

Mag. Katharina Riedler

Gesundheitsökonomie, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Historische Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung mit Blick auf die Aufklärung

1.	Einleitung	10
2.	Eine kurze Geschichte der Medizin nach Shorter	10
3.	Der Arzt im Altertum	13
4.	Heilkunst im Mittelalter	15
5.	Die Ideen zur Zeit der Aufklärung	16
6.	Informed Consent	18
6.1.	Im angloamerikanischen Raum	18
6.2.	Im deutschsprachigen Raum	19
7.	Schluss	23
8.	Literaturverzeichnis	25

In der Geschichte haben sich nicht nur die Methoden der Medizin gewandelt, sondern auch die medizinische Ethik und mit ihr das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Thematik der Patientenaufklärung. Dieser Artikel soll zeigen, wie allgemeine gesellschaftliche Strömungen, wissenschaftliche Möglichkeiten, soziale Errungenschaften und historische Ereignisse die Beziehung zwischen Arzt und Patient beeinflussten und den selbstbestimmten Patienten von heute schufen.

1. Einleitung

Die Beziehung zwischen Patienten und Ärzten ist eine maßgebliche Größe des Gesundheitssystems, denn sobald ein Kranker einen anderen um Hilfe bittet und dieser als fachkundiger Heiler auftritt, treten beide in diese Art von Beziehung ein. Es scheint also nur natürlich zu sein, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient schon seit den Anfängen der Medizin ein wichtiges Thema ist. In den letzten Jahrzehnten gab es jedoch ein zunehmendes Interesse daran, sowohl aus anthropologischer, soziologischer, psychologischer als auch aus medizinischer Sicht. Obwohl schon zuvor medizingeschichtliche Aufarbeitungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses durchgeführt wurden, kurbelte das aufflammende akademische Interesse vermehrt Analysen an. Darüber hinaus kam es in den neuen Arbeiten zu einer Perspektivenverschiebung: Zusätzlich zur Beschreibung von Ärzten und Heilern, ihrer Ausbildung, ihrem Verdienst und ihrem Standesbewusstsein kam es zu Betrachtungen aus der Sicht der Patienten.¹

2. Eine kurze Geschichte der Medizin nach Shorter

Edward Shorter², ein kanadischer Historiker mit Forschungsschwerpunkt Arzt-Patienten-Beziehung (u.a.), teilt das Arzt-Patienten-Verhältnis etwas vereinfacht in drei Epochen ein. Die Zeit vom 2. Jahrhundert nach Christus bis ins 19. Jahrhundert bezeichnet er als die traditionelle Periode, in der die Schulmedizin mit anderen Heilern um Patienten konkurrierte. In dieser Phase lag der Schwerpunkt der Medizin auf der Anamnese. Auf die Befragung des Patienten zu seiner Krankheitsgeschichte wurde viel Zeit verwendet. Einer körperlichen Untersuchung wurde hingegen wenig Bedeutung zugeschrieben. Mangels der medizinischen Möglichkeiten wurden lediglich die Zunge, der Urin und der Puls des Patienten begutachtet. Und diese minimalen Untersuchungen wurden überwiegend lediglich zur Beruhigung des Patienten unternommen und nicht etwa aus einer diagnostischen Notwendigkeit heraus. Die Diagnostik war aufgrund fehlender, wohl

¹ Noack, Fangerau (2006), S. 77.

² Shorter (1991).

abgerundeter Krankheitseinheiten lediglich symptomatisch und nicht klinisch. Die Therapiemöglichkeiten waren hingegen umfangreich, wenn auch nicht besonders hilfreich. Das soziale Ansehen und das Prestige der Ärzte in dieser Zeit waren sehr gering. Georg Friedrich Louis schrieb 1875 in seinen Lebenserinnerungen: *„Die Rechte und Privilegien eines Doctors der Medicin gehörten damals schon in das Reich der Ideale, man konnte darauf nicht einmal den Anspruch begründen, für einen Mann von guter Erziehung gehalten zu werden, obgleich das Latein noch seine Rolle spielte. Mein College Adolf Henke in Erlangen sagte, Latein sei das einzige Mittel, uns die Barbriere vom Leibe zu halten.“* Das Einkommen der Ärzte war dementsprechend niedrig und reichte häufig nicht einmal für ein ordentliches Auskommen.

Zwischen dem 19. und der Mitte des 20. Jahrhunderts verschob sich dieses Verhältnis zu Gunsten der Ärzte. Shorter bezeichnet diese Zeit als die moderne Periode. Die Basis der Medizin war nun die Wissenschaft, deren Eckpfeiler die Histologie und Pathologie³ in Verbindung mit der Klinik, die Mikrobiologie⁴ und die vollständige klinische Untersuchung am Krankenbett zur Erstellung von verlässlichen Diagnosen⁵ waren. Durch die neuen Möglichkeiten der Medizin, vor allem durch die Erfolge des Diphtherie-Impfstoffes und auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie, stieg auch das Ansehen der Ärzte, die sich dadurch von den Heilern abgrenzen konnten. Ab etwa 1850 galt ein Arzt als Naturwissenschaftler, ein Mann, der sich unermüdlich der wissenschaftlichen Medizin widmete. So entstand das Bild vom „weißen Gott“, das laut Shorter bis in die 60er Jahre vorherrschte. In der modernen Periode der Medizin war die Anamnese weiterhin ein wichtiger Teil einer Konsultation und wurde mit derselben Aufmerksamkeit betrieben wie zuvor. Die Untersuchung beschränkte sich auf Grund der neuen Möglichkeiten nicht mehr nur auf Urin, Zunge und Puls, sondern wurde sehr ausführlich gestaltet. Die Erhebung des „Status praesens“, worunter „Status psychicus“ und „Status somaticus“ subsumiert wurden, wurde als äußerst wichtig betrachtet. Zum ersten Mal in der Geschichte gab es eine Differentialdiagnose, also eine Liste von Krankheiten, die zu den beschriebenen Beschwerden passen können. Die Diagnose einer dieser Krankheiten ermöglichte auch eine verlässlichere Prognose für den Patienten. Man konnte dem Patienten also sagen, woran er litt und was die Krankheit für ihn bringen würde, wohingegen die therapeutischen Möglichkeiten sehr begrenzt waren. Die Ärzte waren sich mehr denn je darüber im Klaren, dass die Kräutertees und Tinkturen, die ihnen zur Verfügung standen, meist wenig Nut-

3 Wichtiger Fortschritt durch die Erfindung des archromatischen Mikroskop-Objektivs 1824.

4 Entdeckung von Mikroben als Krankheitserreger, die auch zur Entwicklung von Impfstoffen führte (z.B. Tollwut und Diphtherie).

5 Hier war auch die Erfindung des Stethoskops zum Abhören von Körpergeräuschen wichtig (Laennec, 1819).

zen hatten. Neben einer Schmerztherapie konnte man leider noch sehr wenig für die Patienten unternehmen. Umso mehr verbrachten die Ärzte viel Zeit mit ihren Patienten, die sich richtig aussprechen durften. Weil man sonst sehr wenig tun konnte, war der psychologische Teil ein zentraler Aspekt der Therapie. So konnten psychosomatische Krankheiten gelindert werden. So schrieb etwa der Erlanger Professor Jakob Isenflamm im Jahre 1774⁶: *„Ich habe nicht ohne Ursache diesen (somatisierenden) Patienten seine Umstände weitläufig erzählen lassen, um so mehr, da vornehmlich diese Art von Kranken in Erzählung ihrer Zufälle weitläufig zu sein, und nicht leicht einen wegzulassen pflegen, auch, wenn sie alle ihre Zufälle, ihrer Gewohnheit nach auf einem Papier aufgezeichnet, dem Arzt erzählt, oder vorgelesen haben, schon hiedurch eine merkliche Erleichterung erlangt zu haben glauben.“* Shorter ist der Ansicht, dass es für diese Form von Therapie zumindest einer leichten Asymmetrie zwischen Arzt und Patient bedürfe, die der Arzt damals durch seine von der Wissenschaftlichkeit gehobene soziale Stellung herstellen konnte, da er als Respektperson galt. *„Man plaudert sich gegenüber dem Schulmeister nicht aus“*, meint Shorter.

Schließlich begann etwa Mitte des 20. Jahrhunderts die postmoderne Periode der Medizin, in der sich der informierte, selbstbewusste Patient herausbildete. Den Start markiert Shorter im Jahr 1935, mit der Einführung des ersten Sulfonamides, einem Medikament mit antibakterieller Wirkung, das die Therapeutik revolutionierte. Nach dem Zweiten Weltkrieg war das Penizillin auch der Zivilbevölkerung zugänglich. Die Ärzte konnten zunehmend Kranke heilen oder ihre Leiden zumindest lindern und gewannen Vertrauen in ihre therapeutischen Fähigkeiten. Und langsam fanden Biochemie und Pharmakologie auch Einzug in die Ausbildung der Ärzte. So kam es dazu, dass aufgrund der wirksamen Medikamente, die zur Verfügung standen, die Bedeutung der Anamnese in der Arzt-Patienten-Beziehung zurückgedrängt wurde. Krankheiten, deren Ursache nicht biochemisch war, wurden in den Aufgabenbereich der Psychiater verschoben. Psychosomatische Fälle fielen nicht länger in die Zuständigkeit von Internisten. Natürlich kümmerten sich die Ärzte weiterhin um ihre Patienten, aber die reduzierten Gespräche und die wenige Zeit am Krankenbett gaben dem Patienten das Gefühl, weniger umsorgt zu sein. Laut Shorter ging damit zumindest der Schein des Sich-um-den-Patienten-Kümmerns verloren. Die Anamnese wurde auch deshalb kürzer und eher zu einer Formsache, da Röntgenbilder und Blutuntersuchungen aufschlussreicher wurden als die „Geschichte der Leidens“. Und auch die Untersuchung verschob sich vom Abtasten und Abhören mehr auf apparative Bildgebungen und andere technische Diagnoseformen. Die Differentialdiagnostik blieb unverändert, während die Therapiemöglichkeiten eine enorme Steigerung erfuhren. Die Ironie in der postmodernen Medizin liegt laut Shorter darin, dass sich gerade in dem Mo-

6 In Shorter (1991), S.43.

ment, da es den Ärzten möglich wurde, Kranken wirksam zu heilen, die Patienten von der Medizin entfremdeten. Als Hinweis dafür sieht Shorter unter anderem den enormen Zustrom der Patienten zu alternativen Heilmethoden und zur Kurortmedizin. Ein weitaus größerer Hinweis auf den Vertrauensverlust der Patienten in die Ärzte scheint aber die Infragestellung des paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Der Arzt büßte seine Stellung als Respektsperson mehr und mehr ein. Die Patienten verloren, trotz immer besserer Heilungserfolge der Medizin, das Vertrauen in die Ärzte, die oft als kühl und desinvolviert empfunden wurden. Und auch die Mediziner spürten zunehmend, dass ihr Einfluss auf die Patienten geringer wurde. So schlimm wie Shorter das Bild für die USA (1991) zeichnet, ist es in Österreich nicht, was Shorter auch betont. Dennoch stimmt auch hierzulande die Tendenz. Patienten glauben nicht mehr alles was sie vom Arzt hören, vertrauen sogar manchmal mehr auf Informationen aus dem Internet.

Die Auffassung darüber, wie die Aufklärung des Patienten auszusehen hat, orientierte sich stets an der Arzt-Patienten-Beziehung, da sie ein Teil derselben ist. Die soziale Stellung des Arztes, die medizinischen Möglichkeiten und auch der Ablauf einer Konsultation wirkten sich darauf aus.

3. Der Arzt im Altertum

Die heutige westliche Medizin wurzelt ursprünglich in der ägyptischen, griechischen und römischen Medizin der Antike. In der Anfangszeit der Medizin (magisch-theistische Phase) wurden vor allem rituelle Heilungsprozeduren durchgeführt, die häufig in Tempeln situiert waren und auf der Hoffnung auf die Auslösung eines Wunders durch die göttliche Kraft basierten. Umso geringere Kenntnisse die Menschheit über die Naturwissenschaften besaß, desto stärker war die Medizin von Glauben, Mystik, Religion, Natur und Philosophie beeinflusst. Die Arzt-Patienten-Beziehung war durch wundersame Vorgänge bestimmt. Dem Heiler wurden magische Kräfte zugeschrieben, die diese Wunder auslösen konnten – als heilend galten jedoch die Natur oder die Götter selber.

Das Ende dieser Art von Medizin wird vor allem mit dem Griechen Hippokrates (460–370 v. Chr.) assoziiert, der eine neue Naturphilosophie (Elementenlehre, Qualitätenpathologie) etablierte und das Göttliche damit von der ärztlichen Heilkunst trennte. Hippokrates meinte dennoch: „*medicus curat, natura sanat*“ – der Arzt behandelt, die Natur heilt. Kann der Arzt jedoch nichts mehr für seinen Patienten

tun, so überlässt er ihn dem Priester.⁷ Hippokrates gilt bis heute als Vater der modernen Medizin. Er war der Meinung: „Nicht nur der Arzt muss bereit sein, das Notwendige zu tun – ebenso müssen es der Kranke, die Angehörigen, die äußeren Umstände.“⁸ Der hippokratische Arzt sah seinen Patienten als gleichberechtigten Partner, dessen Würde zu wahren ist. Eine erfolgreiche Behandlung setzt seiner Ansicht nach das vertrauensvolle Zusammenwirken von Arzt und Patient voraus.⁹ Jedoch war er auch von der „barmherzigen Lüge“ überzeugt, die bis Mitte des 20. Jahrhunderts ein wesentlicher Teil der Arzt-Patienten-Beziehung blieb¹⁰. Es handelte sich folglich bereits bei Hippokrates um eine paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung, in der der Arzt zwar alles im Sinne des Patienten tat, aber aus Gründen der Barmherzigkeit nicht alle Informationen an diesen weitergab.

In der hellenistischen Phase der Medizin, deren Beginn Hippokrates markiert, bildeten sich viele Ärzteschulen heraus. Etwa die Empiriker, die Methodiker oder die Pneumatiker. Ihr folgte die griechisch-römische Phase, die durch herausragende Autoren wie Celsus, Dioskur und Galen gekennzeichnet ist. Ihre Werke in den Bereichen der Anatomie, Physiologie, Pharmakologie und Chirurgie prägten neben Hippokrates die Medizin bis in die Zeit der Aufklärung. Im alten Rom standen die Ärzte jedoch vermehrt im Ruf, ihr Wissen über Gifte in Einzelfällen zum Schaden von Patienten eingesetzt zu haben. So soll etwa Marcus Aurelius von seinen Ärzten vergiftet worden sein – ein Auftragsmord. Daher setzte sich die Ärzteschaft im alten Rom den ethischen Grundsatz „*primum nil nocere*“, also zu allererst keinen Schaden zufügen.

Marcus Tullius Cicero, ein römischer Schriftsteller (106–43 v.Chr.), formulierte in seinem Werk „*De Lebigus*“ (3,8), einer Abhandlung über die ideale Staatsform, den Satz „*Salus populi suprema lex esto*“, also dass das Wohl (die Gesundheit) des Volkes höchstes Gesetz sein soll.¹¹ Der Arzt wird im alten Rom als persönlicher Vertrauter des Patienten betrachtet, der diesen umso besser behandeln kann, je länger er diesen kennt. Der Patient sucht Hilfe beim Arzt, der Arzt besitzt die Fähigkeit, ihm zu helfen. Ein asymmetrisches Beziehungsverhältnis, das auch zu dieser Zeit durch eine paternalistische Fürsorge durch den Arzt geprägt ist.¹²

7 Otten (2012), S. 10.

8 v. Engelhardt (2011), S. 73.

9 Kollesch & Nickel (2013).

10 Beller (2000), S. 6.

11 Später wurde der Ausspruch erweitert: „*Salus et voluntas aegroti suprema lex*“, also dass der Arzt sowohl das gesundheitliche Wohl seines Patienten fördern als auch dessen Autonomie beachten soll. Viele meinen sogar, dass die Autonomie des Patienten über sein Wohl gestellt wurde.

12 Steger (2004), S. 42.

4. Heilkunst im Mittelalter

Das medizinische Wissen nach dem Untergang des römischen Reiches beschränkte sich auf wenige lateinische Werke aus dem Altertum, die etwa in Klöstern aufbewahrt wurden. Das Griechische ging verloren. Erst im 13. Jahrhundert kam das Wissen der hochentwickelten arabischen Medizin und der Griechen wieder nach Europa.¹³ Die katholische Kirche gewann an Einfluss und die spirituelle Welt kam in Konflikt mit der Heilkunst. Da die allgemeine Meinung vertreten wurde, dass Krankheiten als Strafe von Gott gesandt werden, schickte sich der Beruf des Arztes für einen Katholiken nicht. Lediglich Buße konnte Heilung bringen. So wurden Kräuter und andere Heilmittel mit der Anwendung von spirituellen Handlungen gemeinsam angewandt oder durch christliche Gebete und Andachten ersetzt. Die Klostermedizin war auf dem Vormarsch. Sie war durch Wissen über Heilkräuter und die Krankenpflege gekennzeichnet, die aus dem Prinzip der christlichen Barmherzigkeit heraus durchgeführt wurde. Eine bekannte Vertreterin war Hildegard von Bingen (1098–1179), für die die Heilung der Kranken ebenfalls von der Hinwendung zu Gott abhängig war.¹⁴ Ärzte gab es zwar, jedoch praktizierte auch eine Vielzahl anderer Heiler. Eine Schulmedizin gab es in dieser Zeit nicht. Das Arztgespräch wurde im Mittelalter allgemein als Mittel gesehen, dem Patienten Trost und Hoffnung zu vermitteln, wobei man gleichzeitig betonte, dass ein Arzt auch manipulativ und hinterlistig sein können muss. Denn der Erfolg einer Behandlung wurde in einer Kombination von Autorität und Abhängigkeit gesehen.¹⁵ Wenn man sich vor Augen führt, wie schmerzhaft medizinische Eingriffe im Mittelalter häufig waren (etwa Amputationen ohne Narkose) und wie unsicher der Erfolg dieser Eingriffe war, zumal der Eingriff eines Arztes den Tod des Patienten oft erst recht herbeiführte (z.B. Aderlass), erscheint das Handeln des Arztes ohne oder sogar gegen die Zustimmung des Patienten als besonders illegitim.

13 Otten (2012), S. 16.

14 Otten (2012), S. 17.

15 Murray (1990), S. 104.

5. Die Ideen zur Zeit der Aufklärung

Bis in die Zeit der Aufklärung hinein wurde das Arzt-Patienten Verhältnis ähnlich einer Vater-Kind-Beziehung gesehen. Es galten die allgemeinen Grundsätze, das Beste für den Patienten zu tun, notfalls aber auch gegen dessen Willen. In dieser paternalistischen Form der Arzt-Patienten-Beziehung gehörte die Aufklärung des Patienten zwar bereits zu den Aufgaben des Arztes, sie hatte jedoch bei weitem nicht den heutigen Stellenwert. Es herrschte die allgemeine Ansicht, dass der Patient manchmal auch vor sich selbst geschützt werden müsse.

So schrieb etwa Goethe in seinem West-Östlichen Divan (1819): „*Wofür ich Allah höchstlich danke? Dass er Leiden und Wissen getrennt. Verzweifeln müsste jeder Kranke, Das Übel kennend, wie sein Arzt es kennt.*“ Er glaubt also – genau wie ehemals schon Hippokrates – an die barmherzige Lüge. Und auch Benjamin Rush (1745–1813), der großen Einfluss auf die medizinische Ethik in den USA hatte, vertrat die Ansicht, dass der Patient zwar informiert werden soll, unter Umständen aber über sein Schicksal belogen werden muss.

Aber die Ideen der Aufklärung lösen immer mehr patriarchische Gesellschaftsstrukturen auf, wodurch es zu einer zunehmenden Privatisierung und Individualisierung der Lebensgestaltung kommt. Die paternalistische Fürsorge wird im Zuge der Individualisierung als Bevormundung verstanden und damit abgelehnt. Ärztliche Fürsorge gerät in den Verdacht, als Deckmantel für die Befriedigung von Machtinteressen zu dienen, um Verfügungsgewalt über andere zu haben.¹⁶

„*Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen.*“¹⁷ Unter Autonomie versteht man nach Kant (1724–1804) jedoch mehr als die bloße Willensäußerung einer Person. Vielmehr ist darunter eine Selbstgesetzgebung der Vernunft zu verstehen – also die rechte Vernunft (*recta ratio*), das sittlich Richtige.¹⁸

Mit ein Grund für die Entwicklung des Wunsches nach einer stärkeren Selbstbestimmung der Patienten waren auch die wachsenden Möglichkeiten der Medizin, vor allem die Möglichkeit, invasive Eingriffe vorzunehmen. Sie riefen das Misstrauen der Patienten insofern hervor, weil der Arzt während der Narkose des Patienten die Behandlung nach eigenem Ermessen abändern oder erweitern

16 Pöltner (1998).

17 Immanuel Kant (1784). AA VIII, Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? 35.01-03.

18 Prat (1998)

konnte.¹⁹ Vor allem in der Zeit der Industrialisierung galt der menschliche Körper zunehmend als Maschine, deren Abläufe von außen steuerbar sind. Der Arzt wird zum Techniker, der Patient zum reparaturbedürftigen Körper. Die Seele spielte eine untergeordnetere Rolle als früher.²⁰ Autonomie war also auch ein Schutz gegen das medizinisch Machbare, da es nicht immer das Wohl des Menschen maximiert und daher Entscheidungen für oder gegen eine mögliche Behandlung individuell von den Patienten getroffen werden müssen (z.B. bei der Verlängerung des Lebens um jeden Preis).²¹

Dennoch glaubte man daran, dass Patienten zwar die Fähigkeit haben, dem Arzt zuzuhören, es jedoch leichter für den Patienten wäre, wenn er nicht alles wüsste. Im 19. Jahrhundert war man sich uneins darüber, ob man einem Patienten eine schlechte Prognose mitteilen sollte, die Mehrheit lehnte dies jedoch ab.²² Ein Grund dafür, warum sich die Ideen der Aufklärung in der Praxis der Arzt-Patienten-Beziehung nicht durchsetzen konnten, war, dass Ärzte und Patienten zunehmend in Krankenhäusern aufeinander trafen, die sehr stark hierarchisch strukturiert waren. Zuvor wurde der Arzt bei seinen Konsultationen häufig in den Privathäusern der Patienten vorgestellt. Krankenhäuser dienten ursprünglich vornehmlich der Pflege und waren nicht von Ärzten frequentiert. Darüber hinaus wurden aufgrund der Einführung der Sozialversicherungen immer mehr sozial schwächere Personengruppen nach dem Sachleistungsprinzip behandelt, was auch den Unterschied in der sozialen Stellung zwischen Arzt und Patient vergrößerte und den Umgang zwischen beiden autoritärer gestaltete. Zudem mussten Patienten manchmal mit finanziellen Sanktionen rechnen, wenn sie mangelnde „Compliance“ zeigten, sich also nicht an die Empfehlungen des Arztes hielten. All dies begünstigte die Verwurzelung in der gleichermaßen autoritären wie fürsorglichen ärztlichen Ethik.²³ So hielt sich das paternalistische Modell der Arzt-Patienten-Beziehung noch bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts hinein und die Ideen der Aufklärung konnten sich vorerst in der Arzt-Patienten-Beziehung noch nicht durchsetzen.

19 Prutsch (2004), S. 46.

20 Otten (2012), S. 19.

21 Pöltner (1998).

22 Murray (1990), S. 104.

23 Noack, Fangerau (2006), S. 80f.

6. Informed Consent

6.1. Im angloamerikanischen Raum

Die Notwendigkeit einer Einwilligung des Patienten in eine medizinische Behandlung kommt ursprünglich aus dem angloamerikanischen Rechtssystem. Es entwickelte sich aus dem dort bereits anerkannten Persönlichkeitsrecht des Patienten (right to himself). Kurz vor dem Ersten Weltkrieg wurde daraus gefolgert, dass es vor jedem Eingriff in die körperliche Integrität eine Zustimmung des Patienten bedürfe (right to be left alone). Das Recht, eine für notwendig erachtete Behandlung durchzuführen, ließ sich damit nicht mehr allein aus der Tatsache ableiten, dass der Patient den Arzt aufsucht. Der Richter Benjamin N. Cardozo vom New York Court of Appeals fand im Jahre 1914 eine Formulierung für diese Rechtsansicht:

„Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body; and a surgeon who performs an operation without his patient’s consent commits an assault, for which he is liable in damages.“

Jedoch wurde hier noch keine ärztliche Pflicht zur Aufklärung über Risiken und Alternativen festgelegt, obwohl davon ausgegangen wurde, dass die Einwilligung des Patienten das Ergebnis einer gründlichen Überlegung sei. Der Patient musste lediglich über den Verlauf der Behandlung aufgeklärt werden.

In den 50er Jahren wurden, nach den nationalsozialistischen Gräueltaten, auch aus den USA Fälle von Missbrauch an Personen zu Forschungszwecken bekannt und erschütterten das Vertrauen in die Ärzteschaft. Bei Richtern in den USA entstand die allgemeine Ansicht, nur die alleinige Bestimmung des Patienten über sich selbst könne einen Schutz vor Missbrauch darstellen.²⁴ Daraufhin wurde die Aufklärungspflicht dahingehend erweitert, dass der Arzt den Patienten so umfassend zu informieren habe, dass dieser in der Lage ist, eine vernünftige Entscheidung zu treffen. Insbesondere wurden hier die Risiken einer Behandlung gemeint. Ansonsten wurde der Umfang der Aufklärung dem Ermessen des Arztes überlassen. Wurde die Aufklärungspflicht verletzt, galt die Einwilligung als ungültig. Der Arzt hatte in diesem Fall einen unerlaubten Heileingriff vorgenommen, was in den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung fiel.²⁵ Es waren auch amerikanische Gerichtsurteile, die die Entwicklung der Zustimmungsregelung

24 Giese (2002), S. 20.

25 Glatz (1998), S. 80f.

prägten. So formulierte im Jahre 1957 ein amerikanischer Richter in einem Urteil den Begriff des „Informed Consent“. Der Informed Consent wurde in den USA in den Folgejahren mit Hilfe von richterlichen Entscheidungen und empirischen Untersuchungen weiterentwickelt. Die Verfassung der „Patients' Bill of Rights“ durch die amerikanische Krankenhausgesellschaft wurde auch auf die Reaktion darauf verfasst, dass bekannt wurde, wie wenig Patienten über ihre Aussichten, Behandlungen und Risiken Bescheid wussten. Diese verlangte die „vollständige Aufklärung und uneingeschränkte Entscheidungshoheit aller einsichtsfähigen Patienten“. Zur Verbreitung der Idee des Informed Consent kam es aber erst durch die „President's Commission“, die 1980 bis 1983 tagte und viele medizinethische Fragen – darunter auch den Informed Consent – behandelte.²⁶

6.2. Im deutschsprachigen Raum

In Europa setzte sich nur langsam die Vorstellung durch, dass man Patienten aufzuklären habe. Vorerst gab es jedoch noch keine Diskussionen über die Information des Patienten, es wurde nur darüber nachgedacht, dessen Einwilligung einzuholen. So überlegten 1887 die Ärzte des späteren Kaisers Friedrich III., der an Kehlkopfkrebs erkrankt war, diesen ohne Vorankündigung bewusstlos zu machen und den Kehlkopf zu entfernen. Bismarck und Kaiser Wilhelm I. sprachen sich für das Einholen von Friedrichs Zustimmung aus. 1894 griff erstmals das Reichsgericht in einem Urteil das Problem der Einwilligung auf, als ein Arzt gegen die Einwilligung der Eltern bei einem Kind wegen eines tuberkulös vereiterten Fußwurzelknochens eine Fußamputation vorgenommen hatte. Das Gericht entschied, dass ein ärztlicher Eingriff per se eine Körperverletzung darstelle, die nur durch die Einwilligung des Patienten oder dessen Vertreter straflos bleibt. Der Patient bekam damit ein Widerstandsrecht – also das Recht, dass nichts gegen seinen Willen geschehen durfte.

Etwa ab der Jahrhundertwende bestand auch in österreichischen Gerichten die Bereitschaft, Ärzten bei negativen Behandlungsergebnissen einen Schadenersatz aufzuerlegen, wenn diese sorgfaltswidrig nicht auf bestehende Risiken eines medizinischen Eingriffes hingewiesen haben. Der OGH sprach in diesem Zusammenhang bereits 1906 in einer Entscheidung aus, dass das Risiko einer Behandlung durch Aufklärung und Zustimmung des Patienten und dessen Angehörigen auf diesen überwältigt würde, der eigenmächtige Behandler jedoch auch dann für einen verursachten Schaden aufkommen müsse, wenn dieser durch einen unglücklichen Zufall entstanden sei.²⁷

26 Giese (2002), S. 20.

27 Prutsch (2004), S. 46f. OGH 4.1.1906, Nr. 18553,GIUNF 4449.

Erst in den 30er Jahren veränderte sich die Ansicht der Gerichte dahingehend, dass die Einwilligung des Patienten nur dann Gültigkeit habe, wenn sich der Patient über Anlass, Wesen und Folgen der Maßnahme im Klaren war – oder aber wenigstens hätte sein können. Die Anzahl der vom Reichsgericht getroffenen Urteile bis zu Ende seines Bestehens 1945 war jedoch sehr überschaubar.²⁸

Im Nationalsozialismus sorgt man sich weniger um die Gesundheit des Individuums als mehr um die des „Volkskörpers“. Daher war es die größte Pflicht des Arztes, diese Volksgesundheit zu erhalten. Die nationalsozialistische Politik schätzte Individualrechte gering. Der Bürger hatte eine Gesundheitspflicht, die ihm auferlegte, seine Leistungsfähigkeit wiederherzustellen, um ein funktionierender Teil im Volkskörper zu sein. Der Stand des Arztes wurde als elitär betrachtet, was auch das Arzt-Patienten-Verhältnis prägte. Es galt die Ansicht, dass ein Arzt jederzeit dem Patient überlegen sein müsse. *„Jeder Kranke bedarf seines eigenen Arztes, der zu ihm passt, und dem er sich ohne Rückhalt unterwirft. ‚Arzt sein‘, hat Schwening er einmal gesagt, ‚heißt der Stärkere von zweien sein‘“*²⁹ Dennoch durften Patienten Behandlungen ablehnen, was auch vorkam. Auf der anderen Seite kam es etwa an der Universitätsklinik Tübingen massenweise zu Zwangssterilisationen – aus eugenischen Gründen. Es galt also zweierlei Recht – je nachdem, welcher Volksgruppe der Patient angehörte. Bereits im Kaiserreich gab es Stimmen, die ein ärztliches Behandlungsrecht sowie eine Duldungspflicht für den Patienten forderten. Publikationen in diese Richtung wurden insbesondere nach Inkrafttreten der Reichsärzteordnung 1936, die die Förderung der Gesundheit des „Volkskörpers“ in den Mittelpunkt der ärztlichen Aufgaben rückte, vermehrt getätigt. Trotz der zunehmenden Kritik an den Selbstbestimmungsrechten der Patienten als „überkommenes liberalistisches Denken“ hielt das Reichsgericht vorerst an seiner Position fest. Im Jahre 1940 wurde noch einmal versucht, die Patientenrechte zu stärken, indem das Selbstbestimmungsrecht über die medizinische Fürsorge des Arztes gestellt wurde. *„Soweit die mit ihrer Einholung (die Einwilligung des Kranken; Anmerkung) verbundene Aufklärung die Herabdrückung seiner Stimmung (des Patienten; Anmerkung) oder sogar seines Allgemeinbefindens zur Folge hat, handelt es sich um unvermeidbare Nachteile, die in Kauf genommen werden müssen.“* Dieses Urteil des Bundesgerichtshofes, das zum ersten Mal das Prinzip des Informed Consents aufgriff, wurde während des Krieges und auch später in der Bundesrepublik ablehnend rezipiert.³⁰

Die im NS-Reich begangenen medizinischen Gräueltaten wurden im Rahmen des Nürnberger Ärzteprozesses in den Jahren 1946/47 vor einem US-amerikanischen Militärgerichtshof aufgearbeitet. Die Beschäftigung mit den Verbrechen an Men-

28 Giese (2002), S 17f.

29 Schmiedebach (1987), S. 65f.

30 Noack, Fangerau (2006), S. 87f

schen im Namen der Medizin und der Wissenschaft (z.B. Unterdrucks- und Unterkühlungsversuche, Euthanasie) führte zu einer Rückbesinnung von einer kollektiven zu einer individuellen medizinischen Ethik. Ein heute noch gültiger Rahmen für medizinische und psychologische Menschenversuche wurde im Nürnberger Kodex festgelegt. Die Entwicklung des Informed Consent war vor allem in Europa auch eine Form zur Aufarbeitung der nationalsozialistischen Gräueltaten.

In Entscheidungen des OGH³¹ aus den Jahren 1954 und 1955 wurde bereits auf ein Zustimmungsrecht des Patienten zu ärztlichen Eingriffen und einer dementsprechenden Aufklärungspflicht der Ärzte hingewiesen. Auch das Krankenanstaltengesetz (KAG) enthielt in seiner Stammfassung aus dem Jahre 1956 Pflichten für Spitalsbetreiber, die umgekehrt Rechte für die Patienten darstellen. Das Recht des Patienten auf Zustimmung zu operativen Eingriffen war aber schon im KAG von 1920 geregelt. Eine bedeutende ethische Regelung ist auch in der Deklaration von Lissabon aus dem Jahre 1981 zu finden. Neben der freien Arztwahl, dem Recht, in Würde zu sterben, einem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und dem Recht des Patienten auf Behandlung durch Ärzte, die ihre Entscheidungen frei von äußeren Einflüssen treffen können, werden auch eine angemessene Aufklärung und die Selbstbestimmung des Patienten gefordert.³²

Heute sind die Patientenrechte in zahlreiche Gesetze des Bundes und der Länder zersplittert. Da es sich bei den Patientenrechten in Österreich um eine sogenannte Querschnittsmaterie handelt, muss jener Gesetzgeber Patientenrechtsbestimmungen erlassen, welcher für eine bestimmte Materie zuständig ist. Die grundsätzlichen Regelungen des Bundes finden sich etwa im KAKuG. Für freiberufliche Ärzte finden sich Regelungen zur Aufklärungspflicht und dem Einwilligungensrecht des Patienten und der Pflicht zur Aufklärungsdokumentation im Ärztegesetz. Darüber hinaus gibt es etwa arzneimittel- und medizintechnikrechtliche Vorschriften zu Patientenrechten, aber auch Aufklärungsbestimmungen im Fortpflanzungsmedizinengesetz, Gentechnikgesetz, Unterbringungsgesetz und im AIDS-Gesetz. Außerdem wurde 1999 eine Patienten-Charta, eine Art Staatsvertrag, im Rahmen einer Art. 15a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern unterschrieben, die alle Gebietskörperschaften dazu verpflichtet, sich an die darin vereinbarten Patientenrechte zu halten.³³

Obwohl sich der „informed consent“ aus dem angloamerikanischen Raum und die „Patientenaufklärung“ in Deutschland etwa zur gleichen Zeit entwickelt haben, unterscheiden sie sich prinzipiell voneinander. Während der informed con-

31 OGH 4.1.1906, Nr. 18553, GIUNF 4449. und OGH 20.1. 1954, 1 Ob 5/54, KRSIlg 608.

32 Prutsch (2004), S. 47.

33 Prutsch (2004), S. 48f.

sent auf dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen beruht, ist die Patientenaufklärung eher ein juristisches Konstrukt zum Schutz der Ärzte.³⁴

Auf europäischer Ebene beginnt die Geschichte der Patientenaufklärung im Jahr 1994, als die Europa-Gruppe der World Health Organization in der „Amsterdam Declaration“ erstmals festschrieb, dass Patienten das Recht auf Aufklärung über alle Vor- und Nachteile einer therapeutischen Intervention besitzen. Diesem Beispiel folgten viele europäische Staaten und verfassten nationale Patienten-Charten. Frankreich war weltweit das erste Land mit einer Patienten-Charta (1974). Erst seit 1998 verfügt auch Deutschland über eine Patienten-Charta, Österreich – wie bereits erwähnt – erst seit 1999. Im Jahre 2002 wurde eine europäische Patienten-Charta beschlossen, die „Active Citizenship Network: European Charter of Patients Rights“. Mit dem Thema Information, Aufklärung und Einwilligung der Patienten befassen sich die Punkte drei und vier der europäischen Charta.³⁵

34 Beller (2000), S. 6.

35 Fisch (2009), S. 121 ff.

7. Schluss

Patientenautonomie bedeutet, dass der Patient auf der Basis von fundierter Aufklärung eine wohlüberlegte Entscheidung trifft. Voraussetzung ist, dass der Patient alles Gesagte verstanden hat und eventuelle Risiken und Folgen abwägen kann und frei von psychischem Druck oder sonstigen Zwängen entscheiden kann. Die Patientenaufklärung ist also Bedingung für den selbstbestimmten Patienten. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass zwischen dem Wissensstand des Arztes und dem eines Patienten ein starkes Gefälle vorliegt, das über die Aufklärung weitgehend auszugleichen ist.

Die Aufklärung dient dazu, den Patienten in die Lage zu versetzen, eine medizinische Situation annähernd so zu verstehen, als wäre er/sie selbst Arzt, jedenfalls aber so weit, dass dadurch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sind, Wertvorstellungen des Patienten in eine fundierte Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgangsweise einfließen lassen zu können.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich für Ärzte

- ein erhöhter Aufklärungsbedarf und – weil Ärzte die Beweislast für diese Aufklärung haben –
- eine verstärkte Dokumentationspflicht über die vorgenommene Aufklärung.

Falsch verstandene Patientenautonomie dreht den Spieß heute aber oft um, denn Patienten sehen den Arzt und anderes medizinisches Personal oft als bloße Erfüller von Patientenwünschen, wodurch diese in die Situation kommen, Behandlungen durchführen zu müssen, die sie nicht befürworten. Hier wird Autonomie zu einem Deckmantel für eine übertriebene Anspruchshaltung. Prat³⁶ argumentiert, dass das Konzept des informed consent zwar gut gemeint sei, jedoch in der praktisch-juristischen Umsetzung in Deutschland und Österreich am medizinischen Alltag vorbeigehe. Hiesige Informed-consent-Regelungen würden zwar jeglichen Missbrauch durch die Ärzte nahezu unmöglich machen, würden jedoch den Missbrauch durch die Patienten und ihre Rechtsvertreter zulassen, was sich nachteilig auf das Gesundheitssystem auswirke. Er zitiert weiters den führenden deutschen Bioethiker Hans Martin Sass, der 1992 meinte, dass der Ausspruch „aegroti salus suprema lex“, der von dem Römer Cicero geprägt wurde, von „aegroti voluntas suprema lex“ abgelöst wurde, und er meint damit, dass die Autonomie des Patienten heute noch vor dessen gesundheitlichem Wohl stehe. Die Patientenautonomie als prioritäres Prinzip der biomedizinischen Ethik sei zu weit geführt

36 Prat (1998).

worden, da sie die Autonomiefähigkeit der Patienten überfordere. Umgekehrt führt die mit der Aufklärungspflicht einhergehende Verrechtlichung der Medizin zu einer Defensivmedizin, die die Gefahr mit sich bringt, dass „die Vermeidung des Belangbaren vor dem Tun des medizinisch Sinnvollen“ steht.³⁷

Dennoch ist auch heute das Prinzip des Paternalismus, im Sinne des fürsorgenden Arztes, nicht gänzlich passé. Denn oft sind Patienten damit überfordert, eine Entscheidung treffen zu müssen. Hier Selbstbestimmung einzufordern, wäre schlicht eine Missachtung menschlicher Schwächen. Hier lebt der Paternalismus also gewissermaßen neben der Patientenautonomie weiter, was auch legitim ist. Eine völlige Rückkehr zum paternalistischen Fürsorgeprinzip ist jedoch auszuschließen. Coulter³⁸ formulierte dazu 1999: *„Die Patienten sind erwachsen geworden, es gibt keinen Weg zurück. () Paternalismus ist endemisch () und auch wenn er gut gemeint sein mag, schafft und erhält er doch eine ungesunde Abhängigkeit, die mit anderen Strömungen in der Gesellschaft nicht mehr im Einklang steht.“*

37 Pöltner (2002), S. 24.

38 Coulter (1999), S. 719.

8. Literaturverzeichnis

- Beller, F. K. (2000). Informed Consent: Patientenaufklärung oder Patientenberatung. *Speculum*, Jg. 18 (1), S. 6–11.
- Coulter, A. (1999). Paternalism or Partnership? *British Medical Journal*, 319, S. 719–720. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7212.719>
- Fisch, S. (2009). Patientenrecht Aufklärung in Europa. In F. A. Weiser, *Ärztliche Aufklärung klipp und klar* (S. 121–135). Wien.
- Giese, C. (2002). *Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit: Das Modell des „Informed Consent“ in der Diskussion*. Münster.
- Glatz, C. (1998). *Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung: Eine Untersuchung über ärztliche Hinweispflichten in Deutschland und den Vereinigten Staaten*. Berlin.
- Murray, P. M. (1990). The history of informed consent. *The Iowa Orthopaedic Journal*, (10), S. 104–109.
- Nickel, D., & Kollesch, J. (Oktober 2013). *Das medizinische Schrifttum der Antike (Überblick)*. (berlin-brandenburgische Akademie d. Wissenschaften, Herausgeber) Von <http://cmg.bbaw.de/wissen-kompakt/schrifttum> abgerufen
- Noack, T., & Fangerau, H. (2006). Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland. In S. Schulz, K. Steigleder, H. Fangerau, & N. Paul, *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin – Eine Einführung* (S. 77–93). Frankfurt am Main.
- Otten, H. (2012). *Professionelle Beziehungen – Theorie und Praxis der Balint-Gruppenarbeit*. Berlin.
- Pöltner, G. (1998). Autonomie des Patienten – Ethik der Fürsorge. *Imago Hominis*, 5 (4), S. 253–259.
- Pöltner, G. (2002). Fragen der Patientenaufklärung. *Speculum*, Jg. 20 (2), S. 24–28.
- Prat, E. H. (1998). Autonomie in der Arzt-Patienten-Beziehung. *Imago Hominis*, 5 (4), S. 241–251.
- Prutsch, K. (2004). *Die ärztliche Aufklärung – Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten*. Wien.
- Schmiedebach, P. (1987). Ärztliche Standeslehre und Standesethik 1919–1945. In G. Baader, & U. Schultz, *Medizin und Nationalsozialismus: Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition?* (S. 64–72). Berlin.
- Shorter, E. (1991). *Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der Geschichte und heute*. Wien.
- Steger, F. (2004). *Asklepiosmedizin – Medizinischer Alltag in der römischen Kaiserzeit*. Stuttgart.
- v. Engelhardt, D. (2011). Die soziale Welt des Kranken im Medium der Literatur. Angehörige – Freunde – Gesellschaft. In H. Remmers (Hrsg.), *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog – Eine Forschungsbilanz* (S. 73–92). Göttingen.