

## Die ärztliche Sicht zu Fragen der Aufklärungspflicht und Haftung von Ärzten

Werner Waldhäusl

### ZUSAMMENFASSUNG

*Die Fortschritte der Medizin haben zu einer weitreichenden Spezialisierung und Arbeitsteilung der an Zahl zunehmenden Ärzteschaft geführt. Der Patienteninformation wird besondere Bedeutung beigemessen. Die Unterlassung einer ordnungsgemäßen Aufklärung bedeutet nicht nur ein Informationsdefizit des Patienten, sondern gilt rechtlich auch als Behandlungsfehler. Das Spannungsfeld zwischen Patient und Arzt wird jedoch von einer weiteren Vielzahl anderer Faktoren mitbestimmt. Dazu gehören die Erwartungen der Gesellschaft, die Erwartungen des Patienten, vorherrschende ethische Normen, Interessenskonflikte, Kostenbewußtsein etc. Die Informationspflicht des Arztes ist dann zu relativieren, wenn dies im wohlverstandenen Interesse des Patienten liegt und die vermittelte Information für ihn und seine Angehörigen glaubhaft bleibt. Der Arzt dient prinzipiell einem individuellen Kranken und nicht einer abstrakten Norm.*

**Schlüsselwörter:** Informationspflicht, Patientenautonomie, Hippokratischer Eid, Patienteninteresse

### ABSTRACT

*Progress in medicine has led to a far reaching specialisation and division of labour which has also increased the number of medical doctors needed. Informing the patient in full has also gained in importance. Failure to properly inform the patient means not only a deficit of vital information for the patient but is also considered a legal omission. The relationship between the patient and the medical doctor is furthermore co-determined by a great number of other factors. These include the expectations of society, the expectations of the patient, predominant ethical norms, conflict of interests, costs involved and etc. The doctors obligation to inform the patient can be relativized if in so doing it serves the primary interests of the patient and the information given him and his next of kin remains credible. In principle, the medical doctor must serve the interests of the individual and not those of an abstract norm.*

**keywords:** duty of information, autonomy of the patient, Hippocratic Oath, interests of the patient

## Ausgangslage

Die Fortschritte der Medizin in den letzten Jahrzehnten haben zu einer weitreichenden Spezialisierung und Arbeitsteilung in der Medizin sowie parallel dazu aber auch zu einer Verdreifachung der Ärztezahl in Österreich geführt (1960: ca. 11.000; 1996: ca. 31.000). Unverändert blieb, wie auch in der Vergangenheit, die Aufgabe des Arztes, dem Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung angedeihen zu lassen. Das Spektrum der damit verbundenen ärztlichen Aufgaben ist aber heute weit gefächerter denn je. Die Aufgaben umfassen Prävention, Diagnose und Therapie von Erkrankungen und sind zum Teil hochspezialisiert. Verbunden damit besteht die Notwendigkeit, Vorteile gegen Risiken abzuwägen und mit Gefahren umzugehen.

Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Information des Patienten über die möglichen Risiken notwendiger diagnostischer und therapeutischer Verfahren zu. Die Unterlassung einer ordnungsgemäßen Aufklärung bedeutet nicht nur ein Informationsdefizit des Patienten, sondern gilt rechtlich auch als Behandlungsfehler<sup>8</sup>. Der an sich selbstverständlichen Pflicht des Arztes, den Patienten zu informieren, ist somit auch im Rahmen der Gesetze nachzukommen. Ärztlicherseits sind dabei jedoch die Besonderheiten der Persönlichkeit des Patienten und auch die Folgen der zu vermittelnden Information für diesen zu beachten. Letzteres bedeutet, daß medizinische Aufklärung stets zu individualisieren ist, zumal das nicht zur Kenntnis nehmen einer Erkrankung (=Dissimulation) den Patienten nicht nur gefährden, sondern auch schützen kann. Das Aufbrechen einer Dissimulation durch Information ist somit ärztlich nur dann vertretbar, wenn dies für den Kranken nützlich ist und Schaden von ihm abwendet. Grundsätzlich gilt, daß die Aufmerksamkeit des Arztes der Heilung des Kranken gilt und daß dem Erreichen dieses Zieles alle anderen Überlegungen nachzuordnen sind.

Das Spannungsfeld zwischen Patient und Arzt ist jedoch nicht allein bipolar und betrifft nicht nur Fragen der medizinischen Aufklärung und Haftung, sondern wird auch von einer Vielzahl anderer Faktoren beherrscht. Dazu gehören die:

- *Erwartungen der Gesellschaft.* Sie sucht Kontrolle und Regulierung des Gesundheitswesens durch Demokratisierung, wobei die daraus resultierende Verrechtlichung im Konflikt mit einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung steht. Diese wird zudem durch eine heute oft angelesene Pseudokompetenz des Patienten untergraben, die in der veröffentlichten Meinung dem Arzt häufig den Willen abspricht, ausschließlich zum Nutzen und Heil des Kranken agieren zu wollen („Voluntas aut salus aegroti suprema lex“). Das sich aus diesem Spannungsfeld ergebende Dilemma verlangt neben der immer schon notwendigen, möglichst richtigen Einschätzung der Patientenpersönlichkeit bezüglich Auffassungsgabe, psychischer Stabilität und Bereitschaft zur Mitarbeit, auch die Berücksichtigung einer zunehmend komplizierteren gesetzlichen Reglementierung des Gesundheitswesens mit allen ihren Folgen. Letztere begünstigten die Entwicklung einer abnehmenden Risikobereitschaft der Ärzte und einer defensiven Medizin, die sich nach allen Seiten dadurch abzusichern trachtet, daß sie die Zahl der diagnostischen Untersuchungen und m.E. auch der therapeutischen Maßnahmen maximiert, um sich derart gegenüber allfälligen, juridisch begründbaren Patientenforderungen abzusichern. Demgegenüber steht der ökonomische Druck der Gesellschaft, die dem unlimitierten Einsatz von Mitteln für die Diagnostik, aber auch für die Behandlung, Schranken setzt.<sup>2</sup> Unerwünscht ist mehrheitlich jede Aufklärung der Gesellschaft durch den Arzt entgegen dem jeweiligen Zeitgeist z.B. über den Zusammenhang von Rauchen und Lungenkrebs, Nikotin und koronarer Herzkrankheit, Aids und Homosexualität oder von Alkohol und Leberzirrhose sowie die Formulierung sich daraus erge-

bender Schlußfolgerungen. Hier bahnt sich jedoch in letzter Zeit unter dem Druck ökonomischer Überlegungen, vor allem in den USA, in Teilbereichen ein Umdenken an, das z.B. die Verantwortung der Zigarettenindustrie einzuklagen versucht.

- *Erwartungen des Patienten.* Er sucht Hilfe und Genesung bei seinem Arzt. Hier hat jede Aufklärung den Genesungswillen des Patienten und dessen Vertrauensverhältnis zu seinem Arzt zu stärken. Nie sollte dieser jedoch ohne zwingenden Grund, d.h. ohne Aussicht auf Heilung, die Dissimulation eines Kranken, der trotz Aufklärung durch den Arzt seine Krankheit nicht wahrhaben will, gewaltsam durchbrechen, da dadurch die Fähigkeit zur erfolgreichen Bewältigung einer schwierigen – vielleicht letzten – Lebensphase möglicherweise untergraben wird. Dies bedeutet in der Praxis, daß der Arzt stets mit Hilfe des Patienten und geleitet durch seine Fragen, dem Kranken das „Optimum“ und nicht das „Maximum“ an Information anbieten sollte. Andererseits beinhaltet ärztliche Aufklärung aber auch die Information des Patienten, daß er als Alkoholiker kein Kandidat für eine Lebertransplantation sein kann.<sup>6</sup>
- *Entscheidungsrichtlinien (Ethische Norm).* Diese verlangen neben fachlicher auch menschliche Kompetenz. Diese kann jedoch nicht allein aus dem kategorischen Imperativ im Sinne der Handlungsethik (Immanuel Kant: „Handle so, daß die Maxime deiner Handlungen jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte“) abgeleitet werden, da hier auch die Moral der Gesellschaft ihr Recht verlangt und ethische Normen mitzuformen versucht. Die Einstellung der Gesellschaft ist heute pluralistisch und unterliegt nicht (mehr) dem Diktum einer Norm, sondern dem vorherrschenden Zeitgeist, der (Partei)ideologie, der persönlichen religiösen Überzeugung, dem Hedonismus des Einzelnen und der jeweiligen „Privatmoral“ (gesunder Menschenverstand) der Akteure, d.h. des Arztes und seines Patienten. Diese Vielfalt an Überzeugungen ist letzt-

lich der Grund für die zunehmende Verrechtlichung der Medizin und auch für die Errichtung von Ethikkommissionen als Wächter über einzuhaltende Handlungsnormen.

- *Interessenskonflikte.* Diese beeinflussen notwendigerweise die Art der Aufklärung, da sowohl der Eigennutz der Gesellschaft, des Patienten und des Arztes als auch Paradigmen-sprünge im medizinischen Wissen (und Wollen) Einfluß auf die Art der Aufklärung nehmen können. So wird die Information über die Schädlichkeit von Rauchen und exzessivem Alkoholgenuß durch das Eigeninteresse des Staates an der Einnahme von Zigaretten- und Alkoholsteuer konterkariert. Ähnliches kann auch für die Aufklärung im Rahmen klinischer Prüfungen gelten, die möglicherweise vom Eigennutz des durchführenden Arztes und/oder der damit befaßten Institution mitbeeinflußt wird. An dieser Stelle sei auch festgehalten, daß jede derart oder anderweitig unordentlich konzipierte und durchgeführte wissenschaftliche Studie am Menschen (i.e. klinische Prüfung) als unethisch zu gelten hat.<sup>11</sup>

Zusätzlich können sich Profilierungssucht des Arztes und der Wunsch schwerkranken Patienten zu helfen, unlösbar miteinander vermengen und damit auf die Aufklärung über eine gefährliche diagnostische oder therapeutische Maßnahme abfärben. Dies gilt mit Vorbehalt auch für die demnächst zu erwartende erste Übertragung von Schweineorganen (Herz und/oder Niere) auf den Menschen, wo möglicherweise aus Begeisterung über eine neue therapeutische Möglichkeit und eine unerschöpfliche Organquelle die damit verbundenen möglichen Gefahren, wie die denkbare Aktivierung neuer Viren- und Infektionsketten, nur eingeschränkt artikuliert werden.<sup>4</sup>

- *Forderung nach würdigem Sterben.* Dieser Begriff beinhaltet natürliches und schmerzfreies Sterben, verlangt jedoch keine Lebensverlängerung sowie dies heute durch Flüssigkeitseratz bei gleichzeitigem Kalorienentzug in der Endphase des Lebens und wider die Natur oft geschieht. Natürliches Sterben beinhaltet Verweigerung der Nahrungs-

und Flüssigkeitsaufnahme durch den geschwächten Menschen, dessen Sensorium sich unter dem Einfluß des Flüssigkeitsentzuges schrittweise trübt, was letztlich einer natürlichen Anästhesie entspricht. Verweigerung der Energiezufuhr bei Aufrechterhalten der Flüssigkeitszufuhr erhält hingegen das Bewußtsein und ermöglicht ein unnatürliches, bewußtes Sterben, was häufig verkannt wird. Hier besteht ein nicht ausdiskutierter Widerspruch zwischen der Erwartungshaltung, würdig und natürlich im Kreis der Familie zu sterben und der Realität.

Der Forderung nach Sterbebegleitung im Sinne von Euthanasie<sup>9</sup> kann in Kenntnis dieser Problematik am besten durch ein Respektieren des natürlichen Todes ohne künstliche Lebensverlängerung bei ausreichender Schmerzbehandlung entgegengetreten werden. Hier ist Aufklärung der Öffentlichkeit wichtig, wenn ein ideologischer Druck auf die Bevölkerung zur Annahme der Euthanasie mit all ihren Problemen langfristig vermieden werden soll. Die Verabschiedung einer gesetzlichen Euthanasieregelung in den Niederlanden 1993 hat Schleusen geöffnet und könnte den Arzt in absehbarer Zeit in die Rolle des Todesboten drängen, so die berichtete Zahl von knapp 20.000 aktiven Euthanasien bei 129.000 Todesfällen im Jahr 1994 den Tatsachen entspricht.<sup>9</sup> Eine emotionsbeladene Spaltung der Ärzteschaft in Gegner und Befürworter der Euthanasie ist zu erwarten

- *Notwendigkeit zur Kostenaufklärung.* Zu den Aufklärungspflichten des Arztes gehört in den entwickelten Ländern unweigerlich auch der Hinweis auf die Kosten einer Maßnahme, die selbst dann, wenn nicht unmittelbar erkennbar („nur eine Tablette täglich“), beträchtlich sein können. So läßt sich die Vermeidung eines Todesfalles durch Lipidsenkung für einen Beobachtungszeitraum von 5 Jahren mit etwa öS 6.350.000,— berechnen.<sup>7</sup> Bei allgemeiner Verringerung des koronaren Risikos durch Lipidsenkung wäre somit für die in Österreich gefährdete Population der 45- bis 65-jährigen mit einer zusätzlichen Belastung des Gesundheitsbudgets durch eine derartige Sekundärprävention mit öS 8,9

Mrd. je Jahr zu rechnen. Ärztliche Aufklärung hat somit auch eine beträchtliche sozialpolitische Dimension, die – so sie positiv oder negativ umgesetzt werden soll – von den Institutionen der Gesellschaft mitzutragen ist.

### Zwischenbilanz

Aus dem Gesagten ist ersichtlich, daß das Wohl des Patienten und seine Autonomie vorrangig und zu achten sind. Daß dabei gleichzeitig auch Elemente einer wohlverstandenen sozialen Gerechtigkeit zu berücksichtigen sein werden, wird in Zukunft vermehrt und ernsthaft zu diskutieren sein, da das Gesundheitswesen nicht nur über begrenzte Geldmittel verfügt, sondern auch andere Ressourcen, wie z.B. Organe für Transplantationen limitiert sind. In diesem Spannungsfeld wird der Arzt das Individualinteresse des Patienten gegenüber jenem der Gesellschaft stets energisch zu verteidigen haben.

Diese wichtige Aufgabe des Arztes wird auch in dem so häufig zitierten, aber in seinem Inhalt den Ärzten oft nicht präsenten Hippokratischen Eid erkennbar. Der Eid in seiner Urfassung ist eine Verpflichtung zu Respekt vor dem Patienten, vor dem Leben und vor dem ärztlichen Lehrer, aber kein Gesetzestext. Der Hippokratische Eid hält daher in seiner alten Fassung u.a. fest:

„Nie werde ich irgend jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen, oder auch nur einen Rat dazu erteilen – ebenso werde ich keiner Frau ein keimvernichtendes Vaginalzäpfchen verabreichen“.<sup>10</sup>

Demgegenüber steht das Ärztegelöbnis des Weltärztebundes aus dem Jahr 1948:

„Ich werde äußerste Achtung vor dem menschlichen Leben, von der Empfängnis an, bewahren und selbst unter Bedrohung meine ärztlichen Kenntnisse nicht im Widerspruch zu den Gesetzen der Menschlichkeit anwenden“.<sup>1</sup>

Dieses Gelöbnis steht offensichtlich unter dem Einfluß der unendlichen Menschenverluste während des 2. Weltkrieges und kam dem Hippo-

kratischen Eid in der alten Fassung daher noch sehr nahe. Der derzeitige *Ärzteeid* (deutsche Fassung) hält fest:

„... Sie werden also geloben,... Ihre Übung und Ihr Können zum Wohl und Gedeihen der Menschen geflissentlich zu verwenden, endlich alle Pflichten, die dem Arzt obliegen, mit der gleichen Menschlichkeit gegen alle auszuüben...“<sup>10</sup>

Die präzisen ärztlich-ethischen Angaben des alten Hippokratischen Eides sind hier durch allgemein humanistische Formulierungen ersetzt. Es wurde daher erforderlich, die Pflichten des Arztes durch *Ärztegesetze* (z.B. *Österr. Ärztegesetz*, § 6-13) genau zu beschreiben. Diese Formulierungen betreffen u.a. die Erste Hilfe sowie die Betreuung von Patienten ohne Unterschied der Person nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung, unter Berücksichtigung des Berufsgeheimnisses und der ärztlichen Schweigepflicht. Zusätzlich spricht das *Strafgesetz* Verbote aus. Diese betreffen den Schwangerschaftsabbruch (§ 96), die Euthanasie (§ 75), die Tötung auf Verlangen (§ 77), die Mitwirkung bei Selbstmord (§ 78), die fahrlässige Tötung (§ 80), die fahrlässige Körperverletzung (§88). Der Zwang zur gesetzlichen Formulierung von Spezifikationen ergab sich aus dem Pluralismus der Gesellschaft und mittelbar auch aus der schrittweisen Verwässerung des Inhaltes des alten Hippokratischen Eides.

Die skizzierte Entwicklung führt notwendig zur Forderung nach einer modernen Erweiterung des Hippokratischen Eides, die den Arzt nicht nur gegenüber der Einzelperson, sondern auch dem Leben schlechthin verpflichtet, da dieses nicht nur individuell zu schützen, sondern u.a. auch vor den Folgen einer fortschreitenden allgemeinen Umweltbelastung mit nicht abbaubarem atomarem Abfall und durch Gifte aller Art zu bewahren ist.<sup>3</sup>

### Schlußfolgerung

Die Aufgaben einer gesundheitsbezogenen Aufklärung durch den Arzt sind somit außerordentlich heterogen und unterliegen im-

mer wieder dem Versuch des vorherrschenden Zeitgeistes, neue ethische Normen auf der Basis neuer Prämissen zu etablieren. In diesem Zusammenhang kann es durchaus zur Aufgabe des Arztes werden, die Interessen des Patienten gegenüber dem (pluralistischen) Zeitgeist zu schützen.

Der Arzt hat sich dabei stets seiner individuellen, auf den Patienten bezogenen Verantwortung und seiner Aufgaben bezüglich des Heilens, des Linderns von Schmerzen und des Schutzes des Lebens zu besinnen, sowie das die medizinischen Möglichkeiten begrenzende Betreuungsrisiko abzuschätzen. Dieses wird von der Art der Erkrankung, der Toxizität der Therapie bzw. der Gefährlichkeit der einzusetzenden diagnostischen Maßnahmen bestimmt. Dabei ist zu beachten, daß eine Behandlung nur auf Wunsch des Patienten, aber wider besseres Wissen, rechtlich als fahrlässige Körperverletzung gewertet wird.<sup>8</sup> Ärztliche Aufklärung dient in diesem Zusammenhang dem Ziel, den Patienten durch Information in einen schwierigen Entscheidungsprozeß einzubinden, um ihm ein qualifiziertes Veto zu ermöglichen.

Wesentlich im Zusammenspiel der einzelnen diagnostischen und therapeutischen Komponenten des ärztlichen Handelns ist das Einhalten des „Primum non nocere“. Dies ist um so schwieriger, je schwerer die Erkrankung und je toxischer oder belastender die dafür erforderliche Therapie sein muß. So kann der therapeutische Erfolg bei einer leichten Erkrankung ohne Risiko 100 % sein, reduziert sich aber bei einer Krebserkrankung mit hohem Risiko möglicherweise auf wenige Prozentpunkte. Hier richtig aufzuklären ist ein schrittweiser Prozeß, den der Patient durch sein Fragen mitführt und wobei ärztliches Vorgehen, Behutsamkeit und Zurückhaltung verlangt.

Therapeutische Macht und Ohnmacht des Arztes bewegen sich im Falle einer definierten Krankheit somit stets zwischen den Polen „heilbar“ und „unheilbar“ sowie „gezielt“ und „nicht möglich“. Nicht übersehen werden darf dabei, daß der Leidensdruck des Patienten auch zu

dem des Arztes werden kann. Dies bedingt bei ihm möglicherweise ein Ausweichverhalten, das bei unheilbarer Erkrankung entweder zur Placebo- oder zur Hochrisikotherapie führen kann. Die Schwierigkeit der damit verbundenen Aufklärungspflicht wird dadurch weiter verstärkt, daß die Verfügung des gesunden Menschen bezüglich einer allfällig zukünftigen therapeutischen Vorgangsweise von jener des Schwerkranken abweichen kann, so daß die schriftlich deponierte Aussage des noch Gesunden, wie im Falle einer schweren Erkrankung mit ihm zu verfahren wäre, nie absolute Gültigkeit besitzt. So lehnen Gesunde für den hypothetischen Ernstfall eine Intensivtherapie zu 80 % ab, Schwerkranke allerdings nur zu 60%. Die Entscheidung des Gesunden unterscheidet sich somit wesentlich von jener des Kranken und relativiert damit potentielle Aussagen des mündigen Bürgers für zukünftige, ihm noch fremde Situationen. Dies läßt erkennen, daß das Wort Senecas: „Wie ich mein Schiff oder mein Haus wähle, so bestimme ich auch den Zeitpunkt meines Todes“ („Epistulae ad Lucilium“) im Einzelfall situationsabhängig stets offenbleibt.

Die Informationspflicht des Arztes ist nach dem Gesagten stets dann zu relativieren, wenn dies im wohlverstandenen Interesse des Patienten liegt und die vermittelte Information für

ihn und seine Angehörigen glaubhaft bleibt, da der Arzt prinzipiell einem individuellen Kranken und nicht einer abstrakten Norm zu dienen hat. Die Haftung des Arztes seinem Patienten gegenüber ergibt sich jedoch immer aus der jeweiligen Gesetzeslage. Der Widerspruch zwischen diesen beiden Aussagen beschreibt eine wichtige Grauzone ärztlichen Handelns.

### Referenzen

1. Ärztegelöbnis des Weltärztebundes 1948.
2. CALLAHAN D: Shattuck lecture - Contemporary biomedical ethics. *New Engl J Med* 302: 1228-1233 (1980)
3. COUSINS W: Medical Ethics. Is there a broader view. *JAMA* 241: 2711-2712 (1979)
4. DICKSON D: Britain may set up genetics advisory body as ethics report clears xenografts. *Nature* 380: 6 (1996)
5. DUTZ W: Lebensqualität, Kosten und Grenzen der Machbarkeit am Ende des Lebens. *Österr. Krankenhauszeitung* 34: 459-462 (1993)
6. Editorial. Is health a moral responsibility? *Lancet* 347: 1197 (1996)
7. FEY R, PEARSON N: Statins and coronary heart disease. *Lancet* 347: 1389-1390 (1996)
8. LAUFS A: Arzt und Recht im Umbruch der Zeit. *NJW Heft* 24: 1590-1599 (1995)
9. PETERS U.H.: Euthanasie: Katastrophe weit fortgeschritten. *Zeitfragen* II/17: 8 (1995)
10. ROTH G: Juro, spondeo ac polliceor. Konstanz und Wandel der ärztlichen Eide und Gelöbnisse. *Imago Hominis* II: 9-16 (1995)
11. RUTHSTEIN D: *Daedalus* 98: 523 (1969)