

Patientenrechte: Formelle Aufklärungsaspekte – Part I

Nachdem in der Vergangenheit immer mal wieder, aber immer bloß ad hoc über die Aufklärung von Patienten aus Anlass von aktuellen BGH-Entscheidungen berichtet wurde, soll mit diesem Beitrag eine Reihe gestartet werden, die sich strukturiert damit befasst. Dabei geht es zunächst um eher formelle Aspekte, während inhaltliche Aufklärungsanforderungen erst in späteren Beiträgen zur Sprache kommen.

I. Einleitung

Das sog. Patientenrechtegesetz hat Ärzten, Patienten und Juristen im Frühjahr 2013 erstmals eine gesetzliche Regelung des Arzt-Patienten-Verhältnisses in §§ 630a ff. BGB beschert, deren Ziele in den Motiven des Gesetzes nachzulesen sind [Bundestags-Drucksache 17/10488 S. 9]. Orientiert am „Leitbild des mündigen Patienten“ soll es „Patienten und Behandelnde auf Augenhöhe bringen“ und dabei wiederum „einen wesentlichen Beitrag zu mehr Transparenz und Rechtssicherheit“ leisten, in dem es „das Recht für die Patientinnen und Patienten klarer und übersichtlicher“ regelt, damit sie „ihre wichtigsten Rechte möglichst selbst im Gesetz nachlesen können.“ Daran mangelte es nämlich bis dato, weil das Arzthaftungsrecht im Wesentlichen auf Richterrecht beruhte. Von seiner Regelung soll dagegen eine „Signalwirkung [...] von verbindlichen gesetzlich festgelegten Rechten und Pflichten“ ausgehen.

Ausgehend von diesen Prämissen soll, nachdem das Patientenrechtegesetz im Frühjahr 2013 in Kraft getreten ist, sein Jubiläum zum Anlass genommen werden, die einschlägige Rechtsprechung einmal näher zu sezieren. Wenn sie aus der Zeit davor ist, ist dies übrigens unschädlich, weil mit §§ 630a ff. BGB lediglich „die bisherigen richterrechtlich entwickelten Grundsätze des Arzthaftungs- und Behandlungsrechts gesetzlich im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) in einem neuen Untertitel »Behandlungsvertrag« kodifiziert“ worden sind.

Aus dem breiten Spektrum ärztlicher Tätigkeiten und Verpflichtungen wird dabei die Aufklärungshaftung in den Fokus gerückt, weil sie Patienten eher zum Erfolg

verhilft und damit von (Krankenhaus-)Ärzten mehr gefürchtet wird. Bevor aber näher auf deren normative Erfordernisse eingegangen wird, bietet es sich zum besseren Verständnis der weiteren Ausführungen an, zuvor allgemein das Synallagma von Aufklärung und Einwilligung aufzuzeigen, das gemeinhin als „informed consent“ bezeichnet wird.

II. Informed consent

§ 630d Abs. 1 BGB sieht vor, bei der „Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, [...] die Einwilligung des Patienten einzuholen.“ Sie ist – nach den Motiven zum Patientenrechtegesetz [Bundestags-Drucksache 17/10488 S. 23/24] – „zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten im Sinne der zivilrechtlichen Konkretisierung der Verfassungsgarantie auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und auf Achtung der persönlichen Würde des Patienten“ vonnöten. Um aber wirklich, zumindest ansatzweise vom „mündigen Patienten auf Augenhöhe mit dem Behandelnden“ sprechen zu können, verlangt § 630d Abs. 2 BGB für die Wirksamkeit der Einwilligung, dass der Patient vom Behandelnden „vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Abs. 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.“ Dieser „Anspruch des Patienten gegen seinen Behandelnden auf eine angemessene Aufklärung über die Tragweite, die Chancen und die Gefahren der medizinischen Maßnahme“ ist wiederum „Ausfluss seines Selbstbestimmungsrechts über seine Person.“ Damit geht § 630d Abs. 2 BGB von einem Synallagma zwischen Einwilligung und Aufklärung aus, das gemeinhin als informed consent bezeichnet wird.

Diesen Vorgaben schließt sich der BGH unisono an [BGH, Urt. vom 20. Dezember 2022 – Az.: VI ZR 375/21]: „Der Gesetzgeber hat die Einwilligung des Patienten in § 630d BGB geregelt. Danach ist der Behandelnde verpflichtet, vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Gemäß § 630d Abs. 2 BGB

setzt die Wirksamkeit der Einwilligung voraus, dass der Patient [...] nach Maßgabe von § 630e Abs. 1 bis 4 BGB aufgeklärt worden ist. In § 630e BGB sind die vom Senat entwickelten Grundsätze zur Selbstbestimmungsaufklärung kodifiziert worden. Diese Grundsätze gelten inhaltlich unverändert fort [...]“ Damit kann bis hierhin festgehalten werden, dass es zur Wirksamkeit einer Einwilligung in einen ärztlichen (Heil-)Eingriff einer korrekten Aufklärung bedarf und in § 630e BGB wiederum die Anforderungen dafür, die zuvor von der Rechtsprechung entwickelt worden sind, in der Sache unverändert seit Frühjahr 2013 gesetzlich kodifiziert sind. Von Rechts wegen wird dabei übrigens nicht zwischen Privat- und Kassenpatienten unterschieden (§ 76 Abs. 4 SGB V).

Damit rückt § 630e BGB in den Fokus: Er statuiert unter seiner gesetzlichen Überschrift von ärztlichen „Aufklärungspflichten“ zunächst den Ausgangspunkt bzw. Grundsatz, dass nämlich „Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären“ sind (§ 630e Abs. 1 Satz 1 BGB), bevor dies in seinen weiteren Regelungen näher ausdifferenziert wird. Dabei kommen in § 630e Abs. 1 BGB eher materielle, sprich inhaltliche Aufklärungsaspekte zur Sprache, während in § 630e Abs. 2 BGB die „formellen Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufklärung“ geregelt sind [5], um die es an dieser Stelle geht.

Dabei kann die Grenzziehung zuweilen nicht ganz trennscharf erfolgen. Wenn die Aufklärung gemäß § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 BGB „für den Patienten verständlich sein“ muss, geht es zuvörderst um einen eher förmlichen Aspekt, dass man sich dabei nämlich tunlichst mit medizinischen Fachbegriffen zurückhält und sich vielmehr, soweit als möglich, einer laienge-rechten Allgemeinsprache bedient. Damit wird die Aufklärung aber zugleich inhaltlich verständlich, womit die Brücke zu materiellen Aufklärungsaspekten geschlagen ist. Wenngleich die genaue Abgrenzung damit zuweilen schwerfällt, wird im Folgenden dennoch an der geschilderten Differenzierung festgehalten, die sich wiederum an der gesetzlichen Systematik orientiert.

Schlussendlich ist es für die Wirksamkeit der Einwilligung freilich gleichgültig, ob formelle oder materielle Aufklärungsaspekte missachtet werden, weil die Wirksamkeit der Einwilligung gemäß § 630d Abs. 2 BGB voraussetzt, „dass der Patient [...] vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e [...] aufgeklärt worden ist.“ Von daher nimmt das Gesetz selbst die geschilderte Differenzierung nicht explizit vor, die sich der Übersichtlichkeit und besseren Verständlichkeit wegen aber durchaus anbietet, um die Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht plastisch darzustellen.

III. Formelle Aufklärungsaspekte

Vor diesem allgemeinen Hintergrund geht es nunmehr um formelle Anforderungen an die Aufklärung, etwa deren Form und Zeitpunkt, die in § 630e Abs. 2 BGB geregelt sind. Dabei handelt es sich naturgemäß bloß um einen Überblick über die formelle Seite der ärztlichen Aufklärung, über die freilich Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls nicht in den Hintergrund geraten dürfen, auf die an dieser Stelle aber bestenfalls subkutan eingegangen werden kann. Im Ausgangspunkt gilt jedenfalls allgemein, „dass sich die Art und Weise sowie Umfang und Intensität der Aufklärung nach der jeweiligen Behandlungssituation richten“ muss [Bundestags-Drucksache 17/10488 S. 24]. Einmal mehr gilt der von Juristen geliebte und von Ärzten eher gefürchtete Satz: Es kommt drauf an. Damit könnte man im Grunde mit Ausführungen zu formellen Aufklärungsaspekten enden. Etwas mehr an juristischer Aufklärung soll aber schon noch kommen.

1. Persönlicher Aspekt

Zunächst regelt § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BGB den Adressaten der Aufklärungspflicht, sprich welche Person aufklären muss. Es muss entweder „durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt.“ Gerade im Krankenhausbetrieb mit Schichtdiensten liegt es nahe, dass von der Delegation der Aufklärung regelmäßig Gebrauch gemacht wird.

a) Delegation der Aufklärung

Damit kommt es – orientiert am jeweiligen Einzelfall – entscheidend auf die Voraussetzungen für eine Delegation der Aufklärung an. Sie setzt voraus, dass man „über die zur sachgerechten Aufklärung notwendige Befähigung und damit über die für die Durchführung der Maßnahme adäquate fachliche Qualifikation“ verfügt [Bundestags-Drucksache 17/10488 S. 24]. Nähere Vorgaben dazu finden sich aber weder im Gesetz selbst noch in seiner Begründung. An der fachlichen Äquivalenz im Sinne des vom Arzthaftungsrecht geforderten Facharztstandard lässt sich ganz sicher nicht zweifeln, wenn beide Mediziner dieselbe Facharztausbildung erfolgreich absolviert haben. Umgekehrt fehlt es zweifelsohne daran, wenn sie in verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen tätig sind. Deshalb hat, um ein Beispiel aus der gerade wiedergegebenen Gesetzesbegründung aufzugreifen, „etwa der Operateur über die Risiken der Operation einschließlich des mit der Operation verbundenen Risikos und ein Anästhesist über die Risiken der Narkose aufzuklären.“ Eine wechselseitige Delegation der jeweiligen Aufklärung ist dagegen von Rechts wegen unzulässig.

b) Organisationspflichten

Im Krankenhaus mit seiner hierarchischen Struktur auf Station geht es insbesondere um die Frage, ob die Aufklärung über Operationen auf nachgeordnete Ärzte delegiert werden darf und welche organisatorischen Vorkehrungen dafür zu treffen sind. Damit sah sich der BGH bereits im Jahre 2006 befasst [BGH, Urt. vom 7. November 2006 – Az.: VI ZR 206/05]. Dabei hat er die Übertragung der Aufklärung seitens des Chefarztes auf einen nachgeordneten (Stations-)Arzt nicht per se als illegitim angesehen, solange jedenfalls organisatorische Maßnahmen ergriffen werden, um eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen und zu kontrollieren.

Dies schlussfolgert der BGH aus den „bei einer ärztlichen Arbeitsteilung bestehenden Kontroll- und Überwachungspflichten.“ Dabei sind „an die Kontrollpflicht des behandelnden Arztes, der einem anderen Arzt die Aufklärung überträgt, [...] strenge

Anforderungen zu stellen.“ Dazu gehört es, dass sich der Operateur vor der Operation „etwa in einem Gespräch mit dem Patienten über dessen ordnungsgemäße Aufklärung und/oder durch einen Blick in die Krankenakte vom Vorhandensein einer von Patient und aufklärendem Arzt unterzeichneten Einverständniserklärung vergewissert hat, dass eine für den medizinischen Laien verständliche Aufklärung unter Hinweis auf die spezifischen Risiken des vorgesehenen Eingriffs erfolgt ist.“

Relevant sind freilich die Ausführungen dazu, welche Organisationspflichten bereits im Vorfeld der von nachgeordneten (Stations-)Ärzten geführten Patientengespräche bestehen. Insofern muss es entsprechende klinikinterne Organisations- und Aufklärungsanweisungen geben. Im konkreten Fall kam aber hinzu, dass es sich um eine sehr seltene, vom aufklärenden Stationsarzt noch nicht selbst vorgenommene Operation handelte, „über deren Risiken er sich erst durch ein Studium der Fachliteratur informieren musste.“ Dabei verneint es der BGH zwar, „dass bei schwierigen und seltenen Eingriffen die Risikoaufklärung nur von dem Operateur selbst vorgenommen“ werden muss, verlangt aber zumindest, „dass für solche Eingriffe entweder eine spezielle Aufklärungsanweisung existiert oder jedenfalls gewährleistet ist, dass sich der Operateur auf andere Weise wie z.B. in einem Vorgespräch mit dem aufklärenden Arzt vergewissert, dass dieser den Eingriff in seiner Gesamtheit erfasst hat und dem Patienten die erforderlichen Entscheidungshilfen im Rahmen der Aufklärung geben kann.“ Für Routineeingriffe bleibt es hingegen dabei, dass allgemeine Aufklärungsanweisungen genügen, um die Aufklärung auf Station gemäß § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BGB delegieren zu dürfen.

Damit soll es mit formellen Aufklärungsanforderungen an dieser Stelle einstweilen sein Bewenden haben. Im nächsten Heft wird daran angeknüpft, wenn es um weitere Aspekte geht, etwa um den zeitlichen Zusammenhang zwischen Aufklärung, Einwilligung und Eingriff. ◀

Wird fortgesetzt.

Verfasser: Prof. Dr. iur. Matthias Krüger, München, matthias.krueger@jura.uni-muenchen.de