

SCHWERPUNKT AUFKLÄRUNGSPFLICHT UND HAFTUNG

Ethische Probleme ärztlicher Aufklärung

Günther PÖLTNER

ZUSAMMENFASSUNG

Die ärztliche Aufklärung ist eine existentielle Entscheidungshilfe für den Patienten. Sie darf sich daher nicht auf eine bloß medizinische Sachinformation zurückziehen. Aufklärung sollte prinzipiell wahrheitsgemäß, dabei aber schrittweise, einfühlsam und rücksichtsvoll erfolgen. Inhaltlich sollten neben den medizinischen Fakten, die Diagnose, die Prognose, Therapiemöglichkeiten bzw. Therapiealternativen samt möglichen Risiken, aber auch die Folgen einer unterlassenen Therapie zur Sprache kommen. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung liegt in der Fähigkeit, die Mitte einzuhalten, zwischen Erregung unnötiger Angst oder Hoffnungslosigkeit und falscher Hochstimmung.

Schlüsselwörter: Aufklärung, Entscheidungshilfe, wahrheitsgemäße Sachinformation, ärztliche Gesprächsführung

ABSTRACT

The medical doctors enlightning explanation is a vitally necessary aid in decision making for the patient. It must, therefore, not revert only to information on medical facts. In principle, the explanation should contain the full truth but should take place in small steps with sensibility and consideration. Besides the medical facts, the diagnosis, the prognosis, the possible therapy, the alternative therapies and their risks, and also the consequences of abstaining from therapy should be spoken about. The doctors skill in carrying out this conversation must lay in a Bedside Manner seeking the moderate mean between excitation and even fear of hopelessness and false exuberance.

keywords : enlightning explanations, decision aid, truth on medical facts, bedside manner

1. Ärztliche Aufklärung als existentielle Entscheidungshilfe für den Patienten

Die Patientenaufklärung ist ein besonderer Modus des Arzt-Patient-Verhältnisses. Die Verpflichtung zu ihr ergibt sich daraus, daß eine ärztliche Behandlung an die Zustimmung des Betroffenen gebunden ist, und Zustimmung das entsprechende Wissen um die eigene Situation voraussetzt. Was ganz allgemein für ein Gespräch gilt – Wille zur gemeinsamen Wahrheitsfindung, Aufrichtigkeit, Wohlwollen, Wahrhaftigkeit –, gilt mutatis mutandis auch für das Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient. Wie alles menschliche Tun steht auch das Aufklärungsgespräch unter einer ethischen Anforderung. Diese ist an alle Partner gerichtet – also nicht nur an den Arzt, sondern – was nicht vergessen werden sollte – auch an den Patienten. (Wichtigkeit der Patienten-Mitarbeit!) Freilich ist das Aufklärungsgespräch bei aller Gleichrangigkeit der Partner dennoch insofern durch eine Ungleichheit charakterisiert, als der Patient ein Hilfesuchender ist, der für seine Entscheidungsfindung auf den Rat des Arztes angewiesen ist. Aus dieser Spannung von Gleichrangigkeit und Ungleichheit ergeben sich insbesondere die ethischen Probleme ärztlicher Aufklärung.

Schränkt man den Begriff der ärztlichen Aufklärung auf die medizinische Sachinformation ein, so ist er von dem der sog. Wahrheit am Krankenbett zu unterscheiden. Doch gibt es gute Gründe, diese Bedeutungseinschränkung aufzuheben, weil die medizinische Sachinformation nur einen Teil ärztlicher Aufklärung bildet. Bei ihr geht es immer auch um eine Hilfe für Entscheidungen, welche so oder so die Lebenspraxis des Patienten insgesamt betreffen. Weil Sinn und Zweck einer Patientenaufklärung in der existentiellen Entscheidungshilfe für den Patienten beruht, darf sie sich nicht auf eine bloß medizinische Sachinformation zurückziehen. (Solch ein Rückzug würde vergessen, daß ärztliches Tun nicht bloß unter der pragmatischen Differenz

von richtig/falsch, sondern auch unter der moralischen Differenz von gut/böse steht.) Weil die ärztliche Aufklärung ein besonderer Modus des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist, kommen bei ihr naturgemäß all jene Fragen ins Spiel, welche dieses Verhältnis grundsätzlich betreffen. Ihre konkrete Durchführung wird abhängig sein vom (mehr oder weniger reflektierten) Vorverständnis betreffend u.a. die Aufgabe einer ärztlichen Tätigkeit, den Sinn menschlichen Daseins als Mit- und Füreinanderdasein, Geburt und Tod, Schmerz und Leid, Gesundsein und Kranksein.

2. Der Patient als Gesprächspartner

Der Patient steht dem Arzt als hilfe- und ratsuchender Mit-Mensch gegenüber. Dieses Gegenüber lebt vom gegenseitigen, wenngleich (im Sinne der oben genannten Ungleichheit) verschieden akzentuierten Vertrauen. Dessen Erhaltung erfordert die Beachtung der Situation des Patienten, des Ausmaßes und der Schwere seiner Erkrankung und die Rücksichtnahme darauf, was ihm unter den gegebenen Umständen zumutbar ist, und was er ertragen kann. Ärztliche Aufklärung sollte wahrheitsgemäß erfolgen – auch und gerade wenn es sich um eine schwere oder gar unheilbare Krankheit handelt. Wahrheitsgemäße Aufklärung wird schrittweise, einfühlsam und rücksichtsvoll erfolgen mit dem Ziel, daß der Kranke sich selbst die Wahrheit sagen und sich selbst annehmen kann. Die unverzichtbare Vertrauensbasis des Arzt-Patienten-Bezugs wird gleicherweise zerstört, wenn aus extrem paternalistischer Haltung eine Aufklärung – in wohlgemeinter Schonung – einfach unterlassen wird, bzw. wenn sie im Zeichen einer extremen Patientenautonomie zur Schonungslosigkeit wird. In beiden Fällen wird der Patient letztlich allein gelassen. Eine Unterlassung verhindert nicht, daß der Patient auf andere Weise von der Schwere seiner Erkrankung erfährt. Scho-

nungslose Aufklärung verwechselt die Autonomie des anderen mit der Entpflichtung von der eigenen Verantwortung für ihn.

Eine wahrheitsgemäße Aufklärung wird den medizinischen Kenntnisstand des Patienten berücksichtigen und sich naturgemäß um eine individuelle Prognose bemühen, die den Betroffenen selbstverständlich am meisten interessiert. Die Behutsamkeit der Aufklärung wird der Ernsthaftigkeit der Erkrankung sowie der eventuell bestehenden Unsicherheit der Prognose entsprechen. Je eindeutiger die Fakten zu interpretieren sind, und je sicherer die Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie ist, desto ausführlicher wird man sprechen können. Umgekehrt wird man unnötig Besorgniserregendes verschweigen und also nur das *hic et nunc* Wichtige mitteilen. Insbesondere wird das Wissenwollen und Verstehenkönnen des Patienten zu berücksichtigen sein. Der Erkrankte leidet so oder so an seiner Krankheit. Selbsteinschätzung des Patienten und Fremdbeurteilung durch den Arzt sind nicht einfach deckungsgleich. Nicht nur bei schweren, sondern auch bei eher leichten Erkrankungen möchte der Patient gefragt werden, was ihn an seiner Krankheit bedrückt. Der Patient sorgt sich, und die ausdrückliche Frage des Arztes nach diesen Sorgen ist bereits ein erster hilfreicher Schritt. Was auch sonst gilt – daß menschliches Wahrnehmen allemal ein verstehendes, in einem Verstehenshorizont sich bewegendes Wahrnehmen ist –, ist beim Aufklärungsgespräch in besonderem Maße zu berücksichtigen. Hören ist nicht einfach ein Aufnehmen akustischer Reize. Was der Patient hört, ist von seinem Erwartungs- bzw. Befürchtungshorizont mitbestimmt.¹ Er hört dann zuweilen anders, als der Arzt zu verstehen geben will, (er überhört, hört nicht hin, kann jetzt nicht hören), Gehörtes und Gemeintes entsprechen einander nicht. (Schon deshalb – und nicht erst aus rechtlichen Gründen wie Schutz vor drohender Patientenklage wegen mangelhafter oder nicht durchgeführter Aufklärung – hat die

Dokumentation der Aufklärung (ev. mit Zeugen) ihren unverzichtbaren Platz.) In vielen Fällen wird das Aufklärungsgespräch nicht auf ein einmaliges Miteinanderreden beschränken können, sondern zu einem Gesprächsweg werden müssen. Umgekehrt sind auch die Fragen des Patienten interpretationsbedürftig. Das Gesprochene muß nicht immer das Gesagte, d.h. dasjenige sein, was der Patient bewußt oder unbewußt zu verstehen geben und was er dann gefragt werden will. Mit Rücksicht auf seine Fähigkeit zu ertragen kann es möglicherweise die ethische Pflicht zur Unterlassung von Mitteilungen geben, wenn diese im konkreten Fall zum Schaden des Patienten und nicht zu seinem Wohle sind. Hier braucht der Arzt neben einer gewissen Kenntnis der Person des Patienten, seinen Lebensgewohnheiten und seinen Wertvorstellungen – die anglo-amerikanische Bioethik spricht von *value history* – auch ein Beurteilungsvermögen des im Augenblick Möglichen.

3. Der Arzt als Gesprächspartner

Ärztliche Aufklärung soll eine Hilfe für den Kranken bilden, d.h. in ihm den kranken Mitmenschen sehen. Demgemäß ist umgekehrt der Arzt als sachkompetenter Mit-Mensch, d.h. als 'guter Arzt' gefragt. Dieser verbindet medizinisches Sachwissen mit sittlich-praktischem, d.i. die Lebensführung betreffendem Wissen.² Eine wirksame Entscheidungshilfe wird sich an einem umfassenden Verständnis von Gesundsein bzw. Kranksein orientieren, Krankheit nicht nur als Funktionsstörung oder Funktionsausfall betrachten, sondern in ihr vor allem eine Existenzform sehen – sind doch dem Kranken gewisse Möglichkeiten seines Welt-Bezugs, der Gestaltung seines Miteinanderseins zeitweilig oder auf immer entzogen. Deshalb darf hier die zentrale Frage keinesfalls übergangen werden, was im gegebenen Fall das für den Patienten Beste ist, wie man ihm am

besten helfen kann. Der Arzt wird sich um eine Ausgewogenheit zwischen sachlicher Information und existentieller Entscheidungshilfe bemühen, die ohne Kenntnis der Lebensgeschichte, der Grundeinstellung zum Leben, des persönlichen Ethos des Patienten wohl kaum zu erreichen sein wird. Er wird sich nicht belehrend aufdrängen, sich aber auch den an ihn gerichteten Fragen nicht verschließen dürfen. Der Patient hat ein Recht auf Information, der Arzt ist jedoch nicht gehalten, diese unter allen Umständen ungefragt zu erteilen. Hier kommt es vielmehr auf die rechte Zeit, den rechten Ort und das rechte Wort an. Der Kranke signalisiert – und sei es zuweilen in bildlicher Sprache – wann er und wieviel er von der ihn betreffenden Wahrheit wissen möchte. (Erfahrungsgemäß tun dies auf ihre Weise Kinder und Erwachsene.) Und wie steht es schließlich mit den Auswirkungen einer unerbetenen Aufklärung, die nicht mehr rückgängig zu machen ist? Von ihr wird man nicht sagen können, sie diene dem Heil des Kranken. Patientenaufklärung stellt an den Arzt hohe Anforderungen, denen er unter den Bedingungen ärztlichen Alltags (Zeitknappheit) in vollem Umfang oft nicht nachkommen können (das betrifft insbesondere die rechtlichen Anforderungen bezüglich eines 'informed consent') – was nicht hindert, sich der gestellten Aufgabe bewußt zu bleiben. Von den Hemmnissen ärztlichen Alltags zu unterscheiden ist das Ausweichen oder die Flucht, die sich unter dem Deckmantel einer überzogenen interpretierten Patientenautonomie versteckt, die dann die Legitimationsbasis für einen Rückzug auf uneingeschränkte und bloße Sachinformation bildet. Solch ein Rückzug stiehlt sich an der Verantwortung für eine existentielle Entscheidungshilfe vorbei. Verantwortungslosigkeit maskiert sich als uneingeschränkte Sachlichkeit – nicht zu verwechseln mit der Ehrlichkeit, keine oder noch keine zureichende Diagnose zu besitzen! Sachliche Rückhaltlosigkeit steht in der Gefahr menschlicher Rücksichtslosigkeit. Es ist eine inhumane Überforderung, den Patienten die

volle Last der medizinischen Sachinformation aufzubürden und ihn im übrigen mit den lebenspraktischen Folgen alleine zu lassen, und den Mit-Menschen im Arzt zu verleugnen.

4. Weitere Aspekte

Wenngleich es keine starren, für alle Fälle gleichermaßen zur Anwendung zu bringenden Regeln gibt, ist die Grundfrage nach dem Wer, Was und Wie der ärztlichen Aufklärung keineswegs überflüssig. Ob diese patientengerecht ist, hängt u.a. von der gewählten Sprache ab. Sie soll ja vom Patienten verstanden werden können. (Rücksichtnahme auf Bildungsstand, emotionale Verfassung des Adressaten.) Man wird mit einem zur Hypochondrie neigenden Patienten anders als mit einem robusten, und gewiß mit einem medizinischen Fachkollegen anders als mit einem sog. medizinischen Laien reden können. Doch lauert gerade beim zweiten Fall eine Gefahr: Die Tatsache, es mit einem – wenn auch kranken – Kollegen (einer Kollegin) zu tun zu haben, verleitet besonders stark zum Rückzug auf Sachinformation. Gerade hier kann allzu schnell die existentielle Notsituation vergessen (oder verdrängt) werden, in welcher der Kollege (die Kollegin) sich befindet. Adressat ist auch in diesem Fall der kranke – wenngleich medizinisch voll ausgebildete – Mit-Mensch, der als Kranker auf existentielle Hilfe angewiesen ist.

Was die Inhalte des ärztlichen Aufklärungsgesprächs betrifft, so sind die medizinischen Fakten, das Ergebnis der Diagnose, die Prognose, die Therapiemöglichkeiten bzw. Therapialternativen, die möglichen Risiken (nicht solche, die mit jedem Eingriff verbunden sind), Folgen und Nebenwirkungen einer Therapie, die Folgen ihrer Unterlassung zur Sprache zu bringen.³ (Dabei wird die Neigung zu berücksichtigen sein, das Wahrscheinliche zu unterschätzen und das Unwahrscheinliche zu überschätzen.) Es wird um Maßnahmen zur Erhal-

tung der Gesundheit oder der Verhinderung des Fortschreitens der Krankheit, des Schutzes Dritter gehen – und dies alles auf patientengerechte Weise, also unter der oben genannten Rücksicht des für den Patienten Besten. Dem Problem des für den Patienten Besten entkommt man auch dann nicht, wenn man fälschlich meint, es zugunsten des extrem verstandenen Selbstbestimmungsrechts vernachlässigen zu können. Denn auch die Mitteilung der 'ungeschminkten Wahrheit' steht unter der ethischen Frage, ob sie im gegebenen Fall und unter den gegebenen Umständen Gutes erwirkt oder verwirkt.

Je nach Art der Krankheit wird die Mitteilung über ihren zu erwartenden Verlauf ausfallen. Sie wird gegebenenfalls früh erfolgen, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, sich rechtzeitig auf sie einzustellen. Die Darstellung der Krankheitszusammenhänge soll so geartet sein, daß der Betroffene seine gesundheitsförderlichen Konsequenzen (z.B. Vermeidung schädigenden Verhaltens) ziehen kann. Ein besonderes Problem stellt die Erstellung einer individuellen Prognose angesichts des infolge Spezialisierung anwachsenden Faktenwissens dar (Labor-Medizin). Es dominiert die statistische Prognose des Krankheitsverlaufs, die naturgemäß keine individuellen Auskünfte beithalten kann. Die Erstellung einer trotz verbleibender Unsicherheiten individuellen Prognose erfordert die Kunst, im Besonderen das Allgemeine zu erschauen und Faktenwissen mit der Kenntnis der leiblich-personalen Verfassung des in einer Vielfalt von Lebensbezügen stehenden Patienten zu verbinden.

Ein besonderes Problem bildet die wirksame Patienteneinwilligung und damit die entsprechende Aufklärung als Voraussetzung eines ärztlichen Eingriffs sowie die Aufklärung im Falle der Anwendung neuartiger Methoden oder Medikamente, bei Humanexperimenten und Experimenten im Bereich der Grundlagenforschung. Auf die juristische Seite ist hier nicht einzugehen. Ethisch steht der aufklärende Arzt in der Spannung zwischen Forschungsinteresse (Karriereinteresse) und sei-

nem Heilauftrag, was die Beantwortung der Frage besonders heikel macht, ob und wie er dem Wohl des ihm anvertrauten Patienten dient, oder seine Aufklärung in strategische Manipulation umschlägt. Angesichts einer zunehmenden Tendenz zur Verrechtlichung ärztlichen Handelns besteht die Gefahr einer entsprechend defensivmedizinischen Einstellung, der es in erster Linie nicht um das ärztlich Geforderte, sondern um die Vermeidung des rechtlich Belangbaren geht. Bekanntlich ist die Verwendung schriftlicher Aufklärungsbögen, die vor einer Operation zu unterschreiben sind, keineswegs problemlos. Sie steht im Zeichen einer juristischen Absicherung gegen eventuelle Klagebegehren, bleibt jedoch ein formalistischer Akt, weil sich das Verstehensproblem mit voller Wucht erneut aufwirft: Formulare können keinen Ersatz für das mündliche Gespräch bilden, und das Leisten einer Unterschrift für sich genommen bürgt keineswegs für das zureichende Verständnis des Unterschriebenen.⁴

Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung liegt in der Fähigkeit, die Mitte einzuhalten zwischen Erregung unnötiger Angst, ja Hoffnungslosigkeit und falscher Hochstimmung. Ziel der Patientenaufklärung ist das für den Patienten Beste. Die jeweils neu zu bewältigende Schwierigkeit der Ermittlung dieses Besten besteht darin, daß keiner der Gesprächspartner einfachhin im wissenden Besitz sein kann.⁵ Der Arzt nicht, weil er unter den Bedingungen der modernen Medizin weder der einzig Behandelnde ist noch auch die Lebensgeschichte seines Patienten genau genug kennt, um einen Rat geben zu können – wenn anders ein funktionales Gesundheits- und Krankheitsverständnis nicht zureicht. Die These, es ist der Patient, weil doch am besten er wissen muß, was für ihn gut sei, hat auf den ersten Blick viel für sich. Doch läßt das Phänomen der Selbsttäuschung und existentiellen Verirrung Zweifel an ihrer unumstrittenen Geltung aufkommen. Ist es nicht eher so, daß das für den Patienten Beste –

von den Fällen der Entscheidungsunfähigkeit einmal abgesehen – im gemeinsamen Gespräch allererst erfragt werden muß, und also Arzt und Patient jeder auf seine Weise und im Rahmen seiner Möglichkeiten sich gemeinsam auf den Weg begeben müssen? Wenn das richtig gesehen ist, bedürfte nicht nur der Kranke der Hilfe des Gesunden, sondern der Kranke könnte sogar in solch einem Gespräch umgekehrt zur Hilfe für den Gesunden werden.

Referenzen

1. Gegenwärtig schafft eine sich aus vielen Quellen speisende Pseudo-Aufgeklärtheit des Patienten (Simplifizierung komplexer Verhältnisse; massenmedial aufbereitete Risikokommunikation) so manche Probleme (Weklung falscher Hoffnungen gleicherweise wie unbegründeter Furcht).
2. Man könnte hier terminologisch zwischen Arzt und Mediziner unterscheiden: Einer, der sein sittlich-praktisches Wissen zugunsten des Sachwissens verkümmern läßt, ist im besten Fall ein gescheiter Mediziner, aber noch kein guter Arzt.
3. Unberücksichtigt bleibt hier das Gespräch mit sterbenskranken und dem Tod geweihten Patienten bzw. ihren Angehörigen. Hier hat zwar der behandelnde Arzt weiterhin eine unverzichtbare Aufgabe, doch wird nicht unter allen Umständen er es sein, der hier der bedrückenden Wahrheit Raum zu geben hat. Wer hier der dem Patienten Nächste ist, entscheidet die jeweilige Situation.
4. Es würde das Thema einer eigenen Untersuchung bilden, dem Zusammenhang von modernem Sicherheitsbedürfnis, neuzeitlichem Freiheitsverständnis (Freiheit als Unabhängigkeit, das andere primär negativ gefaßt als das Bedrohliche, das beherrscht werden muß – homo homini lupus) und dem mit diesem Freiheitsbegriff korrespondierenden Naturverständnis (Natur primär als Objekt der Beherrschung) sowie der Verrechtlichung ärztlichen Handelns nachzugehen.
5. Einseitiger Ausdruck dieser Schwierigkeit sind der extrem verstandene Paternalismus und die extrem verstandene Patientenautonomie.