

Die ärztliche Aufklärungspflicht im Zeitalter des „Shared Decision Making“

Einleitung und Begriffsdefinition

Unter dem Terminus „partizipative Entscheidungsfindung“ („shared-decision-making“) wird eine Herangehensweise verstanden, bei der Kliniker und Patienten gemeinsam und miteinander kommunizieren. Das Ziel dieses gemeinsamen Kommunikationsprozesses ist es, auf Basis der verfügbaren Evidenz sich *für* oder *gegen* eine medizinische Behandlung zu entscheiden.¹ Im Optimalfall hilft der Arzt dem Patienten durch Reflexionsgespräche und er beantwortet sämtliche Fragen des Patienten, die sich im Rahmen der Diagnostik und Therapie ergeben.

Der Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung beruht u.a. auf der Hypothese, dass das fachliche und professionelle Wissen des behandelnden Arztes – bspw. in Form von Leitlinien – notwendig, nicht aber ausreichend für das Treffen einer guten Entscheidung ist. Als mindestens so wichtig gelten die Bedürfnisse, die Wünsche und das Wissen des Patienten. Gelingt es dem Arzt, sein fachliches Wissen und das Wissen und die Bedürfnisse eines Patienten zusammenzuführen, kann eine Entscheidung getroffen werden, die positiv für das gesamte Gesundheitssystem ist.¹

Obgleich Ärzte unabhängig von einer Diagnose und/oder Therapieform Patienten stets in den Entscheidungsprozess einbeziehen sollen, gibt es Situationen, in denen dieses Vorgehen von besonderer Relevanz ist: Es stehen mehrere Behandlungsoptionen zur Verfügung, es wird eine chronische Erkrankung diagnostiziert, es liegt ein komplexes Therapieregime vor, die geplante Behandlung besitzt ein breites Nebenwirkungsspektrum und/oder es ist eine langfristige Behandlungsplanung notwendig.

Die Vorteile eines solchen Vorgehens liegen nahezu auf der Hand: Neben der Anerkennung der Autonomie des Patienten werden sowohl die rechtlichen, als auch die ethischen Normen einer ärztlichen Behandlung respektiert. Patienten fühlen sich durch ein solches Vorgehen verstärkt verantwortlich für den Erfolg der Behandlung und entwickeln eine realistischere Erwartungshaltung gegenüber letzterer, sie geben eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung an und halten das vom Arzt verordnete Therapieregime (Compliance) konsequenter ein und/oder steigt das subjektive Erleben von Kontrolle über die eigenen Gesundheit.¹

Das Bedürfnis des Patienten nach Information und Partizipation

Aus einer Vielzahl an Umfragen ist bekannt, dass rund 80% der Patienten detaillierte medizinische Information über den eigenen Gesundheitszustand wünscht. Genaue Daten über die Anzahl an Patienten, die in den Entscheidungsfindungsprozess aktiv

miteinbezogen werden wollen, sind bislang ausständig. Derartige Prozentangaben sind vor dem Hintergrund, dass das subjektive Bedürfnis nach einer aktiven Teilnahme im Entscheidungsfindungsprozess abhängig von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Krankheitserfahrung und Arzt-Patienten-Beziehung variiert, schwer zu beziffern. Generell kann jedoch festgehalten werden, dass Patienten, deren Bedürfnis nach Partizipation respektiert wird, nicht nur zufriedener mit der getroffenen Entscheidung sind, sondern auch geringere Depressions- und Stresswerte im Behandlungsverlauf angeben.¹

Bindet der Arzt den Patienten in den Entscheidungsprozess mit ein, heißt dies aber nicht, dass es nicht der Arzt ist, der die endgültige Entscheidung *für* oder *gegen* eine Behandlung trifft. Studien haben ergeben, dass es notwendig ist, zwischen der Partizipation am Entscheidungsprozess und der Partizipation bei der letztgültigen Entscheidung zu differenzieren. Der Arzt ist daher gut beraten, stets das individuelle Ausmaß des Bedürfnisses zu erfassen, mit dem ein Patient beteiligt werden will. Letzteres bedeutet mitunter, dass ein Patient nur so viel Information erhalten soll, wie er zu einem gegebenen Zeitpunkt wünscht bzw. kognitiv verarbeiten kann.

Die partizipative Entscheidung unter Berücksichtigung der österreichischen Gesetzgebung und Judikatur

Die ärztliche Aufklärungspflicht sowohl im ÄrzteG, als auch im KAKuG gesetzlich verankert. Einzige Ausnahme von der Pflicht zu Aufklärung stellt das sog. „Therapeutische Privileg“ (TP) dar. Das TP soll es dem Arzt ermöglichen, den Umfang des Aufklärungsgesprächs zu begrenzen, wenn psychische Gründe gegen eine vollständige Aufklärung sprechen.² Während der Gesetzgeber den Gebrauch des TP in Bezug zur Einsichtnahme in die Krankengeschichte explizit im § 39 UbG und implizit in einigen Landes-KAG (z.B.: § 21 Abs. 7 2. Satz öoKAG) gesetzlich verankert, hat sich der OGH in den letzten Jahrzehnten wiederholt mit der Begrenzung der ärztlichen Aufklärungspflicht in Zusammenhang mit der Risikoaufklärung befasst. Während der OGH zu Beginn der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts dem Wunsch der Ärzte, das TP auch in Zusammenhang mit der Risikoaufklärung zu gestatten entgegengekommen ist, hat sich der OGH Mitte der 90er Jahre von diesem Standpunkt zurückgezogen. In einer aktuellen Judikatur des OGH³, in dem sich letzterer mit der Aufklärungspflicht über bereits veraltete Behandlungsalternativen befasst, hält der OGH fest, dass eine Aufklärung über letztere nicht erforderlich ist. Der Arzt schuldet dem Patienten lediglich eine Aufklärung nach den aktuellen Regeln der ärztlichen Kunst. In diesem Zusammenhang betont der OGH, dass die Anforderungen an die Aufklärung nicht überspannt werden dürfen und bezieht sich dabei auf eine Entscheidung aus dem Jahr 1982⁴, in dem der OGH festgehalten hat, dass das Wohl des Patienten vor dessen Selbstbestimmungsrecht zu stellen ist.

Conclusio

Die medizinische Wissenschaft verzeichnet in den vergangenen Jahrzehnten enorme Fortschritte. Erkrankungen, die bislang als unheilbar gegolten haben, können heute gut behandelt oder zumindest in ihrem Fortschreiten gebremst werden. Während die High-Tech-Medizin in der Gesundheitsversorgung Einzug nimmt, zeigt sich immer deutlicher, dass der Erfolg einer jeden Behandlung zu einem beträchtlichen Anteil von der Mitarbeit des Patienten abhängig ist. Studienresultate zeigen, dass der Großteil der Patienten detaillierte Informationen über seine gesundheitliche Verfassung wünscht und auch in die Therapieentscheidung – im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung – miteinbezogen werden möchte. Ärzte sind daher gefordert, das Ausmaß des individuellen Bedürfnisses, an einer medizinischen Entscheidung beteiligt zu werden, stets zu ergründen und zu respektieren, um eine bestmögliche Entscheidung im Sinne des gesamten Gesundheitssystems zu erzielen.⁵ Da ein solches Vorgehen auch aus klinisch-psychologischer Perspektive zu begrüßen und zu unterstützen ist, bleibt zu hoffen, dass der OGH so rasch als möglich eine zeitgemäße Entscheidung in dieser Sache trifft, damit die Ärzteschaft ruhigen Gewissens auch im Rahmen der Arzt-Patienten-Interaktion „state-of-the-art“ agieren kann.

Literatur

¹ Härter, M. und Simon D., Wollen Patienten partizipative Entscheidungsfindung und wie wird diese gemessen? In Gigerenzer und Muir „Besser Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin“ (2013). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

² Giesen, D., Arzthaftungsrecht, 1990, JZ-Schriftenreihe.

³ OGH, 12.02.2013; 4 Ob 241/12p.

⁴ OGH 23.06.1982, 3 Ob 545/82.

⁵ Oullier, O., Behavioral insights are vital to policy-making. *Nature*, 501, 463 (2013).

Autorin

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ritter Sabine P.LLM.

Klinische- und Gesundheitspsychologin

Klinische Neuropsychologin

Absolventin des Universitätslehrgang „Medizinrecht“ der Johannes Kepler Universität und der Medizinischen Fortbildungsakademie der Ärztekammer OÖ

Funktionärin des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (BÖP)

Tel.: 0732-664-16 11 935

mail-to: sieta29@yahoo.de