

Zur Aufklärungspflicht des Arztes

(Risikoaufklärung)

H. Kleinewefers, H. H. Sparwasser

Einleitung

Wenn es um ärztliche Behandlungsfehler geht, werden heute neben den Gerichten in vermehrtem Maße die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern in Anspruch genommen. Sie sind bundesweit bemüht, als objektive Beurteilungsinstanzen zu wirken; sie haben hierbei umfangreiche Erfahrungen sammeln können und in vielen Fällen befriedigende Lösungen getroffen. In ganz überwiegendem Maße werden ihre Entscheidungen sowohl von den Betroffenen, als auch von den Versicherungsträgern akzeptiert und damit vielfach belastende und noch zeitaufwendigere gerichtliche Auseinandersetzungen vermieden.

Nicht wenige der Behandlungsvorwürfe beruhen auf Mißverständnissen oder vermeidbaren Zwistigkeiten, vornehmlich aber auf unzureichender oder fehlerhafter Aufklärung namentlich bei operativen Eingriffen. Nicht entscheidend ist, was der Aufklärungspflichtige sagt, sondern allein, was der Patient versteht. Die Aufklärung muß dem Auffassungsvermögen des Patienten angepaßt sein.

Somit kommt der ärztlichen Aufklärungspflicht weiterhin zentrale Bedeutung zu, zumal der Arzt bei dem Vorbringen mangelnder Aufklärung die Beweislast trägt. Wie sich die aktuelle Rechtsprechung über die Tätigkeit der Schlichtungsstellen zu diesem Thema gestaltet, soll im folgenden insbesondere anhand von Beispielen aus verschiedenen Fachbereichen erläutert werden.

I. Bei der ärztlichen Tätigkeit geht es um höchste Rechtsgüter, um Leben und Gesundheit sowie die Selbstbestimmung des Patienten. Diese Rechtsgüter müssen geschützt werden. Auch ein Arzt muß bei seiner ärztlichen Tätigkeit nach den geltenden Haftungsgrundsätzen beurteilt werden, das heißt: je größer die Gefahr für eine Schädigung dieser Rechtsgüter, desto höher ist die Pflicht, diese Gefahren zu vermeiden. Dies betrifft neben der rein medizinischen Tätigkeit auch die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten.

Im übrigen würde eine Senkung der Anforderungen an die ärztliche Sorgfalt, eine Herabsetzung des erforderlichen Standards im medizinischen Bereich, dem Ansehen der deutschen Ärzte national und international

erheblich schaden. In diesem Zusammenhang ist auch auf den oft erörterten Wert einer soliden medizinischen Ausbildung zu verweisen.

II. 1) Soweit ärztliche Behandlungen die Integrität des Patienten betreffen, bedarf der Arzt eines zu rechtfertigenden Grundes, um diesen geschützten Bereich zu tangieren. Hier ist die Einwilligung des Patienten besonders bedeutsam.

Diese Zustimmung eines einwilligungsfähigen Patienten setzt aber voraus, daß dieser weiß, worin er einwilligt. Also muß der Patient hierüber unterrichtet sein. Nach der Rechtsprechung muß der Patient jedoch nur „im großen und ganzen“ so unterrichtet sein, daß er das „Für und Wider“ der geplanten Behandlung ausreichend erkennt, um sich entscheiden zu können.

So einleuchtend dieser Grundsatz auch ist, so schwierig ist seine Umsetzung in der täglichen Praxis. Es wird versucht, durch Darstellung der aktuellen Rechtsprechung anhand von Beispielen bestehende Unklarheiten zu beseitigen.

2) Die heutige Rechtsprechung fußt auf den Rechtsgrundsätzen des Reichsgerichtes.

a) Das erste Urteil des Bundesgerichtshofes von 1954 zur Elektroschockbehandlung, wonach 7% unvermeidbare Knochenbrüche nicht hätten übergangen werden dürfen, bedeutet nur die Übernahme alter Rechtsgrundsätze.

b) 1959 hat der BGH erklärt, auf das Risiko von Knochenbrüchen 1 : 1000 bei Elektroschockbehandlungen sei aber nur hinzuweisen, falls es behandlungstypisch sei. Zudem hat die Rechtsprechung klargestellt, daß die Aufklärungspflicht nur Risiken der Behandlung betreffe, die unter Berücksichtigung der Erkrankung und ihrer möglichen Folgen für den Patienten verständlicherweise beachtlich seien. (Kleinewefers, VersR 1962, 197 ff).

c) Die neuere Rechtsprechung hat diese Einschränkung der Aufklärungspflicht aufgegeben. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, so meint der VI. Senat des BGH, werde bei diesen Grundsätzen nicht ausreichend gewahrt. Es müsse weitgehender aufgeklärt werden.

3) Nach der derzeitigen Rechtsprechung muß der einwilligungsfähige Patient als Voraussetzung rechtswirksamer Einwilligung

a) einerseits Kenntnis seiner Erkrankung und ihrer Gefahren,

b) andererseits Kenntnis der geplanten Behandlung und ihrer Chancen, insbesondere aber der mit der Behandlung verbundenen Risiken haben, um abzuwägen und seinen Willen bilden zu können.

Die Unterrichtung hat auch so *rechtzeitig* und in dem *Umfang* zu erfolgen, die dem *Interesse* des jeweiligen Patienten und seiner *Aufnahmefähigkeit* entspricht. Hierbei geht es jedoch nicht um medizinische Kenntnisse, sondern um die Vermittlung einer allgemeinen aber ausreichenden Vorstellung, was ohne und mit Behandlung auf den Patienten zukommen kann. Nur so ist sein Recht, an der Behandlung verantwortlich mitzuwirken, ausreichend gewahrt.

● **Beispiel:** Bei geistig aufgeschlossenen Menschen wurde allerdings vor einer Blinddarmoperation der Hinweis – „eine Operation ist eben eine Operation“ – als ausreichend angesehen.

Stehen zwei oder mehrere wissenschaftlich anerkannte Methoden ernsthaft zur Erwägung, so muß die Unterrichtung auch diese alternativen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Risiken umfassen.

● **Beispiel:** Harnstein-OP, alternativ perkutane Nephrolitholapaxie (PNL) oder extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL).

4) Das wirkliche Problem ist und bleibt aber der jeweils darzulegende Umfang der für die Willensbildung erforderlichen Umstände.

Die neuere Rechtsprechung hat den Grundsatz, es sei im „großen und ganzen“ so aufzuklären, daß der Patient das „Für und Wider“ der geplanten Behandlung erkennen könne, für eine bestimmte Fallgestaltung näher konkretisiert.

Handelt es sich nämlich um Risiken, die bei ihrem Eintreten die Lebensführung des Patienten stark belasten und trotz ihrer Seltenheit für die ausgeführte Behandlung spezifisch, für den Patienten als Laien aber überraschend sind, muß hierüber nicht nur „im großen und ganzen“, sondern *konkret* aufgeklärt werden. Der Vorsitzende des VI. Senats des BGH hat zu dieser Fallgestaltung kürzlich bestätigt, daß dann *stets ein konkreter* Hinweis erforderlich sei. Selbst eine lebensbedrohende Erkrankung könne nur die Art und Weise der Aufklärung über die Behandlung und ihre Risiken modifizieren.

● **Beispiel a:** In einem Fall ging es um die Risiken der Strahlenbehandlung nach Entfernung eines Mammakarzinoms (keine radikale Operation). Diese Behandlung sollte der Gefahr eines lebensbedrohenden Rezidivs begegnen. Als Folge dieser Behandlung war eine Nervenlähmung (Armplexusschädigung) mit motorischen und sensiblen Störungen am linken Arm zu verzeichnen.

Der Arzt hätte nach der Auffassung des BGH trotz des extrem seltenen Eintretens dieser Schädigung (1 : 10 000) dieses Risikos nicht übergehen dürfen, d. h. es muß *konkret* auf diese möglichen Störungen hingewiesen werden.

● **Beispiel b:** In einer Entscheidung vom 22. 12. 1987 (MedR 1988, 147) ging es um das Risiko einer Sudeck'schen Dystrophie nach einer Versteifung des Fußgelenks.

Es handelte sich um einen Standardeingriff, der weder zur Anwendung einer akuten oder schwerwiegenden Gefahr noch sonst dringlich war. Ohne Eingriff hätte die Patientin nur erträgliche Schmerzen gehabt. Sie hätte auch keine Gehstützen benutzen müssen, wie jetzt und ihren Beruf weiter ausüben können.

In solchen Fällen, so hebt der BGH hervor, seien besondere Aufklärungspflichten gegeben. Vor allem dann, wenn der Erfolg des Eingriffs zweifelhaft sei und sich der Gesundheitszustand deutlich verschlechtern könne. Dann sei eine „detaillierte“ Schilderung nötig; der Arzt habe „sicherzugehen“, daß der Patient keinen Illusionen unterliege, was auf ihn zukommen möge. Es sei evtl. sogar über Risiken aufzuklären, die nicht nur für diesen Eingriff spezifisch seien, sondern generell mit einer Operation verbunden sein können (Sudeck).

● **Beispiel c:** Das OLG Celle (VersR 1987, 567) hat erklärt, bei einer Senkungsoperation (vordere und hintere Scheidenplastik) müsse auf das als typisch bezeichnete Risiko einer Nekrosefistel mit der Folge einer künstlichen Harnableitung hingewiesen werden. Denn dies bedeute eine schwerwiegende Folge für die gesamte Lebensführung.

5) **Wie bekannt, kommt es stets auf den Einzelfall an.** Jedoch sei besonders darauf hingewiesen, daß ein Arzt nicht deshalb von einer Aufklärung absehen darf, weil diese Unterrichtung den Patienten belasten könnte.

Der Bundesgerichtshof hat (Urteil vom 2. Dez. 1980) klargestellt, daß *therapeutische Rücksichten* nur die Art und Weise der Aufklärung modifizieren, sie jedoch nur ausnahmsweise einschränken können (s. Klei-newefers, Gießener Gynäkologische Fortbildung 1983, XIII. Fortbildungskreis für Fachärzte der Gynäkologie, Hrsg. W. Künzel, Springer Vlg. 1983, S. 76 ff).

Wenn die Einwilligung des Patienten in eine mit Gefahren verbundene Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahme nur dadurch zu erreichen ist, daß ihn der Arzt genau auf die Art und Bedeutung seiner Erkrankung hinweist, so darf der Arzt auch bei schweren Erkrankungen nicht davor zurückschrecken. Dann ist er notfalls auch zu einer restlosen und schonungslosen Aufklärung über die Natur des Leidens verpflichtet. Sicher wird es auch in solchen Situationen durch ein gekonnt geführtes und von Vertrauen getragenes Gespräch möglich sein, seelische Belastungen so klein wie möglich zu halten. Aufklärungsgespräche derart schwerwiegenden Inhaltes sollten nicht von Berufsanfängern, sondern von einem in der Materie erfahrenen Arzt geführt werden.

6) Dem Patienten als dem Aufklärungsberechtigten ist es aber unbenommen, auf dieses Recht ganz oder teilweise zu verzichten. Dieser Umstand wird nicht immer ausreichend beachtet und erfahrungsgemäß nur selten darauf hingewiesen.

Hat ein Patient Vertrauen zu *seinem* Arzt, was gewiß meist vorhanden ist, so sollte dieser Arzt auch die Notwendigkeit der vorgesehenen Behandlung mit dem Patienten besprechen. Hierbei können leicht unnötige oder gar belastende Hinweise auf die Risiken einer Behandlung vermieden werden. Handelt es sich nämlich um eine notwendige Behandlung, so wird oft ein kurzes Gespräch und der Hinweis genügen, der Arzt würde in einem gleichen Fall auch bei sich oder seinen Angehörigen diese Behandlung, diese Operation durchführen lassen. Dann wird erfahrungsgemäß ein Patient nicht selten keine Einzelheiten wissen wollen und auf weitere Unterrichtung verzichten. Ansprüche wegen eintretender unvermeidbarer Komplikationen wären damit ausgeschlossen.

7) Es wird gelegentlich angenommen, der VI. Senat des BGH habe seine Anforderungen an den *Inhalt* der Aufklärung in letzter Zeit vermindert. Dies ist nicht ersichtlich. Allerdings haben der VI. Senat und ihm folgend andere Gerichte in den letzten Jahren auch von den Patienten eine nähere Darlegung zur Kausalität des Aufklärungsfehlers gefordert. Wahrscheinlich wird hieraus irrigerweise gefolgert, der *Umfang* der ärztlichen Aufklärung sei eingeschränkt worden.

a) So ist schon 1982 (VersR 1982, 74 und 1142) erklärt worden, das Fehlen einer angemessenen Belehrung sei ohne Belang, wenn die geschädigte Patientin nicht in nachvollziehbarer Weise darlege, daß sie bei sachgerechter Aufklärung die dringend gebotene Nachbestrahlung abgelehnt hätte.

b) Vom OLG Köln (VersR 1988, 384 ff) ist erklärt worden, der Patient müsse, wenn eine Ablehnung der Behandlung unvernünftig gewesen wäre oder bei Nichtbehandlung gleichartige Risiken mit höherer Komplikationsdichte bestanden haben würden, plausible Gründe dafür darlegen, daß er sich bei erfolgter Aufklärung in einem wirklichen Entscheidungskonflikt befunden hätte. (S. auch BGH, VersR 1984, 465 [467], 1397 [1399], LG Koblenz, VersR 1987, 1101).

Mit dieser Rechtsprechung werden unangemessene Folgen unzureichender Aufklärung eingeschränkt.

III. Nun wird ein Arzt öfter vor die Frage gestellt, ob und inwieweit er einen nicht aufklärungsfähigen Patienten behandeln darf. Wann genügt die „**mutmaßliche Einwilligung**“ (VersR 1986, 1140 [1147])

Hierzu einige Beispiele

● **Beispiel 1:** Bei einer frühkindlichen Leistenhernie mit Einklemmungsneigung ergab sich intraoperativ noch die Notwendigkeit der Korrektur einer Hodenretention, die nicht Gegenstand des zuvorigen Aufklärungsgesprächs war. Der Operateur behob auch diese, was ohnehin bei der Freipräparation der Hernie vom Samenstrang erforderlich war. Später kam es ausgehend von einer Pilz-(Windel)Dermatitis zu einem Wundinfekt mit Gefahr des Funktionsverlustes dieses Hodens, was für die Eltern des Kindes Anlaß zur Beschwerdeführung war. Die Gutach-

terstelle wies dieses Ansinnen ab, weil es keinen vernünftigen Grund gegeben hätte, bei erfolgter kompletter Aufklärung, die ohnehin gebotene Hodenfreilegung mit Orchidopexie abzulehnen.

● **Beispiel 2:** Die Gutachterstelle hatte eine ohne Einwilligung der Patientin erfolgte intraoperative Erweiterung des Operationsplanes zu beurteilen (Az. 149/85 Rh). Es geht um die Resektion der geschädigten rechten Tube bei einer 22jährigen Patientin, die die linke Tube durch Extrauterin gravidität verloren hatte. Im konkreten Fall sind der Gutachter sowie die später dieses Gutachten überprüfende Kommission übereinstimmend zu dem Ergebnis gelangt, der den behandelnden Ärzten *bekannt* Wunsch der jungen Patientin nach weiteren Kindern, hätte dieser an sich erwägenswerten Erweiterung der Operation hinsichtlich der schon geschädigten Tube entgegengestanden. Die Ärzte hätten daher diese Patientin nicht ohne Rückfrage auf den Weg der künstlichen Fertilität verweisen dürfen.

Die Kommission hat aber zur Erweiterung eines Operationsplanes folgende Grundsätze aufgestellt: Eine Erweiterung des Operationsplanes nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten sei nicht nur dann zulässig, wenn diese Erweiterung der Abwendung einer akuten Gefahr oder der Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung diene. Denn eine solche Begrenzung bedeute eine Benachteiligung der Patienten, die optimal behandelt werden wollten, also der weit überwiegenden Anzahl der Patienten in einer solchen Lage. *Es müsse zur Ermittlung des maßgebenden mutmaßlichen Willens der Patientin gefragt werden, wie sich ein verständiger Mensch in dieser Lage verhalten würde.*

Es wäre auch gewiß nicht lebensnah und sachgerecht, eine Operation deshalb abzubrechen, weil die dem Patienten damit eröffnete Möglichkeit, selbst zu entscheiden, höher zu bewerten sei als eine Mehrbelastung durch den Abbruch der Operation. Dies wäre ein falsches Freiheitsverständnis. Denn hierbei könnte nur die objektiv unvernünftige Entscheidung gegen eine optimale Behandlung in Frage stehen (VersR 1986, 1147 rechte Spalte Abs. 3).

● **Beispiel 3:** Eine neue bedeutsame Entscheidung des 2. (Straf-)Senats des Bundesgerichtshofs vom 25. März 1988 (JZ 1988, 1021) befaßt sich ebenfalls mit dem Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung des Patienten bei ärztlichen Eingriffen. Es ging dabei um die Frage, ob der Arzt anlässlich der von ihm vorgenommenen Schnittentbindung (3. Kaiserschnitt einer Patientin mit verengtem Becken) ohne vorherige Einwilligung eine Eileiterunterbrechung vornehmen dürfte. Offen bleiben soll hier, ob nach den Umständen ein solch *mutmaßlicher Wille* anzunehmen war. Denn im konkreten Fall entsprach die Unterbrechung nicht dem Willen der Patientin. Es geht nur um die Grundsätze der Anwendung dieses bedeutsamen Rechtfertigungsgrundes.

● Der Strafsenat erklärt:

Der mutmaßliche Wille des Patienten sei auch für die Frage der intraoperativen Erweiterung einer Operation bedeutsam. Für die Überlegung des Arztes wird zu Recht darauf hingewiesen, daß mangels anderer Anhaltspunkte davon ausgegangen werden könne, der (hypothetische) Wille des Patienten stimme mit dem überein, was *gemeinhin* als normal und vernünftig angesehen werde.

Mit Recht wird für diese Beurteilung ein beachtlicher Faktor darin gesehen, daß der Abbruch eines Eingriffs neben dem Risiko einer neuen Operation vor allem auch seelische Beeinträchtigungen mit sich bringt.

Bedeutsam ist noch der weitere Hinweis, daß es für die zu treffende Entscheidung nur auf diesen Augenblick ankomme, auch wenn eine vorherige Klärung versäumt worden sei.

• **Beispiel 4:** Selbstverständlich sind bei der Prüfung des mutmaßlichen Willens eines Patienten alle zu diesem Zeitpunkt erfassbaren Umstände zu berücksichtigen. Die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts verlangt bei der Erforschung des mutmaßlichen Willens dieses Patienten vor allem, *seine* persönlichen Umstände, *seine* individuellen Interessen, Wünsche, Bedürfnisse und Wertvorstellungen zu beachten. Liegen aber keine besonderen Anhaltspunkte zur Bestimmung des individuellen Willens vor, so ist nach den objektiven Kriterien, nach dem, was *gemeinhin als vernünftig* und normal anzusehen ist, der hypothetische Wille zu ermitteln. Nach diesem Willen darf der Arzt dann handeln. Bei der Wertung der medizinischen Grundlage des hypothetischen Willens sollte ein Arzt allerdings nicht voreilig seine Auffassung zur Geltung bringen.

Werden diese Grundsätze beachtet, ist hinzunehmen, daß ein Patient sich ausnahmsweise unvernünftig entscheiden könnte.

• **Beispiel 5:** Auch bei *Unfallpatienten* – selbst wenn sie ansprechbar und einwilligungsfähig sein sollten – kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, daß sie sachgerecht behandelt werden wollen. Stehen konservative oder operative Behandlungen alternativ zur Wahl, so sollte hierauf hingewiesen werden. Ist insoweit bei den nicht einwilligungsfähigen Patienten (bewußtlos) eine Verzögerung der Behandlung medizinisch unbedenklich, so sollte abgewartet werden, um dem Patienten zu ermöglichen, sich zu äußern.

IV. 1) Es sei noch betont, daß eine Aufklärung über mögliche Komplikationen einer Behandlung nur für unvermeidbare Folgen bedeutsam ist.

Handelt es sich im konkreten Fall um Folgen, die der Arzt bei sachgerechtem Vorgehen hätte vermeiden können, so entlastet der Hinweis auf diese Folgen nicht von einer Haftung.

So könnte ein Arzt sich z. B. nicht mit dem Hinweis entlasten, der Risikopatient (gelähmt) sei auf die Gefahr von Durchliegegeschwüren hingewiesen worden, soweit nicht den hohen Anforderungen an die Pflege zur Vermeidung dieser Folgen entsprochen worden ist.

Bei Kindern im Brutkasten wäre der Hinweis auf die Gefahr einer Ablösung der Netzhaut nicht entlastend, soweit es an der erforderlichen Überwachung gefehlt hat. Weiter sei auf eine Harnleiterverletzung bei Hysterektomie, Verletzung des Nervus accessorius bei Entfernung von Lymphknoten, eine Läsion des Nervus peroneus beim Einsetzen einer TEP verwiesen, wenn nicht die erforderliche operative Sorgfalt gewahrt wurde.

2) Allgemein wird eine vertragliche Begrenzung der ärztlichen Haftung als nicht billigenwert und daher unzulässig angesehen.

Dennoch ist unter gewissen Umständen ein Haftungsausschluß für vermeidbare Komplikationen möglich.

Grundsätzlich hat ein Arzt einen Patienten der bestmöglichen Behandlung zuzuführen. Er darf also einen Patienten *nicht* in ein Krankenhaus einweisen, ihn in einer Klinik oder einer ambulanten Behandlung behalten, *soweit dies für die erforderliche Behandlung nicht ausreicht.* Hierbei geht es nicht um die Fälle, in denen alle erforderlichen Maßnahmen ohne zusätzliche gesundheitliche Gefahren für den Patienten anderswo erfolgen können, etwa bei einer möglichen Verschlechterung des Zustandes eine rechtzeitige Verlegung möglich ist.

Jedoch ist es denkbar, daß ein Patient *Risiken* – etwa bei einer nicht der Erkrankung entsprechenden technischen Ausrüstung der Klinik – in Kauf nehmen will, um in seiner gewohnten Umgebung und von Ärzten seines besonderen Vertrauens behandelt zu werden. In solchen Fällen kann dem Willen des über die Risiken eingehend unterrichteten Patienten gefolgt werden, ohne ersatzpflichtig zu sein. Dabei ist auch zu bedenken, daß Vertrauen und die damit verbundene Zuversicht des Patienten wesentliche Faktoren einer erfolgreichen Behandlung sind.

V. Zur Einwilligung in die Behandlung

1. Wie allgemein bekannt, ist grundsätzlich eine Einwilligung erforderlich, um eine Behandlung vorzunehmen, dies auch bei lebensnotwendiger Behandlung.

a) So darf der Arzt auch keine lebensnotwendigen *Bluttransfusionen* vornehmen, wenn diese (etwa aus religiösen Gründen oder aus Angst vor einer Aidsinfektion) verweigert werden. Allerdings muß der Arzt dann den Patienten auf die Folgen seiner Weigerung hinweisen und dem Patienten die sachlich unvernünftige Entscheidung deutlich machen.

b) Andererseits ist ein Arzt nicht gezwungen, eine *aufschiebbare Behandlung* (etwa eine Operation) zu übernehmen, wenn der Patient den Heilerfolg ernsthaft in Frage stellende Grenzen der Behandlung setzen sollte. Übernimmt ein Arzt aber trotz der vom Patienten gesetzten Grenzen (z. B. keine Bluttransfusionen) die Behandlung, so ist er an diese Grenzen gebunden.

c) Ergibt sich dann während der Behandlung – etwa einer Entbindung –, daß eine Bluttransfusion erfolgen muß, so sollte ein Arzt bei dem Eintritt dieser Notsituation sich nochmals vergewissern, ob der Patient auch in dieser konkreten Gefahrenlage seine Weigerung aufrechterhält.

Sollte der Patient in seinem jetzigen geschwächten Zustand nicht mehr einwilligungsfähig sein, kann der Arzt sich allerdings fragen, ob dieser Patient, könnte er die konkret lebensbedrohende Lage erkennen und abwägen, die lebensrettende Maßnahme noch verweigern würde. Käme der Arzt dabei zu dem Ergebnis, dieser Patient würde jetzt sachgerecht entscheiden, so kann er

jetzt diesem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen und die lebensrettende Bluttransfusion vornehmen.

2. Diese Ausführungen gelten allerdings nur für Maßnahmen, die den Patienten selbst betreffen.

Verweigern dagegen die sorgeberechtigten Eltern – etwa bei einer Geburt – eine lebensnotwendige Bluttransfusion für das sonst gesunde Kind – so wäre dies ein erheblicher Verstoß gegen das Sorgerecht der Eltern, der als mißbräuchlich anzusehen und daher unbeachtlich wäre. Diese Weigerung zu einer medizinisch nicht auf-schiebbaren Bluttransfusion würde somit dem ärztlich gebotenen Handeln nicht entgegenstehen.

3. Es sei weiter erwähnt, daß ein Arzt darüber hinaus generell berechtigt sein kann, in die körperliche Integrität einzugreifen.

● **Beispiel:** Von einem Gynäkologen wurde gefragt, ob er berechtigt sei, gegen den Willen der Mutter eine Schnittentbindung vorzunehmen, um dem Kinde das Leben zu retten oder mindestens schwere Gehirnschäden von ihm abzuwenden.

34 StGB erlaubt bei gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben des Kindes diesen Eingriff in die körperliche Integrität der Mutter, wenn dieser Eingriff erforderlich zur Rettung des Kindes ist und ein wesentliches Übergewicht der Interessen des Kindes besteht. Die Abwägung der Interessenlagen von Mutter und Kind dürfte nach den anzulegenden objektiven Wertmaßstäben bei normalen Verhältnissen für eine Schnittentbindung ein wesentliches Übergewicht der Interessen des stark gefährdeten Kindes ergeben. Hinzu kommt die Fürsorgepflicht der Mutter gegenüber dem zu gebärenden Kind. Der Arzt wäre also berechtigt, allerdings nicht verpflichtet, diese Schnittentbindung durchzuführen.

4. Andererseits rechtfertigt der Wille des Patienten nicht jeden Eingriff. So kann die irreversible Sterilisation eines jüngeren Menschen trotz seiner Einwilligung und seines ausdrücklichen Wunsches für diesen Eingriff gegen unsere Rechtsordnung verstoßen und daher rechtswidrig sein. Man denke an die Sterilisation eines jungen Mädchens, mit dem Ziel, der Prostitution nachzugehen.

Schlußwort

In Verfahren vor der Gutachterstelle sollte ein Arzt an der objektiven, korrekten Aufklärung mitwirken. Nur so kann bei berechtigten Ansprüchen Abhilfe gebracht und dem Ansehen der Ärzteschaft geholfen werden.

Andererseits haben die Gutachter- und Schlichtungsstellen, die mit erfahrenen Gutachtern aller Fachdisziplinen besetzt sind, auch viele unberechtigte Ansprüche abweisen und Gerichtsverfahren vermeiden können.

Mit diesen Einrichtungen verfügt die deutsche Ärzteschaft über ein Instrument der Selbstkritik, wie sie nur von ganz wenigen anderen Berufszweigen gepflogen wird. Sie arbeiten kostenfrei für die Antragsteller, die Lauf-

zeiten der Verfahren sind üblicherweise kürzer als bei den Gerichten. Nach aktueller bundesweiter Übersicht wurden in den letzten Jahren etwa 35–40% der Verfahren als Behandlungsfehler anerkannt, der Rest begründet abgewiesen. Da man nach allgemein gültiger und unbestrittener Ansicht auch aus Fehlern lernen kann, sollten Publikationen wie die vorliegende auch als ein Element der ärztlichen Fort- und Weiterbildung gewertet werden.

Auf der anderen Seite ist darauf hinzuweisen, daß die großen Fortschritte der Medizin in den letzten Jahrzehnten zu einer Erwartungshaltung in der Bevölkerung geführt haben, die realiter nicht immer erfüllt werden kann.

Nicht eingetretener erhoffter Behandlungserfolg ist keineswegs einem Behandlungsfehler gleichzusetzen. Der spürbar zunehmende Trend der Inanspruchnahme von Gerichten sowie Gutachter- und Schlichtungsstellen wegen vermeintlicher Behandlungsfehler sollte nicht dazu führen, daß Ärzte, besonders aber Operateure risikoreiche Eingriffe aus Furcht vor möglicher juristischer Inanspruchnahme vermeiden oder ablehnen. Klagen und Prozesse gehören schon zum Alltag amerikanischer Ärzte, von denen bereits **37% zumindest einmal** im Laufe ihrer Karriere in ein Verfahren verwickelt waren.

Wenn auch ärztliche Behandlungsfehler heute in zunehmendem Maße im Mittelpunkt des öffentlichen Interesse stehen, sollte dennoch nicht vergessen werden, daß diese Fehlerquote nur einen winzigen Anteil an der Gesamtzahl der heute geführten ambulanten und stationären Untersuchungen und Behandlungen ausmacht; es ist unverkennbar, daß Fachgebiete mit operativen Risiken hierunter wesentlich stärker belastet sind, als sogenannte konservative Fächer.

Einleitung und Schlußwort von H. H. Sparwasser

Dr. jur. H. Kleinewefers

Präsident d. OLG a. D.
Vorsitzender der Gutachter-
und Schlichtungsstelle für
ärztliche Behandlungen bei
der Landesärztekammer Hessen
Broßstraße 6
D-6000 Frankfurt a. M.

Dr. H. H. Sparwasser

Chefarzt der Urolog. Klinik
Krankenhaus Kemperhof
Koblenzer Str. 115–155
D-5400 Koblenz/Rh.