

derheiten, insbesondere Fluktuation des Beschwerdebildes und Rezidivneigung, Intensität und variable Anpassung der erforderlichen Medikation sowie auch, dies sogar vorrangig, die sehr kritische Würdigung etwaiger Alternativangebote in der Region wenigstens hinsichtlich der Erhaltung der im Krankenhaus erreichten Kompensation und Förderung stellen die wichtigsten Beurteilungskriterien dar. Es spricht alles dafür, nur diejenigen chronisch

Kranken, denen mit Mitteln des Krankenhauses geholfen werden kann, *im* Krankenhaus zu behalten. Es spricht aber auch vieles dafür, einen Teil der chronischen Kranken *am* Krankenhaus zu behalten. Es muß nur endlich aufhören, daß niemand für diese Gruppe recht zuständig sein will.

Die Entwicklung in der letzten Zeit läßt leider befürchten, daß sich dieser unerträgliche Befund keineswegs verbessert.

Literatur

- (1) Huber, G.: Wege zu einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Off. Gesundh.-Wesen 34 (1972), 9-26
- (2) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 7/4200 (1975) - (3) Lorenzen, D.: Chronisch psychisch Kranke, wo sind sie geblieben? Spektrum 1 (1984), 22-28.

Anschrift des Verfassers:
 Prof. Dr. Reinhold Schüttler
 Bezirkskrankenhaus Günzburg
 Abteilung Psychiatrie II der
 Universität Ulm
 8870 Günzburg

AUSSPRACHE

Grundlegende Voraussetzungen für die Durchführung einer Narkose

Zu dem Beitrag von
 Professor Dr. med. Karl Bonhoeffer und Dr. med. Maria Imhoff
 in Heft 46/1984, Seite 3418 bis 3421 der Ausgabe A

Stellungnahme I

Es ist zu begrüßen, daß in der sonst allgemein gehaltenen Arbeit auf die Bedeutung des präoperativen Gesprächs ganz besonders und mit starken Worten hingewiesen wurde. Leider wird ein wichtiges Detail nicht erwähnt: Der Arzt, der die Narkose (ein-)leitet, sollte selbst mit dem Patienten gesprochen haben! Das ganze in einem präoperativen Gespräch aufgebaute Vertrauen ist dahin, wenn sich am nächsten Morgen ein anderer nach dem Dienstplan „zuständiger“ Anästhesist vorstellt, den der Patient zuvor nie gesehen hat.

Auch für uns Chirurgen ist das persönliche präoperative Gespräch eine der wichtigsten vertrauensbildenden Maßnahmen. Nach meiner Erfahrung ist es schwer, Kollegen von der Anäs-

thesie von der Notwendigkeit dieses Vorgehens zu überzeugen. In den „Instituten für Anästhesiologie“ sollte meines Erachtens mit Nachdruck an diese grundlegende Voraussetzung für die Durchführung einer Narkose erinnert werden.

Professor Dr. med. Helmut Schott
 Chefarzt der
 Chirurgischen Klinik
 Städtisches Krankenhaus
 Alter Weg 80
 3340 Wolfenbüttel

Stellungnahme II

Bei der Lektüre des auch für den medizinischen Laien hochinteressanten Beitrags bin ich über den Abschnitt „Das präoperative Gespräch“ gewissermaßen von Berufs wegen gestolpert, da dieses ja auch die rechtlich geschuldete

Risikoaufklärung betrifft. Sie soll zwar *aufrichtig* gestaltet werden, aber was bedeutet es dann, wenn man von dem Patienten die Zustimmung zu der der eigenen Überlegung entsprechenden Behandlung erlangen will, ohne ihm die Verantwortung für die Entscheidung aufzubürden? Die „heute allgemein geübte und besonders von Juristen geforderte Aufklärungspraxis“ lehnen die Verfasser als „tödlich“ ab.

Handelt es sich hier wirklich nur um die Meinung von Juristen, oder nicht vielmehr um die Aussage unserer geltenden freiheitlichen Rechtsordnung? Haben diese die Richter des Bundesgerichtshofs, die es wissen müßten, wirklich ganz falsch interpretiert? Und warum geht unser *höchstes* Gericht, das Bundesverfassungsgericht, fast noch weiter? Warum schließlich herrschen diese Grundsätze nicht nur in der Bun-

desrepublik, sondern in allen Ländern mit freiheitlicher Verfassung, die die Selbstbestimmung der Person respektieren? Es handelt sich also sicher nicht um eine willkürliche Erfindung gerade der deutschen Juristen.

Ärzte, die solche rechtliche Opposition betreiben (nur eine Minderheit von Juristen stimmt ihnen zu) mögen sich auf eine hohe ethische Motivation berufen, denn therapeutisch am erwünschtesten ist natürlich die rechtlich absolut verbotene Beschönigung des Risikos.

Aber die Verantwortung für ein einzugehendes Risiko liegt nun einmal primär beim Patienten, der die Folgen zu tragen hat. Der Arzt, der sie ihm ersparen will, müßte diese Folgen selbst tragen wollen, was natürlich nur in finanzieller Form denkbar ist. Sicher und mit Recht will aber wohl kein Arzt für die Folgen eines ex ante richtigen Rates einstehen und erst recht kein Haftpflichtversicherer. Damit sollte man vielleicht auf den allzu leichtfertigen Gebrauch des Verantwortungsbegriffs verzichten.

So ist die Forderung nach geeigneter Aufklärung des Patienten für die Rechtsprechung unabdingbar. Daran führt keine Diskussion vorbei. Wohl aber kann, was in der Praxis zu selten geübt wird, der Patient auf eine volle Aufklärung verzichten und damit das fachkundige Urteil des Arztes vertrauensvoll in seine eigene Entscheidung einbauen. Dieser Vertrauensbeweis – der dokumentiert werden sollte – setzt aber voraus, daß sich der Patient der Möglichkeit eines Risikos immerhin bewußt ist. Gerade der Anästhesist freilich, den der Patient in der Regel nicht selbst auswählt und nicht von früher kennt, mag sich bei dieser Lösung etwas schwer tun und kann dazu vielleicht einen sonst behandelnden Arzt einschalten.

Bei alledem sollte man nicht vergessen, daß die Rechtsprechung

die Aufklärung niemals in der „tödlichen“ Form verlangt hat, die in Ärztekreisen immer noch kolportiert wird. Wenn zum Beispiel immer wieder behauptet wird, bei einer Appendektomie müßten dem Patienten Hunderte von Komplikationsmöglichkeiten vorgehalten werden, dann steht etwa schon in einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 23. Oktober 1979 – VI ZR 197/78 – ziemlich genau das Gegenteil.

Der Unterzeichnete war während seiner richterlichen Tätigkeit immer bemüht, die allzu starren Beweisregeln für die Feststellung der Aufklärung des Patienten etwas zu mildern und damit dem unbestreitbar häufigen Mißbrauch der Aufklärungsrüge zu begegnen. Muß man aber nach Stellungnahmen in einer repräsentativen Zeitschrift davon ausgehen, daß es immer noch Ärzte gibt, die die Aufklärung in der rechtlich geschuldeten Form mehr oder weniger offen ablehnen, dann kommt man dabei ins Stocken, denn man kann kaum mehr von einem Erfahrungssatz ausgehen, wonach ein Arzt im Zweifel den Willen des Patienten nicht – sei es auch in guter Absicht – überspielen will.

Walter Dunz
Richter am
Bundesgerichtshof i. R.
Parlerstraße 46
7000 Stuttgart 1

Schlußwort

Herr Dunz ist, wie er es selbst nennt, über unseren Aufsatz „gewissermaßen von Berufs wegen gestolpert“. Seine Kritik entzündet sich an einem für ihn entscheidenden Satz, der ihm zu beweisen scheint, daß wir zu den Ärzten gehören, die „die Aufklärung in der rechtlich geschuldeten Form mehr oder weniger offen ablehnen“, zu Ärzten, die „rechtliche Opposition betreiben“, die „den Respekt vor der Selbstbestimmung der Personen fehlen lassen“. Ich bedaure diese Interpre-

tation, muß aber zugeben, daß der Satz, an dem Herr Dunz Anstoß nimmt, unglücklich formuliert ist. Denn gerade das Gegenteil von dem, was hier gefolgert wird, war Ziel unserer Ausführungen.

Ich möchte im folgenden zu den wesentlichen kritischen Gedanken kurz Stellung nehmen. Ich bin einer Meinung mit Herrn Dunz, wenn er sagt, daß Vertrauen Kenntnisse voraussetzt. Wir haben ja selbst geschrieben, daß diese Kenntnisse aufrichtig vermittelt werden sollten. Ich kann mich als Arzt nicht dazu verstehen, meinen Patienten die Verantwortung für schwere Entscheidungen allein zu überlassen, vielmehr fühle ich mich, je schwerer die Entscheidung ist, um so mehr dazu verpflichtet, diese mit den Patienten zu teilen. Ich halte dies für eine ganz wesentliche Voraussetzung für das Entstehen von Vertrauen. Der Vorstellung, daß Anästhesisten einen „sonst behandelnden Arzt einschalten“, um diesem die Aufgabe einer verantwortungsbewußten, Vertrauen erzeugenden Aufklärung zu übertragen, muß ich widersprechen, weil sie die spezifischen Risiken der Anästhesie unterschätzt. Meines Erachtens muß jeder Arzt, der einen Patienten behandelt – und hierzu gehört auch ein Anästhesist – in der Lage sein, die Risiken seines Faches kompetent, aufrichtig, Vertrauen erzeugend, und – wie wir schrieben – nicht ohne Barmherzigkeit mit seinem Patienten zu diskutieren.

Was wir mit dem umstrittenen Satz zum Ausdruck bringen wollten, läßt sich neu vielleicht am besten folgendermaßen formulieren: „Die heute vielfach mehr unter forensischen als ärztlichen Aspekten praktizierte Aufklärung ist für solche Gespräche tödlich.“

Professor Dr. med.
Karl Bonhoeffer
Institut für Anästhesiologie
der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 9
5000 Köln 41