw. sich von diesem in der speziellen Situation beraten lassen. Der gesetzliche Vertreter bei einwilligungsunfähigen Erwachsenen ist der gerichtlich bestellte Betreuer (22). Die Behandlung eines psychisch kranken Menschen darf nur erfolgen, wenn der Patient zustimmt und er die Tragweite des Eingriffs versteht, oder wenn der Vormund bzw. der gesetzlich bestellte Betreuer eingewilligt hat. Außer in Notfällen gibt es keine Behandlungspflicht für Ärzte (8). Der Arzt kann und sollte die Behandlung gerade bei minderjährigen oder willensunfähigen Patienten ablehnen, wenn ethische und/oder rechtliche Gründe dagegen sprechen.

4. NOTFALLSITUATIONEN

Notfälle sind Störungen der Vitalfunktion bei Erwachsenen oder Kindern, Unfälle oder psychische Erkrankungen mit manifester und/oder drohender Schädigung der Integrität des Körpers. Je dringender die ärztliche Maßnahme, desto geringere Anforderungen sind an den Umfang der Aufklärungspflicht zu stellen, wobei in Notfällen jede Aufklärungspflicht erlischt (23). Der Notfallpatient ist oft nicht in der Lage, seinen Willen frei zu äußern. In diesen Situationen, wo der Arzt schnell im Sinne des Patienten handeln muss, gilt der § 677 BGB: Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm

beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert (17). Der Arzt handelt somit in Notfällen als Geschäftsführer ohne Auftrag in dem mutmaßlichen Willen des Patienten. Der Arzt vollzieht alle sinnvollen und notwendigen Maßnahmen, die auch ein Patient gewollt hätte, wenn er seinen Willen hätte frei äußern können.

5. DIE KONTRAINDIKATION

Entscheidet sich der Arzt aufgrund bestimmter Umstände gegen einen Eingriff, muß auch in diesem Fall der Patient vom Arzt ausführlich darüber aufgeklärt werden. Denn der umsichtige Arzt stellt nicht nur die Indikation, er unterlässt es auch im Sinne der Heilung und der Lebensqualität seines Patienten. Die Kontraindikation ist zu stellen, wenn eine große Gefahr besteht, dass der Patient den Eingriff nicht überleben wird oder der Schaden durch die Operation größer ist als sein Nutzen. Das „salus aegroti suprema lex“ gilt nirgendwo so sehr wie bei der Kontraindikation. Eine weitere Gruppe der Kontraindikationen umfasst die kosmetisch-plastischen Operationen ohne medizinische oder psychosoziale Begründung (Tab. 3).

Kann der Arzt – außer im Notfall – eine Indikation nicht mit der besonderen berufsmäßigen Sorgfalt stellen, so ist die Unterlassung angezeigt, da er sich sonst in die Grauzone

TABELLE 3:

Kontraindikationen (21)

- Wenn keine oder keine korrigierbare Erkrankung vorliegt
- Bei benignen Prozessen und Fehlen subjektiver und objektiver Symptome
- Bei Inoperabilität
- Bei Unsittlichkeit des Eingriffs
- Bei fehlender Einwilligung des Patienten
- Wenn die Folgen der Operation für den Patienten nachteiliger sind als die Erkrankung selbst
- Wenn andere Erkrankungen verlaufsbestimmend sind
- Wenn alternative Therapien besser erscheinen

der Fahrlässigkeit begibt. Gemäß § 276 BGB handelt fahrlässig, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht lässt (6). So wurde z. B. bei einer medizinisch nicht indizierten Teilnephrektomie links und irrtümlichen Nephrektomie rechts die berufsmäßige Sorgfalt außer acht gelassen. Die behandelnden Ärzte wurden wegen Fahrlässigkeit verurteilt, da die unterlassene Sonographie der linken Niere das gutartige Adenom gezeigt hätte und es anschließend nie zu einer verwechselnden rechten Nephrektomie gekommen wäre (16). Nur bei Beachten der besonderen berufsmäßigen Sorgfalt und der eingehenden sachbezogenen Aufklärung mit folgender rechtswirksamer Einwilligung erlangt der Arzt jene Rechtssicherheit, die er braucht, um seinen Beruf mit der notwendigen Freude aber auch Gelassenheit auszuüben.

LITERATUR

1. Arzt G, Weber U (2000) Strafrecht. Bielefeld: Verlag Ernst und Werner Gieseking
2. Bartels H (2001) Präoperative Risikoabschätzung und Operationsvorbereitung in der onkologischen Chirurgie. In: Siewert JR, Harder F, Rothmund M (Hrsg.) Praxis der Visceralchirurgie (S. 331-339). Heidelberg: Springer.
3. Bartels H, Stein HJ, Schömig A, Siewert JR (1997) Risikoerfassung. Chirurg 68: 654-661
4. Birkmeyer JD, Siewers AE (2002) Hospital Volume and surgical mortality in the United States. New England Journal of Medicine 346: 1128-1137
5. Deutsch E (1989) The Right not to Be Treated or to Refuse Treatment. Medicine and Law 7: 433-438
6. Deutsch E (1992) Pioniereingriffe in der Chirurgie und ihr rechtlicher Hintergrund. Zentralblatt für Chirurgie 117: 569-574
7. Deutsch E (1998) Medizinrecht. Heidelberg: Springer
8. Deutsch E (2001) Die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren als Rechtsproblem. Medizinrecht 9: 435-439
9. Hoppe JF (1998) Der Zeitpunkt der Aufklärung des Patienten - Konsequenzen der neuen Rechtsprechung. Neue Juristische Wochenschrift 12: 782-787
10. Jaspers K (1958) Die Idee des Arztes (1953). In: Philosophie und Welt. Reden und Aufsätze (S. 169 - 183). München: R. Piper & Co Verlag
11. Kern B-R (2001) Aufklärung vor einer Routineimpfung. Medizinrecht 1: 42-46
12. Kern B-R, Laufs A (1982) Grundregeln zur Aufklärungspflicht des Arztes. Chirurg 53: 807-809
13. Kleinwefers H (1981) Zur Aufklärung des Patienten. Versicherungsrecht 5: 99-104
14. Klöti J, Dangel P, Boltshauser E (1982) Die Behandlung des Schädel-Hirn-Traumas im Kindesalter. Notfallmedizin 8: 194-211
15. Krukemeyer MG (1994) Die chirurgische Indikation beim alten Menschen. Journal für Anästhesie und Intensivmedizin 4: 25-29
16. Madea B (2003) Praxis Rechtsmedizin. Heidelberg: Springer
17. Palandt O (2002) BGB. München: C. H. Beck
18. Sengler H (2000) Stellungnahme zu rechtlichen Aspekten der Lebendspende aus Sicht des Bundesgesundheitsministers. In: Kirste G (Hrsg.) Nieren-Lebendspende (S. 100-124). Lengerich: Pabst Science Publishers
19. Sewing KF (2001) Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Xenotransplantation. In: Winter S, Fenger H, Schreiber H-L (Hrsg.) Genmedizin und Recht (S. 1223-1243). München: C. H. Beck
20. Siewert JR, Sieß MA (2003) High Volume Hospital. The connection between number of cases and outcome quality in surgery. Chirurg 74 (4): 278-281
21. Stallkamp B (1988) Indikation und Kontraindikation des operativen Eingriffs. In: Häring R, Zilch H (Hrsg.) Chirurgie (S. 99-105). Berlin: de Gruyter
22. Strätling M, Scharf VE, Wedel C, Oehmichen F, Eisenbart B (2001) Möglichkeiten zur Verminderung rechtlicher und ethischer Probleme bei der Behandlung nicht einwilligungsfähiger oder von Entscheidungsunfähigkeit bedrohter Patienten. Medizinrecht 8: 385-395
23. Ulsenheimer K (1995) Perioperative Risikofaktoren aus juristischer Sicht und Patientenaufklärung. Gynäkologe 28: 117-123
24. Wertenbruch J (1995) Der Zeitpunkt der Patientenaufklärung. Medizinrecht 8: 306-310

DR. M. G. KRUKEMEYER

*Vorsitzender der Gesellschafter-
versammlung der Paracelsus-Kliniken
Sedanstr. 109
D-49076 Osnabrück*

PROF. DR. K. PÜSCHEL

*Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der
Universität Hamburg
Butenfeld 34
D-22529 Hamburg*