

Die Effizienz der präoperativen Aufklärung
in der Orthopädie

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Vorgelegt von:

Oliver-Max Potrett aus Ratingen

Giessen 2004

Aus dem Evangelischen Fachkrankenhaus Ratingen
Klinik für Orthopädie und Rheumatologie

Ärztlicher Direktor:
Dr. med. F. Süssenbach

Gutachter: Prof. Dr. O. Oest

Gutachter: Prof. Dr. Dr. R. Schnettler

Tag der Disputation 17.06.2004

Erklärung:

„Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei denen von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind eingehalten.“

O.M. Potrett

Düsseldorf 2003

1. Einleitung	Seite 1
1.1. Historische Entwicklung	Seite 1
1.2. Rechtliche Grundlagen des Selbstbestimmungsrechts	Seite 2
2. Problemstellung, Definition von Aufklärung, Methodik und Durchführung	Seite 4
2.1. Problemstellung	Seite 4
2.2. Definition von Aufklärung	Seite 5
2.2.1. Sicherungs- bzw. therapeutische Aufklärung	Seite 6
2.2.2. Selbstbestimmungs- bzw. Eingriffsaufklärung	Seite 7
2.2.2.1. Diagnoseaufklärung	Seite 7
2.2.2.2. Verlaufsaufklärung	Seite 8
2.2.2.3. Risikoaufklärung	Seite 9
2.2.2.3.1. Grundaufklärung, Komplikationsdichte und eingriffsspezifische Risiken	Seite 10
2.2.2.3.1.1 Grundaufklärung	Seite 10
2.2.2.3.1.2 Komplikationsdichte	Seite 10
2.2.2.3.1.3 Eingriffsspezifische Risiken	Seite 11
2.2.2.3.2. Dringlichkeit des Eingriffs	Seite 13
2.2.2.3.2.1. Die Aufklärungspflicht bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen	Seite 14
2.2.2.3.2.2. Aufklärung bei diagnostischen Eingriffen	Seite 14
2.2.2.3.2.3. Aufklärung bei (relativ) indizierten, nicht zwingend notwendigen bzw. nicht dringlichen ärztlichen Maßnahmen	Seite 15
2.2.2.3.2.4. Umfang der Aufklärungspflicht bei zwingend (absolut) indizierten Eingriffen	Seite 15
2.2.2.3.2.5. Die Aufklärungspflicht bei vitalindizierten ,dringlichen ärztlichen Maßnahmen	Seite 16
2.2.2.3.3. Schwere des Eingriffs	Seite 16

2.2.2.3.4. Abhängigkeit der Aufklärungsanforderungen von der Person, dem Verhalten und dem körperlichen Zustand des Patienten	Seite 17
2.2.2.3.5. Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden	Seite 18
2.2.2.3.6. Aufklärung über eine eventuelle Operationserweiterung	Seite 19
2.2.2.3.7. Aufklärungspflichtiger	Seite 20
2.2.2.3.8. Aufklärungsadressat	Seite 20
2.2.2.3.9. Aufklärungszeitpunkt	Seite 22
2.2.2.3.10. Aufklärungsverzicht	Seite 23
2.2.2.3.11. Die konkrete Kliniksituation	Seite 23
2.2.2.3.11.1. Die Person und das Können des behandelnden Arztes	Seite 24
2.2.2.3.12. Form und Dokumentation der Aufklärung	Seite 25
2.2.3 Zielstellung der Arbeit	Seite 26
2.2.4 Methodik und Durchführung der Arbeit	Seite 26
2.2.4.1 Der Fragebogen	Seite 27
2.2.4.2 Datenverarbeitung	Seite 27
2.2.4.3 Datenauswertung	Seite 27
3. Statistische Auswertung	Seite 29
3.1 Geschlechtsverteilung	Seite 29
3.2 Altersgruppenverteilung	Seite 29
3.3 Bildungsstand	Seite 31
3.4 Durchgeführte Operationen	Seite 33
3.5 Patientenangaben hinsichtlich des Operationsdatums	Seite 34
3.6 Patientenangaben hinsichtlich der durchgeführten Operation	Seite 35
3.7 Patientenangaben zur prästationären Aufklärung	Seite 38

3.8	Patientenangaben zum Zeitpunkt der Aufklärung bei stationärer Aufklärung	Seite 40
3.9	Patientenangaben zur Person des aufklärenden Arztes und zum Operateur	Seite 42
3.9.1	Patientenangaben zu den erinnerlichen allgemeinen und speziellen Operationsrisiken im Bezug auf den Bildungsstand	Seite 45
3.9.2	Patientenangaben zur Alternativaufklärung und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand	Seite 49
3.10	Patientenangaben zur Verlaufsaufklärung	Seite 50
3.11	Patientenangaben zur Sicherungsaufklärung	Seite 51
3.12	Patientenangaben zur Diagnoseaufklärung	Seite 53
3.13	Fragen des Patienten an den aufklärenden Arzt	Seite 55
3.14	Patientenangaben zur Aufklärungsdauer und Bewertung des Zeitraumens durch den Patienten	Seite 56
3.15	Beurteilung der Aufklärung durch den Patienten	Seite 60
3.15.1	Beurteilung der Verständlichkeit der Aufklärung	Seite 60
3.15.2	Befand sich der Patient in einer außergewöhnlichen Situation?	Seite 61
3.15.3	Ernst des bevorstehenden Eingriffs	Seite 62
3.15.4	Wurde der Zeitpunkt der Aufklärung richtig gewählt?	Seite 63
3.15.5	Durch oder nach Aufklärung Angst vor der Operation?	Seite 65
3.15.6	Nach der Operation Angst vor besprochenen Komplikationen	Seite 67
3.15.7	Übermaßaufklärung?	Seite 68
3.15.8	Wurde die Aufklärung als Erleichterung empfunden	Seite 69
3.15.9	Operation auch ohne vorherige Aufklärung?	Seite 70
3.15.10	Wie gut wurde die Aufklärung vom Patienten verstanden?	Seite 72
3.15.11	Welche Bedeutung hat die Aufklärung für den Patienten?	Seite 74

4. Diskussion der Ergebnisse	Seite 77
4.1 Diskussion der Patientenangaben zum Operationsdatum und zur durchgeführten Operation	Seite 78
4.2 Diskussion der Patientenangaben zum Zeitpunkt der stationären Aufklärung	Seite 79
4.3 Diskussion der Patientenangaben zur Person des aufklärenden Arztes und die des Operateurs	Seite 79
4.4 Diskussion der Ergebnisse des aktiven Erinnerungsvermögens von allgemeinen und speziellen Operationsrisiken	Seite 80
4.5 Diskussion der Patientenangaben bezüglich der Alternativ-, Verlaufs- und Sicherungsaufklärung	Seite 81
4.6 Diskussion der Patientenangaben bezüglich der Aufklärungsdauer	Seite 82
4.7 Diskussion des Informationsbedürfnisses des Patienten	Seite 82
4.8 Diskussion ob sich der Patient in einer außergewöhnlichen Situation befand	Seite 83
4.9 Diskussion ob der Patient den Ernst der Lage richtig einschätzt	Seite 83
4.10 Diskussion ob der Aufklärungszeitpunkt richtig gewählt wurde	Seite 83
4.11 Diskussion ob die Aufklärung Angst im Sinne einer Übermaßaufklärung ausgelöst hat	Seite 84
4.12 Diskussion ob die Aufklärung eine Erleichterung für den Patienten im Hinblick auf den zu erwartenden Eingriff erbrachte	Seite 85
4.13 Diskussion ob der Patient auch ohne vorherige Aufklärung zur Operation bereit gewesen wäre	Seite 86

5. Zusammenfassung	Seite 87
6. Schlussfolgerung	Seite 89
7. Literaturverzeichnis	Seite 92
8. Fragebogen	Seite 101
9. Abstract (deutsch-englisch)	Seite 108
10. Lebenslauf	Seite 110
11. Danksagung	Seite 112

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Geschlechtsverteilung	Seite 29
Abb. 2:	Altersgruppenverteilung	Seite 30
Abb. 3:	Geschlechtsspezifische Altersverteilung	Seite 31
Abb. 4:	Bildungsstand	Seite 32
Abb. 5:	Geschlechtsspezifischer Bildungsstand	Seite 33
Abb. 6:	Durchgeführte Operationen	Seite 34
Abb. 7:	Patientenangaben hinsichtlich des Operationsdatums und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 35
Abb. 8:	Patientenangaben zur durchgeführten Operation	Seite 37
Abb. 9:	Beziehung zwischen Bildungsstand und Patientenangaben bezüglich der durchgeführten Operation	Seite 37
Abb. 10:	Patientenangaben zur präoperativen Aufklärung	Seite 39
Abb. 11:	Patientenangaben von wem sie präoperativ aufgeklärt worden sind	Seite 39
Abb. 12:	Vergleich zwischen Patientenangaben und objektiven Zeitpunkt der stationären Aufklärung	Seite 41
Abb. 13:	Beziehung zwischen Bildungsstand und Patientenangaben bezüglich des Aufklärungszeitpunktes	Seite 42
Abb. 14:	Patientenangaben zur Person des aufklärenden Arztes und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 44
Abb. 15:	Patientenangaben zur Person des Operateurs und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 44
Abb. 16:	Aktives Erinnerungsvermögen allgemeiner Operationsrisiken	Seite 47
Abb. 17:	Aktives Erinnerungsvermögen allgemeiner Operationsrisiken im Bezug auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 47
Abb. 18:	Aktives Erinnerungsvermögen spezieller Operationsrisiken	Seite 48

Abb. 19:	Aktives Erinnerungsvermögen spezieller Operationsrisiken im Bezug auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 48
Abb. 20:	Patientenangabe zur Alternativaufklärung im Bezug zum Bildungsstand des Patienten	Seite 50
Abb. 21:	Patientenangaben hinsichtlich einer Aufklärung über die Erfolgschancen einer Operation und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 51
Abb. 22:	Patientenangaben zur Sicherungsaufklärung und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 53
Abb. 23:	Patientenangaben, ob eine Diagnoseaufklärung erfolgt ist und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 54
Abb. 24:	Patientenzahlen, ob noch Fragen vor der Einwilligung gestellt wurden und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 56
Abb. 25:	Vergleich von subjektiver und objektiver Aufklärungsdauer	Seite 58
Abb. 26:	Anzahl richtiger und falscher Patientenangaben über die Aufklärungsdauer	Seite 59
Abb. 27:	Bewertung der Patienten, ob sich der aufklärende Arzt genug Zeit für sie genommen hat	Seite 59
Abb. 28:	Patientenangaben, ob zu viele Fachausdrücke benutzt wurden und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 61
Abb. 29:	Hatte der Patient während des Aufklärungsgespräches das Gefühl sich in einer außergewöhnlichen Situation zu befinden, und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 62
Abb. 30:	War dem Patienten schon vor oder erst durch die Aufklärung der Ernst des Eingriffs bewusst?	Seite 63

Abb. 31:	War der Zeitpunkt der Aufklärung richtig gewählt, und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 64
Abb. 32:	Entstand durch die Aufklärung Angst vor der Operation oder vor den besprochenen Operationsrisiken beim Patienten?	Seite 66
Abb. 33:	Wovor hat sich beim Patient Furcht eingestellt?	Seite 66
Abb. 34:	Vergleich der Patientenzahlen welche nach, bzw. durch die Aufklärung, Angst vor der Operation hatten, und Patienten die erst nach der Operation Angst vor möglichen Komplikationen entwickelten	Seite 67
Abb. 35:	Patientenangaben, ob die Aufklärung im Sinne einer Übermaßaufklärung zu schonungslos war	Seite 68
Abb. 36:	Patientenangaben, ob die Aufklärung die Entscheidung zur Operation erleichterte	Seite 69
Abb. 37:	Hätte der Patient die Operation auch ohne vorherige Aufklärung durchführen lassen, und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 71
Abb. 38:	Operation ohne oder nur nach vorheriger Aufklärung unter Berücksichtigung einiger typischen Operationen	Seite 72
Abb. 39:	Wie gut wurde die Aufklärung vom Patienten Verstanden?	Seite 73
Abb. 40:	Verständnis der Aufklärung im Bezug auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 74
Abb. 41:	Welche Bedeutung hat die Aufklärung für den Patienten	Seite 75
Abb. 42:	Bedeutung der Aufklärung im Bezug auf den Bildungsstand des Patienten	Seite 76

1. Einleitung

1.1 Historische Entwicklung der Selbstbestimmungsaufklärung

Die Selbstbestimmungs- beziehungsweise die Eingriffsaufklärung ist in den letzten Jahren immer häufiger zum Streitgegenstand sowohl von Gutachter- und Schlichtungsstellen der zuständigen Ärztekammern, als auch der Gerichte geworden. Die Problematik der Eingriffsaufklärung liegt sicherlich in der Tatsache, dass die Selbstbestimmungs- oder Eingriffsaufklärung nicht per Gesetz, sondern per Rechtsprechung, also durch entsprechende Urteile gesichert und definiert ist.

Das erste uns bekannte Urteil zu diesem Thema ist ein Entscheid des Reichsgerichtes von 1894, der den Heileingriff grundsätzlich als Tatbestand der Körperverletzung sieht, welcher der Einwilligung des zu behandelnden Patienten bedarf¹. In dem damals behandelten Fall ging es um eine an einem siebenjährigen Jungen vorgenommene Fußamputation aufgrund einer tuberkulösen Vereiterung der Fußwurzelknochen. Der Eingriff war ohne die Einwilligung des Vaters durchgeführt worden². Von diesem Zeitpunkt an bestand für den behandelnden Arzt zunächst nur die Pflicht sich eine Einwilligung des Patienten einzuholen, ohne ihn jedoch über die entsprechende Behandlung aufzuklären.

1912 wurde durch eine Entscheidung des Reichsgerichtes erneut ein weiterer Schritt in Richtung Selbstbestimmungsrecht des Patienten gemacht. Hier wurde festgelegt, dass es der vorherigen Information bedarf³. Die Entscheidung des Patienten über eine Behandlung wandelte sich vom „Ob“ zum „Wie“⁴.

Den definitiven Grundstein des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten legte 1979 das Bundesverfassungsgericht mit einem wegweisenden Urteil. In dieser Arzthaftungsentscheidung legte das Bundesverfassungsgericht folgendes fest. „Auch der kunstgerechte Eingriff bedarf zu seiner Rechtfertigung der Einwilligung des Patienten. Eine solche Entscheidung des Patienten setzt voraus, dass dieser zuvor

¹W. Weißbauer: Die Entwicklung der Arzthaftung

²E. Deutsch: Medizinrecht

³RGZ 78, 432 vom 1.03.1912

⁴C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

vom fachkundigen Arzt über die für seine Entscheidung wesentlichen Gesichtspunkte, in der Regel also über den ärztlichen Befund und die danach drohenden Folgen für Leib und Leben, über die Art des vorgesehenen Eingriffes, über die dadurch erwarteten Heilungschancen und über die mit dem Eingriff verbundenen Gefahren und Risiken aufgeklärt worden ist.“⁵

Hiermit wurde der bis dahin anhaltende Konflikt zwischen Ärzteschaft und Gerichtsbarkeit beendet, welcher sich in Parolen wie „die Gleichstellung des Skalpells mit dem Dolch des Messerstechers“ entlud⁶.

1.2 Rechtliche Grundlagen des Selbstbestimmungsrechts

Die Grundlagen für das Selbstbestimmungsrecht und die Selbstbestimmungsbeziehungweise Eingriffsaufklärung liegen im Grundgesetz (Art. 1 und 2 Absatz 1 GG), im Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 823 BGB) und im Strafgesetzbuch (§ 223, 228, 229, 230 StGB) verankert. Zur Veranschaulichung werden die oben genannten Gesetzestexte im Folgenden zitiert.

- „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“⁷
- „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“⁸
- „Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.“⁹
- „Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit der Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“¹⁰

⁵Urteil des Bundesverfassungsgerichtes

⁶W. Weissauer: Grenzen der Aufklärungspflicht

⁷Artikel Absatz 1 Grundgesetz

⁸Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz

⁹Paragraph 823 Bürgerliches Gesetzbuch

¹⁰Paragraph 223 Strafgesetzbuch

- „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“¹¹
- „Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“¹²
- „Die vorsätzliche Körperverletzung nach §223 StGB¹³ und die fahrlässige Körperverletzung nach § 229 StGB¹³ werden nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält. Stirbt die verletzte Person, so geht bei vorsätzlicher Körperverletzung das Antragsrecht nach § 77 Abs. 2 auf die Angehörigen über.“¹⁴

Es vollzog sich also der Wandel vom „Salus aegroti suprema lex“¹⁵ des Arztes hin zum „Voluntas aegroti suprema lex“¹⁶ des Juristen. Der Nutznießer ist ohne Zweifel der Patient und es sollte mittlerweile als selbstverständlich angesehen werden, wie es auch in der ärztlichen Berufsordnung (§ 1a BÄO) verankert ist, dass die Durchführung eines Heileingriffes der Einwilligung des informierten und rechtzeitig aufgeklärten Patienten bedarf¹⁷.

¹¹Paragraph 228 Strafgesetzbuch

¹²Paragraph 229 Strafgesetzbuch

¹³Strafgesetzbuch

¹³Strafgesetzbuch

¹⁴Paragraph 230 Strafgesetzbuch

¹⁵„Das körperliche Wohl des Kranken ist oberstes Gebot“ E. Deutsch: Arztrecht

¹⁶„Der Wille des Patienten bildet das oberste Gebot“ B. Eisner: Die Aufklärungspflicht des Arztes

¹⁷Urteil des Bundesgerichtshofes

2. Problemstellung, Definition von Aufklärung, Methodik und Durchführung

2.1. Problemstellung

Wie bereits eingangs erwähnt wurde, ist die Selbstbestimmungs- beziehungsweise Eingriffsaufklärung immer häufiger Gegenstand gutachterlicher oder richterlicher Tätigkeit. So wurden für das Jahr 2000 bundesweit ca. 10.000 Anträge bei den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der entsprechenden Ärztekammern gestellt. Dies entspricht einer Verzehnfachung seit 1978¹⁸. Der Anteil an Aufklärungsrügen variiert je nach Autor und Landesärztekammern zwischen 1 und 6 %¹⁹, ist jedoch nachweislich steigend.

Die Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein sprach in den Jahren 1994-96 im Fachgebiet der Orthopädie in 61 von insgesamt 375 Verfahren Aufklärungsrügen²⁰ aus. In den Jahren von 1976-98 wurden 65 Eingriffe oder Behandlungen ohne Selbstbestimmungsaufklärung statistisch erfasst²¹. Davon fielen 11 Fälle in den Fachbereich Orthopädie.

Maier stellte Behandlungsfehler aus der Sicht der Gesellschaftsärzte eines Arzt-Haftpflichtversicherers für das Jahr 2000 zusammen. Es wurden insgesamt 414 Arzthaftpflichtfälle mit insgesamt 550 Behandlungsfehlervorwürfen, davon insgesamt 74 Aufklärungs- oder Vorbereitungsfehler, bearbeitet. Auf das Fachgebiet der Orthopädie entfielen 44 Fälle, von denen 6 Aufklärungs- oder Vorbereitungsfehler waren²².

Einige Autoren gehen davon aus, dass bis zu einem Drittel aller Haftungsurteile auf Aufklärungsrügen zurückzuführen sind²³. Da es im Rahmen von Behandlungsfehlern dem Patienten obliegt, dem behandelnden Arzt eine Schuld nachzuweisen, sieht die Deutsche Rechtsprechung im Falle eines Vorwurfes bezüglich einer mangelnden oder fehlenden Eingriffs- beziehungsweise Selbstbestimmungsaufklärung vor, dass

¹⁸J. Neu, D. Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler

¹⁹C. Maier: Arzthaftung 2000

²⁰Statistische Übersicht der Gutachterkommission Nordrhein 1996-98

²¹Statistische Übersicht der Gutachterkommission Nordrhein 1976-98

²²C. Maier: Arzthaftung 2000

²³Hempfung: Aufklärungspflicht und Arzthaftung

der Arzt beweisen muss, ob eine ordnungsgemäße Aufklärung und damit die Legitimation in den Eingriff stattgefunden hat. Die so entstandene Beweislastumkehr oder Beweislaste leichterung bildet nun eine „Wunderwaffe“²⁴, um den Vorwurf eines Behandlungsfehlers zu erweitern, bis hin zum „Hebel für den Erfolg“²⁵. Dies bedeutet, dass es während eines aussichtslosen Verfahrens nicht selten zu einer Verlagerung der Klage mit Schwerpunkt auf ein Aufklärungsversäumnis kommt, um so eine Kehrtwende des Verfahrens, und damit einen erwünschten Erfolg für den klagenden Patienten herbeizuführen.

Die Einwilligung in eine medizinische Behandlung oder einen medizinischen Eingriff ist nur dann wirksam, wenn eine ordnungsgemäße und zeitgerechte Aufklärung vorausgegangen ist. Nur so ist der Patient in der Lage von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen. Die Einwilligung bildet somit die Grundlage jeder ärztlichen Behandlung.

2.2 Definition von Aufklärung

Bei der ganzen Diskussion über die Aufklärungsproblematik muss man bedenken, dass „die“ Aufklärungspflicht als Terminus überhaupt nicht existiert.²⁶ Sie ist vielmehr ein Konstrukt, zusammengesetzt aus einer Fülle von „einzelnen Informationspflichten“²⁵, welche dazu dient, ein „spezifisches Kompetenzdefizit des Patienten“²⁵ auszugleichen.

Zum Verständnis dieser „nahezu babylonischen Sprachverwirrung“²⁵ lässt sich die Aufklärungspflicht in zwei große Untergruppen unterteilen. Zum einem in die therapeutische oder auch Sicherungsaufklärung genannt, und zum anderen in die große Gruppe der Selbstbestimmungsaufklärung, welche sich wiederum aus der Diagnose-, der Verlaufs- und der Risikoaufklärung zusammensetzt.

²⁴Fischer, Juristische Rundschau

²⁵J. Neu, D.Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler

²⁶C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

²⁵ J. Neu, D.Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler

²⁵ J. Neu, D.Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler

²⁵ J. Neu, D.Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler

2.2.1 Sicherungs- beziehungsweise therapeutische Aufklärung

Die Sicherungs- oder auch therapeutische Aufklärung genannt, stellt im eigentlichen Sinne keine Aufklärung dar. Sie ist vielmehr Teil der ärztlichen Behandlung, welcher dem Patienten als Bestandteil des Vertrages zwischen Arzt und Patient geschuldet wird. Hierdurch soll der „höchste Standesgrundsatz: salus aegroti suprema lex“²⁷ gewährleistet werden. Der behandelnde oder beratende Arzt hat den Patienten darüber „aufzuklären“, beziehungsweise zu informieren, wie seine Krankheit oder sein Befund voraussichtlich verläuft, wenn er einer bestimmten Behandlung oder einem Eingriff zustimmt oder nicht, also die Weisung des Arztes an den Patienten „über ein therapiegerechtes Verhalten zur Sicherung des Heilerfolges und die Unterrichtung des Patienten über die erhobenen Befunde zur Sicherstellung einer Nachbehandlung“²⁸.

Es genügt jedoch nicht, den Patienten nur über die für den Heilungserfolg wichtigen Verhaltensmaßregeln aufzuklären. Der Arzt muss „diese dem Patienten klar und deutlich erläutern und sich vergewissern, ob der Patient sie auch verstanden hat“²⁹. Hier steht nicht die Einhaltung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten im Vordergrund, sondern „der Aspekt der Schadensabwehr durch Hinweise, Ratschläge, Anweisungen und Empfehlungen, nach denen sich der Patient zu richten hat, um einen möglichst ungestörten Therapieverlauf zu gewährleisten und Komplikationen zu vermeiden“³⁰. So lautet ein Urteil des Oberlandesgerichtes Stuttgart, dass der behandelnde Arzt bei Unterlassung dieser Hinweise oder Warnungen seiner „vertraglichen Verpflichtung zur Fürsorge des Patienten zuwider“³¹ handelt, und sich so schadensersatzpflichtig macht, und zwar im Sinne eines Behandlungsfehlers und nicht etwa als Aufklärungspflichtverletzung³². Allerdings hat hier der Patient die Beweislast dafür zu tragen³³.

²⁷A. Laufs: Arztrecht

²⁸J. Neu, D.Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler

²⁹J. Neu, D.Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler

³⁰K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

³¹Urteil Oberlandesgericht Stuttgart

³²Urteil des Bundesgerichtshofes

³³Urteil Oberlandesgericht Düsseldorf

2.2.2 Selbstbestimmungs- beziehungsweise Eingriffsaufklärung

2.2.2.1 Diagnoseaufklärung

Unter Diagnoseaufklärung ist die Aufklärung des Patienten über einen medizinischen Befund zu verstehen. Der Patient ist darüber zu informieren, „dass er krank ist und an welcher Krankheit er leidet“³⁴. Laut GLATZ ist „die Offenlegung erhobener Befunde im Rahmen der Selbstbestimmungsaufklärung nur insoweit relevant, als sie die notwendige Grundlage für die Entscheidung des Patienten darüber bildet, ob er der Behandlungsempfehlung des Arztes folgen will oder nicht“³⁵.

Die Diagnoseaufklärung darf nicht mit der Aufklärung vor einem Eingriff, auch zu diagnostischen Zwecken, verwechselt werden. Die einzige Ausnahme auf den Verzicht der Diagnoseaufklärung ist aus humanitären Gründen in Betracht zu ziehen, nämlich dann, wenn die Aufklärung eine zu große psychische Belastung für den Patienten bedeuten würde. Sie ist aber auch nur dann zu unterlassen, wenn der Patient nicht in eine „lebensnotwendige Therapie einwilligen soll“³⁶.

Das OLG Köln befand, dass wenn durch die Diagnoseaufklärung „das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich durch die Mitteilung eines schwerwiegenden Befundes gefährdet sind und eine nicht behebbare Gesundheitsschädigung droht, darf die Diagnoseaufklärung aus therapeutischen Erwägungen eingeschränkt werden oder sogar ganz entfallen“³⁷. Dementsprechend sieht die Rechtsprechung eine unverhältnismäßig drastische Aufklärung als Behandlungsfehler, welcher, wenn er zur Gesundheitsverschlechterung des Patienten führt, „Schadensersatzansprüche des Patienten begründen“ kann³⁸.

³⁴A. Laufs: Arztrecht

³⁵C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

³⁶A. Laufs: Arztrecht

³⁷Urteil Oberlandesgericht Köln

³⁸Gehrlein: Leitfaden zur Arzthaftpflicht

2.2.2.2. Verlaufsaufklärung

Die Verlaufsaufklärung dient dazu, dem Patienten die „voraussichtlichen Folgen der Behandlung“³⁹ oder eines Eingriffes und dessen Tragweite im „Großen und Ganzen zu erläutern“⁴⁰. Der Arzt ist unabhängig von der Risikoaufklärung zur Verlaufsaufklärung verpflichtet. In den meisten Fällen ist jedoch eine genaue Trennung zwischen Verlaufs- und Risikoaufklärung nicht möglich.

Zur Verlaufsaufklärung werden Informationen gezählt, die mit einer bestimmten Behandlung oder mit einem bestimmten Eingriff unvermeidbar verbunden sind, wie Art, Schwere, Umfang und Durchführung eines Eingriffes, bleibende Narben, Verlust eines Gliedes, Funktionseinschränkungen von Organen, Schmerzen und wesentliche Umstände für die Lebensführung nach einer bestimmten Behandlung oder einem bestimmten Eingriff. LAUFS sieht erhebliche Bedenken in dem vom Bundesgerichtshof geforderten aufklärungsbedürftigen Umstand der zu erwartenden Schmerzen, da „Schmerz und seine Intensität kaum mess- und beweisbar sind und darum schwer justitiabel“⁴¹. Jedoch sollte die Gerichtsbarkeit, so der Bundesgerichtshof mit der „Schmerzaufklärung zurückhaltend umgehen“⁴², sie jedoch grundsätzlich mitteilen. Auch sind nach Bundesgerichtshof Rechtsprechung „die Erfolgsaussichten bzw. die Versagerquote im Zuge der Verlaufsaufklärung mitzuteilen“⁴³, ebenso wie die Prognose „bei Unterbleiben der ärztlichen Behandlung“⁴⁴. DEUTSCH sieht den Patienten erst durch die Verlaufsaufklärung in die Lage versetzt, „die Möglichkeiten einander gegenüberzustellen und sich zusammen mit dem Arzt für eine Behandlung zu entscheiden“⁴⁵.

³⁹Gehrlein: Leitfaden zur Arzthaftpflicht

⁴⁰Urteil des Bundesgerichtshofes

⁴¹A. Laufs: Arztrecht

⁴²Urteil des Bundesgerichtshofes

⁴³Urteil des Bundesgerichtshofes

⁴⁴Urteil des Bundesgerichtshofes

⁴⁵E. Deutsch: Medizinrecht

2.2.2.3 Risikoaufklärung

Studiert man die einschlägige Literatur zur Aufklärungsproblematik, so wird deren medizinischer und juristischer Schwerpunkt von der Risikoaufklärung gebildet⁴⁶. Wird die Selbstbestimmungsaufklärung als eine zeitliche Abfolge betrachtet, so hat die Risikoaufklärung wohl am Ende der Ausführung des aufklärenden Arztes zu stehen.

Zweck der Risikoaufklärung ist es, den Patienten über die mit einem Eingriff behafteten Risiken, welche auch bei Einhaltung der gebotenen Sorgfalt und fehlerfreien ärztlichen Behandlung („lege artis“) nicht sicher vermeidbar sind, zu informieren bzw. aufzuklären⁴⁷. ULSENHEIMER sieht die Anforderungen an die Risikoaufklärung bestimmt von vier Faktoren in ihrem „Umfang, Maß und Intensität“⁴⁸.

1. „Grundaufklärung, Komplikationsdichte und eingriffsspezifische Risiken“.
2. „Dringlichkeit des Eingriffes“.
3. „Schwere des Eingriffes“.
4. „Abhängigkeit der Aufklärungsanforderungen von der Person, dem Verhalten und dem körperlichen Zustand des Patienten“.

Zur Durchführung einer korrekten Risikoaufklärung bedarf es einer Vervollständigung dieser Liste um folgende Punkte:

5. Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden
6. Aufklärung über eine evtl. Operationserweiterung
7. Aufklärungspflichtiger
8. Aufklärungsadressat
9. Aufklärungszeitpunkt
10. Aufklärungsverzicht
11. Die konkrete Kliniksituation
12. Die Person und das Können des behandelnden Arztes
13. Form und Dokumentation der Risikoaufklärung

⁴⁶K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

⁴⁷Urteil des Bundesgerichtshofes

⁴⁸K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

2.2.2.3.1 Grundaufklärung, Komplikationsdichte und eingriffsspezifische Risiken

2.2.2.3.1.1 Grundaufklärung

Der Selbstbestimmungsaufklärung geht die sogenannte Grundaufklärung voraus. Die Übergänge von der Grundaufklärung, z.B. zur Risikoaufklärung, sind fließend. NEU et al.⁴⁹ verlangen eine „Aufklärung über Verlauf, Chancen und Risiken der Behandlung im Großen und Ganzen“, und dass der Patient „einen zutreffenden Eindruck erhält von der Schwere des Eingriffs und von der Art der Belastung, die für seine Integrität und Lebensführung auf ihn zukommen“, wenn der Eingriff nicht rechtswidrig sein soll. Ferner verlangen sie, dass dem Patienten das für diesen Eingriff typische schwerst mögliche Risiko nahegebracht wird.

2.2.2.3.1.2 Komplikationsdichte

Die Komplikationsdichte, beziehungsweise die Eintrittswahrscheinlichkeit, eines aufklärungsbedürftigen Risikos, hat im Laufe der letzten Jahrzehnte immer mehr an Bedeutung als „Abgrenzungskriterium für die Aufklärungspflicht“⁵⁰ verloren. Die Rechtsprechung nannte nie genaue Prozentsätze, gab jedoch anhand von Urteilen eine gewisse Richtung an, welche sich im Laufe der Jahre, betrachtet man das ganze doch einmal mathematisch, „um eine oder mehrere Stellen hinter dem Komma“ reduzierte.⁵¹

RATAJCZAK nannte anlässlich des XI'ten Symposiums der „Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht“⁵² Zahlen, welche sich von 1 – 2 % 1961⁵³ über 1 % 1972⁵⁴ über 0,1 % 1989⁵⁵ auf 1 : 400.000⁵⁶ bis hin zu einer Komplikationsdichte von 1 : 15.500.000⁵⁷ verringerten.

⁴⁹J. Neu, D.Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler

⁵⁰W. Weißauer: Entwicklung der Arzthaftung

⁵¹W. Weißauer: Entwicklung der Arzthaftung

⁵²XI Kölner Symposium der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht

⁵³Urteil des Bundesgerichtshofes

⁵⁴Urteil des Bundesgerichtshofes

⁵⁵Urteil des Bundesgerichtshofes

⁵⁶Urteil Oberlandesgericht Bremen

⁵⁷Urteil des Bundesgerichtshofes

Der Bundesgerichtshof stellte fest, dass der Patient über keine genauen oder annähernd genauen Zahlen in Form „statistischer Wahrscheinlichkeiten“ oder „mathematischer Prozentzahlen“⁵⁸ aufzuklären sei, ihn jedoch andererseits über solche Risiken aufzuklären, die für ihn „überraschend und in seinen besonderen Lebensverhältnissen erkennbar besonders schwerwiegend sind“,⁵⁹ auch „wenn sie sich nur selten verwirklichen“⁶⁰.

2.2.2.3.1.3 Eingriffsspezifische Risiken

Die Risikoauflklärung bildet den Hauptstreitpunkt zwischen Medizinern und Juristen, weshalb ihr auch die „größte Bedeutung“⁶¹ zukommt. Durch die Offenlegung der eingriffsspezifischen Risiken soll dem Patienten im „großen und ganzen“⁶² vor Augen geführt werden, welche Folgen diese auch bei Einhaltung der gebotenen Sorgfalt und bei fehlerfreier Durchführung des Eingriffes „bei einem negativen Ausgang für seine persönliche Situation haben kann.“⁶³

In der Rechtsprechung wird, wie auch in der Medizin, zwischen den allgemeinen und den sogenannten eingriffsspezifischen Risiken, welche mit einem bestimmten Eingriff typischerweise verbunden sind, unterschieden.

Während die Rechtsprechung die Aufklärung über allgemeine Risiken eines Eingriffes sehr großzügig handhabt, stellt sie jedoch im Gegenzug an die eingriffsspezifische Risikoauflklärung sehr hohe Anforderungen. Im Bezug auf die allgemeinen Risiken stellte der Bundesgerichtshof fest, dass ein Arzt über die allgemein bekannten Risiken eines operativen Eingriffes, wie zum Beispiel Wundinfektion, Narbenbruch oder Embolie nicht aufklären muss, solange diese dem Patienten geläufig sind.⁶⁴

Als eingriffsspezifische oder auch typische Risiken eines bestimmten Eingriffes bezeichnet man solche Risiken, „die gerade bei der beabsichtigten

⁵⁸Urteil des Bundesgerichtshofes

⁵⁹Urteil des Bundesgerichtshofes

⁶⁰Urteil des Bundesgerichtshofes

⁶¹ Nüssgens: Arzthaftungsrecht

⁶²Urteil Oberlandesgericht Oldenburg

⁶³C. Glatz: Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

⁶⁴Urteil des Bundesgerichtshofes

Behandlungsmethode eintreten⁶⁵ können, und damit behandlungsspezifisch sind. Sie sind somit auch bei extremer Seltenheit aufklärungsbedürftig weil spezifisch.⁶⁶ Einzige Ausnahme hiervon sind „eingriffsspezifische Risiken, die so außergewöhnlich und nicht vorhersehbar sind“, „und im Regelfall kein schwer belastendes Risiko darstellen“⁶⁷, „dass sie für den Patienten, ob er in die Operation einwilligt, keine Bedeutung haben“.⁶⁸ Handelt es sich um einen nicht lebensnotwendigen Eingriff, so ist der Patient auch neben den spezifischen über andere auch seltene Risiken aufzuklären.

Wie bereits erwähnt, muss auf das allgemeine Infektionsrisiko nicht gesondert hingewiesen werden, außer im Falle eines für den Patienten im Allgemeinen als ungefährlich angesehenen Routineeingriffs, wie einer Injektion oder Punktion.⁶⁹ Angesichts, der für den betroffenen Patienten erheblichen Auswirkungen für sein weiteres Leben, ist eine mögliche Infektion mit einem Hepatitis oder HI Virus durch eine eventuelle Bluttransfusion unbedingt aufklärungspflichtig.⁷⁰ Ebenso bedarf ein „verhältnismäßig hohes Misserfolgrisiko einer Operation der Mitteilung“.⁷¹

Typische beherrschbare Gefahren unterliegen hingegen nicht der Aufklärungspflicht, „da sie bei kunstgerechtem Handeln zu keinem Schaden führen“.⁷²

Aufklärungsbedürftig stellt sich das Risiko einer Folgeoperation dar, „wenn die Notwendigkeit, sich nachoperieren zu lassen, ein spezifisches Risiko der Erstoperation ist“.⁷³

Typische Risiken, welche „nur durch eine fehlerhafte Behandlung entstehen können“⁷⁴, gehören auch nicht zu den aufklärungsbedürftigen Informationen. Risiken,

⁶⁵C. Glatz: Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

⁶⁶Urteil Oberlandesgericht Hamm und Urteil des Bundesgerichtshofes

⁶⁷Urteil des Bundesgerichtshofes

⁶⁸Augenmuskelparese nach lumbaler Myelographie als vernachlässigbares Risiko

⁶⁹Urteil des Bundesgerichtshofes

⁷⁰Urteil des Bundesgerichtshofes

⁷¹A. Laufs: Arztrecht

⁷²Urteil Oberlandesgericht Düsseldorf

⁷³Urteil des Bundesgerichtshofes

⁷⁴Urteil des Bundesgerichtshofes

für die kein wissenschaftlicher Nachweis erbracht ist, welche jedoch nicht ausgeschlossen sind, bedürfen keiner Aufklärung.⁷⁵

Hat jedoch eine wissenschaftliche Diskussion stattgefunden, in der anerkannte Stimmen auf bestimmte Risiken hingewiesen haben, und diese zu anerkannten Ergebnissen geführt haben, so muss dahingehend aufgeklärt werden.⁷⁶

2.2.2.3.2 Dringlichkeit des Eingriffs

Zu einer vollständigen Aufklärung gehört, den Patienten darüber zu informieren, wie dringlich der geplante Eingriff eigentlich sei, oder „ob nach medizinischer Erkenntnis eine sofortige Operation zur Verhinderung schwerer Gesundheitsgefahren angezeigt ist, oder ob er noch zuwarten kann, um sich nach seinen Lebensumständen und Bedürfnissen seinen Entschluss gründlich überlegen zu können, sich vielleicht anderweitig beraten zu lassen, und einen ihm passend erscheinenden Operationstermin in einem Krankenhaus seiner Wahl auszusuchen“.⁷⁷

Medizinisch wie juristisch gilt der Grundsatz, dass eine Aufklärung umso umfangreicher und ausführlicher sein muss, je weniger indiziert der Eingriff ist und umgekehrt,⁷⁸ also umgekehrt proportional zur Dringlichkeit eines Eingriffs.

ULSENHEIMER⁷⁹ unterscheidet bei der Dringlichkeit eines Eingriffs fünf Fallgruppen.

1. „Die Aufklärungspflicht bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen“.
2. „Aufklärung bei diagnostischen Eingriffen“
3. „Aufklärung bei (relativ) indizierten, nicht zwingend notwendigen beziehungsweise nicht dringlichen ärztlichen Maßnahmen“.
4. „Umfang der Aufklärungspflicht bei zwingenden (absolut) indizierten Eingriffen“.
5. „Die Aufklärungspflicht bei vital indizierten, dringlichen ärztlichen Maßnahmen“.

⁷⁵Urteil Landgericht Augsburg

⁷⁶Urteil des Bundesgerichtshofes

⁷⁷Gehrlein: Leitfaden zur Arzthaftpflicht

⁷⁸Urteil des Bundesgerichtshofes

⁷⁹K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

2.2.2.3.2.1 Aufklärungspflicht bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen

Hierunter fällt die große Gruppe der plastischen, insbesondere der ästhetischen Chirurgie. Zu unterscheiden gilt es natürlich zwischen den absoluten Wahleingriffen zur „Korrektur“ des von der Natur gegebenen, jedoch vom Patienten nicht akzeptierten äußeren Erscheinungsbildes einerseits, und andererseits den Rekonstruktionsoperationen z.B. nach Traumata, Verbrennungen und Tumorchirurgie.

Bei einem rein kosmetischen Eingriff stellt die Rechtsprechung extrem hohe Ansprüche an die Erfüllung der Aufklärungspflicht. Der Patient muss „die Möglichkeit haben, die Vor- und Nachteile des Eingriffs besonders sorgfältig zu überlegen und nach allen Richtungen hin abzuwägen“.⁸⁰

Der Bundesgerichtshof legt sich im Folgenden fest: „Je weniger ein ärztlicher Eingriff geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient, dem dieser Eingriff angeraten wird oder der ihn selbst wünscht, über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen zu informieren“.⁸¹

RAABE und VOGEL verlangen bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen „grundsätzlich nach einer Totalaufklärung des Patienten“.⁸² Ferner entfällt hier der Gesichtspunkt, dass beim Patienten nicht durch eine übermäßige Aufklärung Angst vor den Risiken oder Komplikationen erzeugt werden darf, welche ihn evtl. davon abhalten würden „in die notwendige ärztliche Maßnahme“ einzuwilligen.⁸³

2.2.2.3.2.2 Aufklärung bei diagnostischen Eingriffen

Auch bei diagnostischen Eingriffen gilt es zu unterscheiden zwischen diagnostischen Eingriffen ohne „therapeutischen Eigenwert“⁸⁴ oder gar aus wissenschaftlichem Interesse, welche einer wesentlich strengeren Aufklärung als diagnostische Eingriffe,

⁸⁰K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

⁸¹Urteil des Bundesgerichtshofes

⁸²B. Eisner: Die Aufklärungspflicht des Arztes

⁸³Urteil des Oberlandesgericht Hamm

⁸⁴Urteil des Bundesgerichtshofes

die „mitunter dringend, ja sogar vital oder bedingt vital indiziert“⁸⁵ sind, oder welche „für eine Operation im Falle eines positiven Befundes absolut notwendig sind“⁸⁶. In den beiden letzteren Fällen sind die Anforderungen an die Aufklärung entsprechend denen eines therapeutischen Eingriffs. Die Anforderungen an die Aufklärung diagnostischer Eingriffe ohne therapeutischen Eigenwert liegen etwa im Bereich derer für rein kosmetische Operationen.

2.2.2.3.2.3 Aufklärung bei relativ indizierten, nicht zwingend notwendigen beziehungsweise nicht dringlichen ärztlichen Maßnahmen

Der aus medizinischen Gründen angezeigte, jedoch nicht zwingend notwendige Eingriff stellt an die Aufklärung ebenfalls erweiterte Anforderungen, da der Patient hier ganz klar die Wahl hat, sich mit seiner momentanen Situation abzufinden, oder sich einem Eingriff zu unterziehen. Er kann sich „also für oder gegen die Übernahme bestimmter Risiken entscheiden“⁸⁷. Um das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu wahren, bedarf es der Information ob, und mit welchem zu erwartenden Risiko ein Aufschub oder das Unterlassen des entsprechenden Eingriffs für ihn in Frage kommt.⁸⁸

2.2.2.3.2.4 Aufklärung bei zwingend (absolut) indizierten Eingriffen

Hierbei handelt es sich um Eingriffe, welche „aus medizinischen Gründen zur Beseitigung einer erheblichen Gesundheitsstörung erforderlich“⁸⁹ sind. Die Anforderungen an die Aufklärungspflicht können hier geringer sein, „da unter diesen Umständen ein verständiger Patient gewisse Risiken auf sich nimmt“⁹⁰. Nur der Patient allein darf darüber entscheiden, sich einem bestimmten Eingriff und damit

⁸⁵Urteil des Bundesgerichtshofes

⁸⁶K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

⁸⁷K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

⁸⁸Urteil des Bundesgerichtshofes

⁸⁹B. Eisner: Die Aufklärungspflicht des Arztes

⁹⁰K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

entsprechenden Risiken auszusetzen, oder ihn sogar abzulehnen, selbst „wenn ein solcher Entschluss medizinisch unvernünftig ist“⁹¹.

2.2.2.3.2.5 Aufklärung bei vital indizierten, dringlichen ärztlichen Maßnahmen

Ein medizinischer Eingriff ist vital indiziert, wenn das Leben des Patienten bedroht, „und sofortiges ärztliches Handeln zur Beseitigung einer lebensbedrohlichen Situation geboten“⁹² ist. In einem solchen Fall sind die Anforderungen an die Aufklärung am geringsten, und tendieren gegen Null. Die Aufklärung kann unter Umständen auch ganz entfallen, „da der Lebensrettung Vorrang vor dem Schutz der Selbstbestimmungsrechts gebührt, und im übrigen in derartigen Situationen der Patient infolge seiner Krankheit oft gar nicht mehr ansprechbar, und daher eine Aufklärung aus rein tatsächlichen Gründen gar nicht mehr möglich ist“⁹³. Ferner ist eine vollständige Aufklärung oft nicht durchführbar, da nicht immer die Gesamtheit der erforderlichen ärztlichen Maßnahmen vorweg zu erkennen ist.

2.2.2.3.3. Schwere des Eingriffs

Der Umfang einer Risikoaufklärung ist nicht unwesentlich abhängig von der Schwere des entsprechenden Eingriffs über den der Patient aufzuklären ist. Hier verhält es sich mit dem Umfang der Aufklärungspflicht ähnlich wie bei der Dringlichkeit eines Eingriffs. Es gilt der bekannte Grundsatz, dass eine Aufklärung umso umfangreicher zu sein hat, je „schwerer die Folgen, zum Beispiel bei Gefahr eventueller Dauerschäden, sind oder, je höher die Sterblichkeitsquote, umso eher und umso eindringlicher muss selbst bei seltenen Risiken deren Aufklärungspflicht bejaht werden“⁹⁴. Umgekehrt gilt, je weniger beeinträchtigt der Patient durch den entsprechenden Eingriff wird, desto niedriger sind die Anforderungen an die Aufklärungspflicht. Also verhält sich auch hier der Umfang der Aufklärungspflicht umgekehrt proportional zur Schwere des Eingriffes.

⁹¹Urteil des Bundesgerichtshofes

⁹²K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

⁹³K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

⁹⁴K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

2.2.2.3.4 Die Abhängigkeit der Aufklärungsanforderungen von der Person, dem Verhalten und dem körperlichen Zustand des Patienten

Die Rechtsprechung sieht in dem „verständigen Patienten“ den idealen Aufzuklärenden. Bei genauerer Betrachtung gibt es jedoch den „verständigen Patienten“ nicht. Aus diesem Grund müssen bei der Aufklärung „generelle und individuelle Anforderungen verkoppelt“⁹⁵ werden. Letztendlich ist die „entscheidende Bezugsperson der Aufklärung nicht der verständige Patient als objektiver Dritter, sondern der einzelne Patient mit seinem individuellen Informationsbedürfnis“.⁹⁶ Zwar ist der Arzt verpflichtet das Informationsdefizit des Patienten durch eine sachgemäße Aufklärung auszugleichen, dennoch besteht auch beim Patienten „eine gewisse Aufklärungslast, nämlich: weitere Fragen zu stellen, falls er über bestimmte Punkte mehr wissen will“.⁹⁷

Seitens des Bundesverfassungsgerichtes heißt es hierzu in einem Urteil, dass man „auch seitens des Patienten den mitverantwortlichen Dialog“⁹⁸ verlangen müsse. Ferner wird vom aufklärenden Arzt verlangt, den Wissens- und den allgemeinen Bildungsstand sowie die konkrete Lebenssituation des Patienten im Aufklärungsgespräch zu berücksichtigen. Ist dem Patienten ein behandlungsspezifisches Risiko ebenso bekannt wie dem Arzt, bedarf es somit nicht der Aufklärung. Sie entfällt jedoch nur, „wenn der Patient mit dem Eingriff nicht erkennbare falsche Vorstellungen verbindet“⁹⁹.

Der Bundesgerichtshof stellte in einem Urteil fest, „ist der vorzunehmende Eingriff in seinem Verlauf und seinen typischen Risiken dem durchschnittlichen Patienten gemeinhin bekannt, muss der Arzt dem Patienten über die Bezeichnung hinaus keine Informationen vermitteln“¹⁰⁰. Im Bezug auf den Bildungsstand des Patienten verhält es sich mit dem Umfang der Aufklärung wie bei der Dringlichkeit oder der Schwere

⁹⁵C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

⁹⁶Schramm: Versicherungsrecht

⁹⁷K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis

⁹⁸Urteil des Bundesverfassungsgerichtes

⁹⁹C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

¹⁰⁰Urteil des Bundesgerichtshofes

eines Eingriffs. Der Umfang der Aufklärung ist umso geringer, je höher der Bildungsgrad des Patienten ist.

Es wird allgemein angenommen, dass „Angehörige differenzierter Berufe sich danach in einem höheren Maße mitverantwortlich“ fühlen und „infolge dessen, es ihnen eher zuzumuten ist, ihr individuelles Informationsbedürfnis deutlich zu machen“.¹⁰¹ Auch berufliche Aspekte spielen bei der Aufklärung dann eine gewichtige Rolle, wenn durch den entsprechenden Eingriff „die Gefahr der Schädigung von Organen oder Gliedmaßen, auf die der Patient beruflich angewiesen ist“, besteht. In diesem Fall ist er dezidiert darüber aufzuklären, selbst „wenn der betreffende Umstand einem verständigen Patienten nicht offen zulegen wäre“.¹⁰² Auch die körperliche Konstitution kann zu einer Einschränkung des Aufklärungsumfanges führen, nämlich dann, wenn der Patient schwer verletzt ist und unter erheblichen Schmerzen leidet, so dass „er völlig auf diese fixiert ist, schwerstens unter ihnen leidet, und gegenüber Umweltreizen in erheblichen Maße in der Aufnahmefähigkeit eingeschränkt erscheint“.¹⁰³

2.2.2.3.5 Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden

Die Wahl der Behandlungsmethode ist grundsätzlich dem Arzt vorbehalten¹⁰⁴, solange er eine Therapie anwendet, die dem medizinischen Standard genügt. Stehen mehrere gleichwertige Behandlungsmethoden zur Verfügung, so kann der Arzt diejenige durchführen, die er am besten beherrscht, ohne auf die anderen hinzuweisen.¹⁰⁵ Stehen jedoch für den Patienten mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Therapie zur Verfügung, welche sich jedoch in Belastung, Risiken und Erfolgschancen voneinander unterscheiden, so muss der Patient nach entsprechender Aufklärung frei entscheiden „was er an Belastungen und Gefahren im Hinblick auf möglicherweise unterschiedliche Erfolgschancen der verschiedenen Behandlungsmethoden auf sich nehmen will“¹⁰⁶. Gleiches gilt, wenn die Möglichkeit besteht, zwischen einer konservativen und einer operativen Therapie zu wählen,

¹⁰¹C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

¹⁰²C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

¹⁰³Urteil des Oberlandesgericht Frankfurt

¹⁰⁴Urteil des Bundesgerichtshofes

¹⁰⁵Urteil des Bundesgerichtshofes

¹⁰⁶Gehrlein: Leitfaden zur Arzthaftpflicht

wenn beides zur Wahl steht.¹⁰⁷ Über Außenseitermethoden oder Behandlungen, welche sich noch in der Erprobung befinden, und über die es noch keine gesicherten Ergebnisse hinsichtlich der möglichen Risiken gibt, muss der Patient nicht hingewiesen werden.¹⁰⁸

Wählt der Arzt eine Methode für die es noch keine gesicherten Erkenntnisse hinsichtlich der zu erwartenden Risiken gibt oder gar eine von der Schulmedizin abgelehnte Außenseitermethode, so ist der Patient dahingehend aufzuklären.¹⁰⁹

2.2.2.3.6 Aufklärung über eine eventuelle Operationserweiterung

Besteht bereits vor einer Operation die Möglichkeit, dass es während der Operation zu einer eventuellen Operationserweiterung oder gar zu einem Wechsel des Operationsverfahrens kommen kann, so ist der Patient bereits im Vorfeld darüber aufzuklären. Hat der Arzt es jedoch versäumt den Patienten dort hingehend aufzuklären, und zeigt sich intraoperativ die Notwendigkeit zu einer Operationserweiterung oder zum Wechsel auf eine andere Operationsmethode ist er dazu verpflichtet, soweit dies im Bereich des Möglichen liegt, den Eingriff zunächst zu beenden, und den Patienten, sofern dieser aufnahme- und entscheidungsfähig ist, darüber aufzuklären und sich dessen Einwilligung für die entsprechende Operationsabweichung oder Erweiterung einzuholen.¹¹⁰ Eine Ausnahme hiervon ergibt sich natürlich, wenn das Leben des Patienten ernsthaft gefährdet ist, oder ein „entgegenstehender Wille sich nicht ernstlich vermuten lässt“¹¹¹. Eine unplanmäßige Operationserweiterung ist auch dann erlaubt, wenn sie aus einem nicht selbstverschuldeten präoperativen Diagnoseirrtum resultiert, und ein Unterlassen zu einer ernsthaften Befundverschlechterung des Patienten führen würde.¹¹²

¹⁰⁷Urteil des Bundesgerichtshofes

¹⁰⁸Urteil des Bundesgerichtshofes

¹⁰⁹Urteil Oberlandesgericht Koblenz

¹¹⁰Urteil des Bundesgerichtshofes

¹¹¹A. Laufs: Arztrecht

¹¹²Urteil Oberlandesgericht Frankfurt

2.2.2.3.7 Aufklärungspflichtiger

Aufklärungspflichtig ist grundsätzlich erst einmal der behandelnde Arzt. Die Aufklärungspflicht beschränkt sich jedoch nur auf die ihm zugeordnete Behandlungsaufgabe. Er kann diese Pflicht nicht an ihm nachgeordnetem nichtärztlichem Personal weitergeben.¹¹³

Die Aufklärung kann natürlich auch von einem Arzt übernommen werden, der nicht selbst operiert, solange er „nach seinen persönlichen Fähigkeiten, seinem individuellen Wissens- und Erfahrungsstand dazu hinreichend qualifiziert ist“¹¹⁴.

Zuständig für die korrekte Durchführung der Aufklärung durch das ärztliche Personal ist der Chefarzt oder die Leitung einer Klinik. Sie haben „durch geeignete Unterrichtung, Richtlinien und Kontrollmaßnahmen dafür Sorge zu tragen“¹¹⁵, dass der aufklärende Arzt die zuvor genannten Bedingungen erfüllt. Wird der Patient von einem Arzt zu einem anderen überwiesen, so „ist derjenige Arzt aufklärungspflichtig, der die Therapie letztendlich durchführt“¹¹⁶.

2.2.2.3.8 Aufklärungsadressat

Aufklärungsadressat ist grundsätzlich der Patient, der sich einem Eingriff unterzieht, und damit die Einwilligung in einen Eingriff zu geben hat. Ausnahmen bilden Minderjährige oder beschränkt geschäftsfähige oder geschäftsunfähige also einwilligungsunfähige Patienten.

Als einwilligungsunfähig gilt ein Patient, wenn er den Erläuterungen des aufklärenden Arztes „nicht ausreichend folgen kann, und die Information nicht in Relation zur eigenen Person bringen kann“¹¹⁷.“ Grundlage bildet § 105 des Bürgerlichen Gesetzbuches in dem es heißt: „Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist

¹¹³Urteil des Bundesgerichtshofes

¹¹⁴Urteil Oberlandesgericht Stuttgart

¹¹⁵A. Laufs: Arztrecht

¹¹⁶K.O. Bergmann: Aufklärung in der arbeitsteiligen Medizin

¹¹⁷C. Stephan et al.: Das präoperative Aufklärungsgespräch

nichtig. Nichtig ist auch eine Willenserklärung die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder einer vorübergehenden Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.“¹¹⁸

Die Behandlung Minderjähriger erfordert im Idealfall die Einwilligung beider Elternteile. Normalerweise kann der behandelnde Arzt auf Grund einer allgemeinen Funktionsaufteilung zwischen den Eltern davon ausgehen, dass der erscheinende Elternteil im Sinne des abwesenden Elternteils handelt. Diese Regelung trifft jedoch nur für Routinefälle und leichtere Erkrankungen¹¹⁹ zu. In Fällen ernsterer Erkrankungen oder Eingriffe schwerer Art kann der behandelnde Arzt nicht mehr ungefragt auf die Zustimmung des nichterschiedenen Elternteils bauen, sondern muss sich vergewissern, ob der erscheinende Elternteil diese hat, und wie weit sie reicht. Der Arzt kann jedoch auf eine wahrheitsgemäße Aussage des erschienenen Elternteils vertrauen. Im Zweifelsfall sollte der Arzt dafür sorgen, dass die Eltern den Eingriff mit seinen Chancen und spezifischen Risiken noch einmal besprechen und so zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen.¹²⁰ Handelt es sich um schwere Erkrankungen oder gravierende Eingriffe welche eine schwierige und weitgreifende Entscheidung für das zu behandelnde Kind bedeutet, und sind mit dem Eingriff eventuelle erhebliche Risiken verbunden, so muss sich der Arzt die Gewissheit verschaffen, dass das nichterschiedene Elternteil damit einverstanden ist.¹²¹ Er kann sich in einem solchen Fall nicht auf die bloße Aussage des erschienenen Elternteils verlassen.

Die Rechtsprechung räumt dem einsichtsfähigen Minderjährigem unter bestimmten Umständen ein Mitsprache- und im Einzelfall sogar ein Entscheidungsrecht zu¹²². Es gilt im Einzelfall zu prüfen ob er die geistige Reife und Willensfähigkeit besitzt, die Entscheidung für oder gegen einen Eingriff oder eine Behandlung abzuwägen. Zwar sind die Eltern gemäß § 1629 Absatz 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch gesetzliche Vertreter, dennoch ist ihr Einwilligungsrecht nicht über das Selbstbestimmungsrecht des Kindes gestellt.

¹¹⁸Paragraph 105 Bürgerliches Gesetzbuch

¹¹⁹Urteil des Bundesgerichtshofes

¹²⁰Urteil des Bundesgerichtshofes

¹²¹Urteil des Bundesgerichtshofes

¹²²Urteil des Bundesgerichtshofes

Das Oberlandesgericht Stuttgart stellte in einem Urteil klar, dass die Eltern nicht befugt seien, „aus religiösen oder weltanschaulichen Gründen unvernünftige Entscheidungen zum Nachteil des Kindes zu treffen“¹²³. Trifft dieser Fall ein, so ist der Arzt zum Schutze des Kindes verpflichtet das Vormundschaftsgericht einzuschalten. Ist Gefahr im Verzuge, ist ein Eingriff auch ohne vorherige Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes durchzuführen.

Bei beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen volljährigen Patienten ist der gerichtlich bestellte Betreuer Aufklärungsadressat.

2.2.2.3.9 Aufklärungszeitpunkt

Der richtige Zeitpunkt der Aufklärung ist einer der bedeutendsten juristischen Streitpunkte im Bezug auf Aufklärungsmängel.¹²⁴ Bereits 1962 stellte das Oberlandesgericht Düsseldorf fest, dass eine Aufklärung unzulässig sei, wenn der Patient schon auf dem Operationstisch läge.¹²⁵ Die zu dieser Aufklärungsproblematik gefällten Urteile sind teilweise recht unterschiedlich, da sie fallbezogen sind. Im allgemeinen gilt jedoch, dass der Patient so früh über einen Eingriff oder eine Behandlung und deren Chancen und Risiken aufzuklären ist, dass er zwischen Aufklärung und Eingriff genug Zeit hat, das Für und Wider gegeneinander abzuwägen, und sein Selbstbestimmungsrecht wahren kann.

Im Falle von kleinen und risikoarmen therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen, welche ambulant oder stationär durchgeführt werden, kann eine Aufklärung am Tag des Eingriffs erfolgen. Die Aufklärung sollte vom Eingriff zeitlich so abgesetzt sein, dass dem Patienten eine ausreichende Bedenkzeit zur Verfügung steht.

Bei schwierigen und oder risikoreichen Operationen, egal ob sie stationär oder ambulant durchgeführt werden, sollte das Aufklärungsgespräch bereits bei Vereinbarung eines Operationstermins, spätestens am Vortag – ein

¹²³Urteil Oberlandesgericht Stuttgart

¹²⁴T. Ratajczak: Der Schweinezyklus in der Aufklärungsrechtsprechung

¹²⁵Urteil Oberlandesgericht Düsseldorf

Aufklärungsgespräch am Vorabend der Operation wird als zu spät erachtet¹²⁶ - stattfinden.¹²⁷

Handelt es sich um Notoperationen, können diese empfohlenen zeitlichen Vorgaben natürlich nicht eingehalten werden, und ein Aufklärungsgespräch kann in einem solchen Fall kurzfristig oder postoperativ durchgeführt werden.

Abweichungen von diesen Empfehlungen sind im Einzelfall möglich, aber für den Arzt mit großen Unsicherheiten verbunden, da eine Entscheidung des Gerichtes im Falle eines Verfahrens nicht vorauszusehen ist. Entsprechende Gründe sollten von dem Arzt sorgfältig dokumentiert werden, um später seine Beweggründe nachvollziehen zu können.

2.2.2.3.10 Aufklärungsverzicht

Ebenso wie der Patient das Recht auf Information hat, steht es ihm als Bestandteil seines Selbstbestimmungsrechts zu, darauf zu verzichten. Wohl aber sei gesagt, dass ein Blankoverzicht sich verbietet, da der verzichtende Patient in der Lage sein muss, abzuschätzen auf welche Informationen er verzichtet. Das bedeutet, dass er nicht nur um die Notwendigkeit, sondern auch um die Durchführung und vor allen Dingen um die mit dem Eingriff verbundenen Risiken weiß. Er darf also nicht auf Informationen über für ihn „völlig überraschende Risiken einer Behandlung“ verzichten.¹²⁸ Dahingehend muss sich der behandelnde Arzt zunächst absichern, ehe er dem eindeutigen und ernsthaften Willen des Patienten auf Aufklärungsverzicht nachkommt.

2.2.2.3.11 Die konkrete Kliniksituation

Bei der Aufklärung ist die konkrete Kliniksituation mit zu berücksichtigen, wenn sie für die Entscheidung des Patienten hinsichtlich einer Operationseinwilligung von Bedeutung und damit aufklärungsbedürftig sein könnte. Für GLATZ setzt sich die

¹²⁶Urteil des Bundesgerichtshofes

¹²⁷Urteil des Bundesgerichtshofes

¹²⁸Rossner

konkrete Kliniksituation aus einem „personellen und einem sachlichen Aspekt zusammen“¹²⁹.

Auf den personellen Aspekt soll im nächsten Punkt eingegangen werden.

Der sachliche Aspekt bezieht sich auf die apparative Ausstattung und die hygienischen Verhältnisse einer Klinik. Der Patient ist somit darüber aufzuklären, dass wenn aufgrund mangelhafter hygienischer Umstände oder niedrigem apparativen Standard ein erhöhtes Behandlungsrisiko resultiert, und dass die Behandlung in einem anderen Krankenhaus, mit besserem hygienischem Standard oder besserer apparativer Ausstattung erfolgreicher, beziehungsweise risikoärmer durchgeführt werden könnte.¹³⁰

2.2.2.3.12 Die Person und das Können des Arztes

Inwieweit der Patient über die Person, das Können und den Erfahrungsstand des behandelnden oder operierenden Arztes aufzuklären ist, hängt von den Begleitumständen ab. Einerseits hängt es mit dem zwischen dem Patienten und dem Krankenhaus oder Arzt abgeschlossenen Vertrag und andererseits mit der Schwere des Eingriffs zusammen. Schließt der Patient mit dem Krankenhaus einen sogenannten totalen Vertrag ab, so ist der Patient nicht dezidiert über die Person des operierenden Arztes aufzuklären, solange dieser dem medizinischen Standard genügt.¹³¹ Bei Abschluss eines gespaltenen Krankenhausvertrages hat der Patient das Recht auf die Behandlung durch einen bestimmten Arztes. Steht dieser für den Eingriff nicht zur Verfügung, ist der Patient darüber aufzuklären. Bei Anfängereingriffen, welche unter der Aufsicht eines erfahrenen Facharztes durchgeführt werden, erübrigt sich eine Aufklärung¹³² über den Erfahrungsstand des operierenden Arztes, da es auch nach richterlicher Auffassung notwendig ist, Ärzte welche sich noch in der Ausbildung befinden, „langsam und schrittweise in das operative Geschehen einzuführen“.¹³³

¹²⁹C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

¹³⁰Urteil des Bundesgerichtshofes

¹³¹Urteil Oberlandesgericht Celle

¹³²Urteil Oberlandesgericht Stuttgart

¹³³Urteil Oberlandesgericht Düsseldorf

Wird jedoch keine Aufsicht geführt, so ergibt sich ein aufklärungsbedürftiges erhöhtes Risiko für den Patienten.¹³⁴ Bei schwerwiegenden Eingriffen, welche unter Umständen mit erheblichen Risiken für den Patienten verbunden sein könnten, ist der Patient über Erfahrungsstand und das Können des behandelnden Arztes aufzuklären, wenn der Eingriff durch einen anderen erfahreneren Arzt risikoloser durchzuführen ist.¹³⁵

2.2.2.3.13 Form und Dokumentation der Aufklärung

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Aufklärung in einem, individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnittenen Gespräch, frei „von jedem bürokratischen Formalismus, zu dem auch das Beharren auf eine Unterschrift des Patienten gehören kann“¹³⁶, vorzunehmen ist. Aufklärung und Einwilligung bedürfen nicht der schriftlichen Form.

Die Einwilligung kann mündlich, durch schlüssiges Verhalten oder schriftlich erfolgen. Ferner kann sie unabhängig von einer schriftlichen Aufklärung erteilt werden.¹³⁷ Die Aushändigung von Formblättern und Broschüren und deren Unterzeichnung können das individuelle Gespräch nicht ersetzen sondern nur vorbereiten oder begleiten. Ein unterzeichnetes Formblatt oder eine Broschüre sagt nichts darüber aus, ob der Patient tatsächlich, oder über ein nicht extra aufgeführtes Risiko aufgeklärt worden ist.¹³⁸ Andererseits sagt ein nicht unterzeichnetes Formblatt oder eine Broschüre nicht aus, dass keine Aufklärung stattgefunden oder eine Einwilligung nicht erfolgt ist.¹³⁹ Der Bundesgerichtshof hat in einer Entscheidung aus dem Jahre 2000 die Aufklärungsform bei Routineeingriffen sehr vereinfacht, indem eine schriftliche Aufklärung durch ein Merkblatt und die darauf versehene Patientenunterschrift ausreicht, wenn dem Patienten die Möglichkeit gegeben wurde weitere Informationen zu erlangen. Wird diese Möglichkeit vom Patienten nicht wahrgenommen, ist die Aufklärung durch ein Merkblatt ausreichend.¹⁴⁰ Natürlich ist es für den Arzt im Falle eines Rechtstreites von Vorteil, wenn schriftliche und vom Patienten unterschriebene

¹³⁴Urteil Oberlandesgericht Köln

¹³⁵Urteil Oberlandesgericht Düsseldorf

¹³⁶E. Deutsch: Medizinrecht

¹³⁷Urteil Oberlandesgericht Düsseldorf

¹³⁸Urteil des Bundesgerichtshofes

¹³⁹Urteil Oberlandesgericht Düsseldorf

¹⁴⁰Urteil des Bundesgerichtshofes

Formulare oder Broschüren vorliegen, besonders wenn sie individuell gestaltet sind. Deshalb empfiehlt der Bundesgerichtshof im Falle eines rein mündlichen Aufklärungsgespräches die „schriftliche Aufzeichnung im Krankenblatt über die Durchführung des Aufklärungsgespräches und seinen wesentlichen Inhalt“¹⁴¹, den Zeitpunkt sowie die erwähnten Risiken des Eingriffs.

2.2.3 Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Arbeit war es zu überprüfen, ob der Patient in der Lage ist, in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Bildungsstand und durchgeführter Operation, die ihm mitgeteilten Informationen einer *lege artis* durchgeführten präoperativen Aufklärung zu verarbeiten, und wenn möglich, aktiv zu reproduzieren.

Es ging hierbei nicht darum festzustellen, ob der Patient während des Aufklärungsgespräches die ihm mitgeteilten Informationen verstanden hat um eine Entscheidung für oder gegen den Eingriff zu treffen. Vielmehr ging es darum zu untersuchen, ob ein Patient die im Aufklärungsgespräch erhaltenen Informationen zu einem späteren Zeitpunkt, sei es während eines späteren Verfahrens, wiederzugeben.

Daneben sollte in Erfahrung gebracht werden, in wieweit der Patient durch eine Aufklärung subjektiv psychisch belastet wird, und welchen Stellenwert die Aufklärung im Hinblick auf den zu erwartenden Eingriff für den Patienten einnimmt.

Hierbei liegt dieser Arbeit die Hypothese zugrunde, dass selbst ein verständiger und intelligenter Patient nur in bedingten Maße in der Lage ist, die Flut von medizinischen Informationen, die er unter Einhaltung der von der Rechtsprechung geforderten Anforderungen an die Aufklärung erhält, aufzunehmen oder zu verarbeiten.

¹⁴¹Urteil des Bundesgerichtshofes

2.2.4 Methodik und Durchführung der Arbeit

Diese prospektive Studie umfasst eine Fallzahl von 400 Patienten (n=400), die sich typischen Orthopädischen Eingriffen unterzogen. Alle Patienten wurden in der Orthopädischen Klinik am Evangelischen Fachkrankenhaus Ratingen in der Zeit von Januar bis Mai 2000 operiert.

Zwei Tage postoperativ wurde den Patienten der von uns entworfene standardisierte Fragenbogen zur direkten Beantwortung ausgehändigt. Hierdurch wurde einerseits gewährleistet, dass die Patienten genug Abstand zu den teilweise belastenden Eingriffen hatten, und andererseits ein vergleichbares Ergebnis hinsichtlich des zeitlichen Abstandes zur Aufklärung vorliegt.

Es wurde keine Patientenauswahl getroffen, um den gesamten Bevölkerungs- und Patientenquerschnitt repräsentieren zu können.

2.2.4.1 Der Fragebogen

Der für diese Arbeit entworfene Fragebogen (siehe Anhang) zu präoperativen Aufklärung umfasst insgesamt 60 Variablen, wovon 52 durch den Patienten selbst zu beantworten waren. Um den Fragebogen für den Patienten nicht allzu aufwendig zu gestalten, enthielt er überwiegend geschlossene Fragen. Anamnestische Daten, die allgemeinen und speziellen Operations- und Narkoserisiken, die Namen der aufklärenden Ärzte, eventuelle Begründungen von Fragen der Beurteilung der Aufklärungsproblematik und der Psyche betreffend sowie die Möglichkeit eigene Anmerkungen zu machen, mussten vom Patienten „aktiv“ beantwortet werden.

2.2.4.2 Datenverarbeitung

Die erhobenen Daten wurden als Variablen gespeichert und verschlüsselt. Kommentare und persönliche Bemerkungen konnten nur im begrenzten Umfang berücksichtigt werden.

2.2.4.3 Datenauswertung

Zur Auswertung der Daten wurde ein sozial wissenschaftliches Statistikprogramm (SPSS= Statistical Package for the Social Sciences Version 10.0) benutzt. Es wurden Häufigkeits- und Kreuztabellen erstellt. Die Kreuztabellen erlaubten es, nahezu alle Fragen gegeneinander zu tabellieren, und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Antworten erkennen zu lassen, um so die dieser Arbeit zugrunde liegenden Hypothese zu untermauern oder zu widerlegen. Um die Signifikanz auszutesten wird die Chi-Quadrat Methode nach PEARSON benutzt. Mit dieser überprüft man die Unabhängigkeit zweier Variablen. Zwei Variablen gelten dann als voneinander unabhängig, wenn die beobachteten Häufigkeiten mit den erwarteten Häufigkeiten übereinstimmen (Nullhypothese). Bei dieser Arbeit sagt die Nullhypothese aus, dass eine Unabhängigkeit zwischen den beobachteten und den erwarteten Angaben der Patienten besteht. Befindet sich in einer Kreuztabelle ein standardisiertes Residuum von ≥ 2 , bedeutet dies eine signifikante Abweichung der beobachteten Angabe von der erwarteten. Ein Signifikanzniveau von 0,05 entspricht einer angenommenen Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%. Das heißt ein Signifikanzwert $S < 0,05$ bedeutet eine signifikante Abweichung von den erwarteten Werten, also ein Verwerfen der Nullhypothese. Je kleiner S, desto höher ist demnach die Abhängigkeit zwischen den einzelnen Merkmalen.

3. Statistische Auswertung

3.1 Geschlechtsverteilung

Insgesamt wurden 400 (100%) Patienten (n=400) befragt. Davon 117 (29,3%) männliche und 283 (70,7%) weibliche Patienten, eine Verteilung, welche das normale orthopädische Patientengut widerspiegelt.

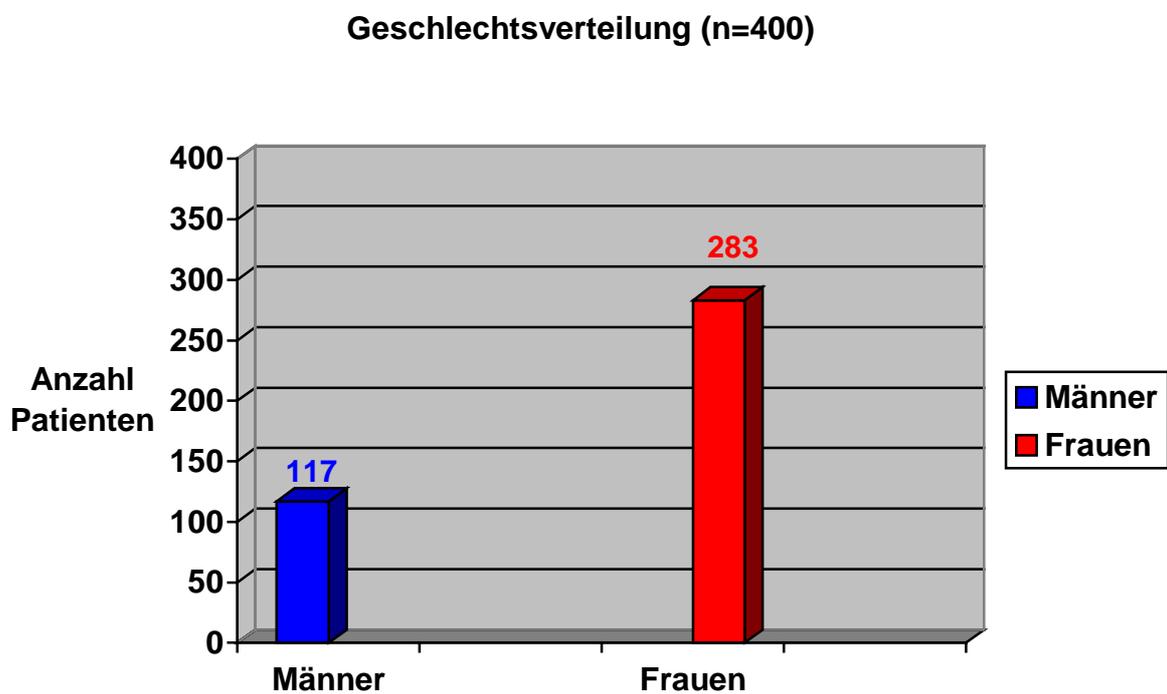


Abbildung 1 Geschlechtsverteilung

3.2 Altersgruppenverteilung

Das Lebensalter des Patienten wurde numerisch eingegeben und zur besseren statistischen Auswertung in fünf Altersgruppen zusammengefasst. Das Alter variierte von 11 Jahren (Minimum) bis 90 Jahren (Maximum) bei einem mittleren Lebensalter der Patienten von 58,27 Jahren.

In der ersten Altersgruppe wurden die Patienten von 0 bis 20 Jahren zusammengefasst, in der zweiten von 21 bis 40 Jahren, in der dritten von 41 bis 60 Jahren, in der vierten von 61 bis 80 Jahren und in der fünften Altersgruppe alle Patienten älter als 80 Jahren.

Gruppe eins beinhaltete 17 Patienten (4,3%) davon 7 männliche und 10 weibliche. Gruppe zwei umfasste 41 Patienten (10,3%) mit 14 männlichen und 27 weiblichen Patienten, Gruppe drei 123 Patienten (30,8%) mit 36 männlichen und 87 weiblichen Patienten, Gruppe vier 216 Patienten (54,0%) mit 59 männlichen und 157 weiblichen Patienten, und Gruppe fünf 3 Patienten (0,8%) mit 1 männlichen und 2 weiblichen Patienten.

Altersgruppenverteilung (n=400)

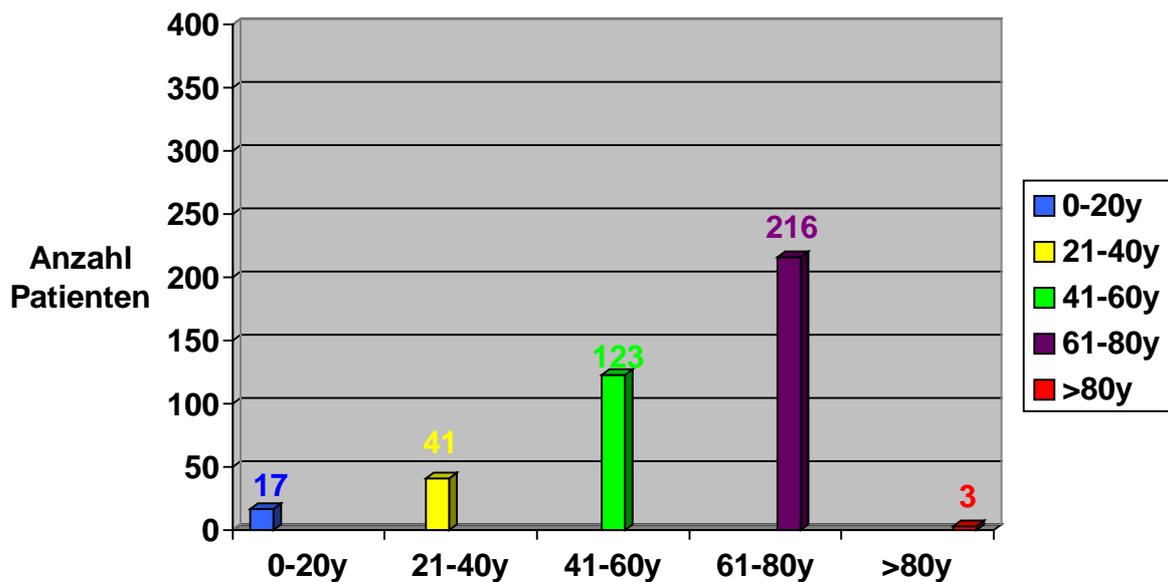


Abbildung 2 Altersgruppenverteilung

Geschlechtsspezifische Altersverteilung (n=400)

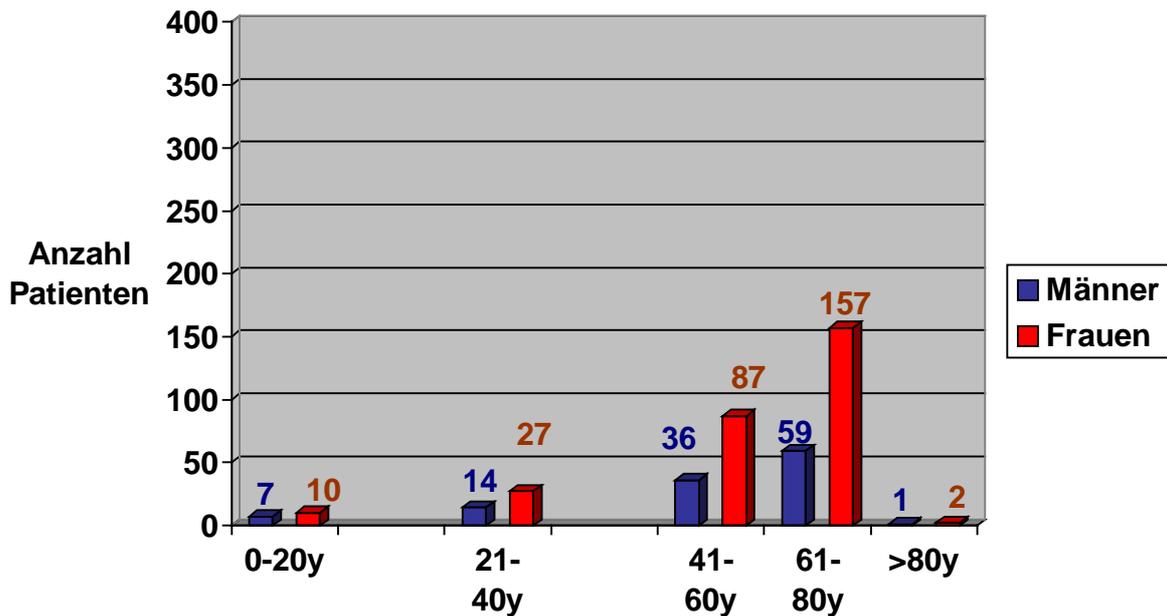


Abbildung 3 Geschlechtsspezifische Altersverteilung

3.3 Bildungsstand

Um einen eventuellen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und dem Erinnerungsvermögen des Patienten darzustellen, wurden die Patienten nach ihrem Bildungsstand befragt. Um die statistische Auswertung zu vereinfachen, wurde nur zwischen Hochschulreife beziehungsweise Hochschulabschluss (und vergleichbaren Abschlüssen wie Fachhochschulreife und –abschluss) und einem sonstigen Schulabschluss (im Folgenden immer als „andere“ bezeichnet) unterschieden. Alle der 400 befragten Patienten konnten einen mehr oder minder hohen Bildungsstand vorweisen.

Insgesamt 44 (11%) Patienten besaßen eine Hochschulreife beziehungsweise einen Hochschulabschluss und 356 (89%) einen anderen Schulabschluss.

Von den 44 Patienten mit Hochschulreife, Hochschulabschluss oder einem vergleichbaren Abschluss fanden sich 23 Männer (52,3%) und 21 Frauen (47,7%).

Bei den Patienten mit einem anderen Bildungsstand fanden sich 94 Männer (26,4%) und 262 Frauen (73,6%).

¹⁴²

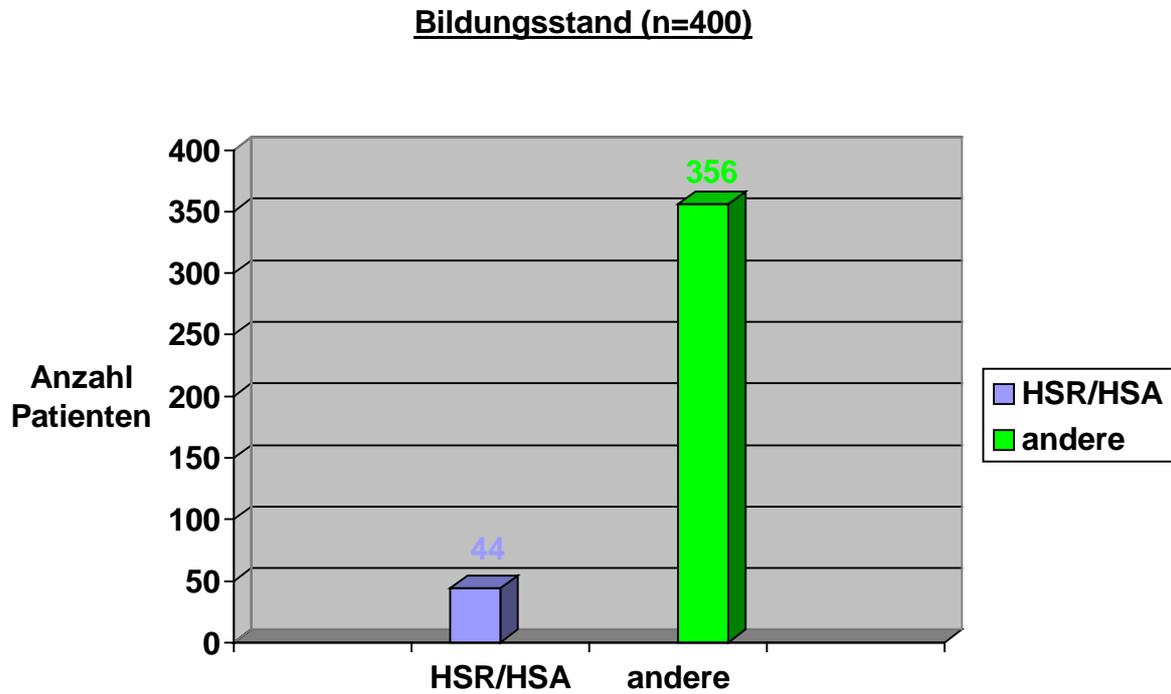


Abbildung 4 **Bildungsstand**

¹⁴² Hochschulreife und Hochschulabschluss werden im folgenden als **HSR** bzw. **HSA** bezeichnet. Andere bzw. niedrigere Schulabschlüsse werden im weiteren als **andere** bezeichnet.

Geschlechtsspezifischer Bildungsstand (n=400)

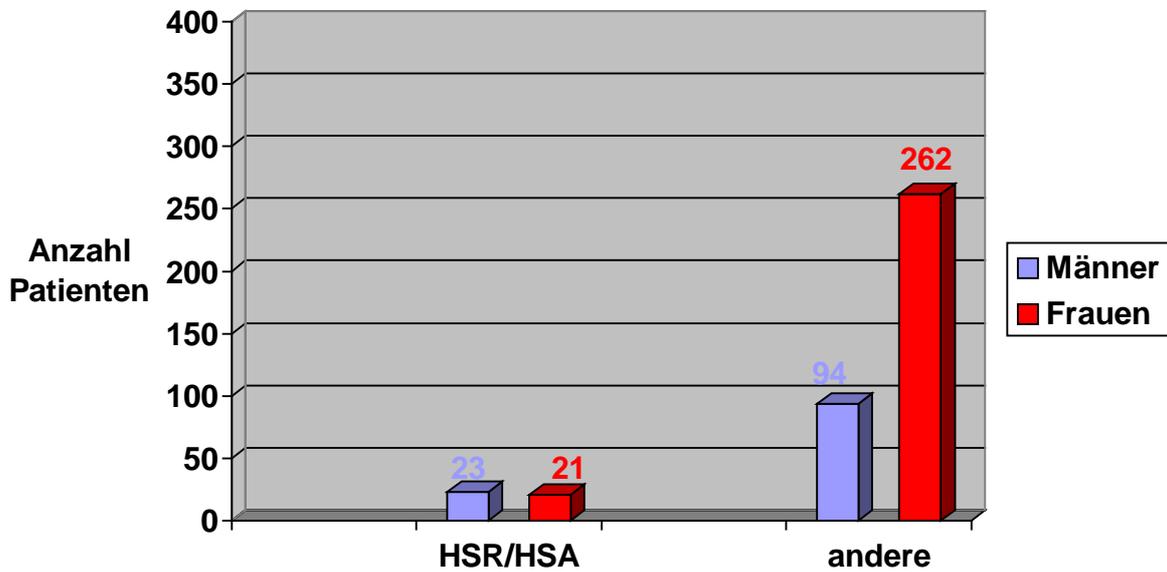


Abbildung 5 Geschlechtsspezifischer Bildungsstand

3.4 Durchgeführte Operationen

Die 400 durchgeführten Operationen teilten sich wie folgt auf:

1. 84 (21%) Implantationen von Hüft Endototalprothesen (H-TEP)
2. 69 (17,3%) Implantationen von Knie Endototalprothesen (K-TEP)
3. 70 (17,5%) Vorfußoperationen
4. 67 (16,8%) Spiegelungen des Kniegelenkes (ASOP Knie)
5. 13 (3,3%) Spiegelungen der Schulter (ASOP Schulter)
6. 3 (0,8%) Spiegelungen des oberen Sprunggelenkes (ASOP OSG)
7. 19 (4,8%) Unfälle unterschiedlicher Art (Traumata)
8. 9 (2,3%) Metallentfernungen (ME)
9. 6 (1,5%) Korrekturen von Hüft- oder Beinachsen (Umstellungen)
10. 3 (0,8%) Ersatz des vorderen Kreuzbandes (VKB Plastik)
11. 5 (1,3%) Bandscheibenoperationen (Nukleotomien)
12. 7 (1,8%) Wechsel von Hüft Endototalprothesen
13. 5 (1,3%) Wechsel von Knie Endototalprothesen
14. 40 (10%) sonstige Operationen

Durchgeführte Operationen (n=400)

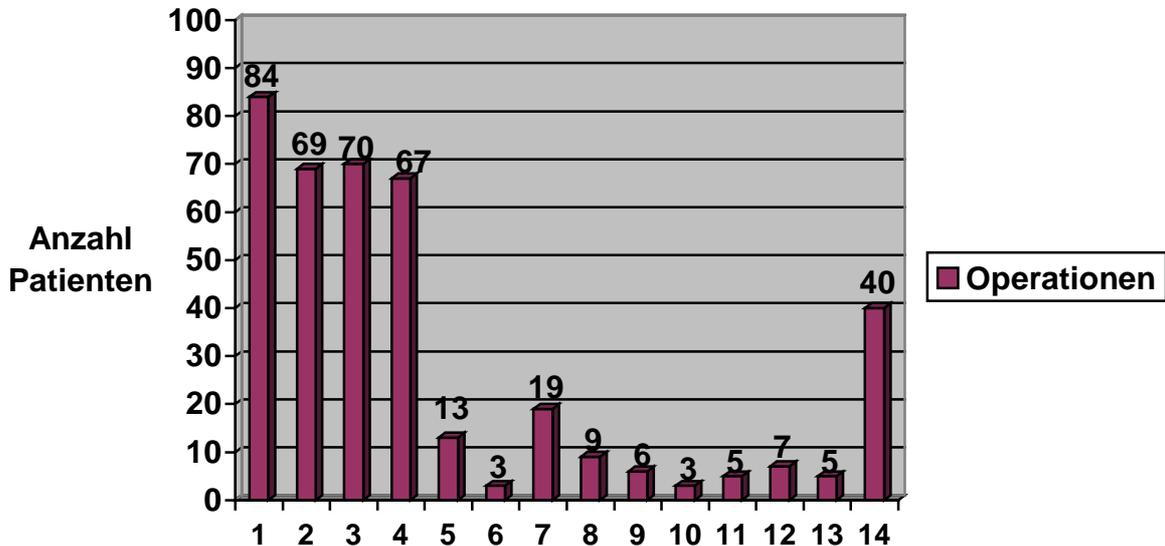


Abbildung 6 Durchgeführte Operationen

3.5 Patientenangaben hinsichtlich des Operationsdatums

Bei der Angabe bezüglich des Operationsdatums konnten 18 Patienten (4,5% aller befragten Patienten) bereits zwei Tage postoperativ nicht mehr das genaue Operationsdatum nennen.

Dagegen standen 382 (95,5%) Patienten, die sich genau an das Operationsdatum erinnern konnten.

Die 18 (100%) Patienten, welche sich nicht mehr an das Operationsdatum erinnern konnten, teilten sich auf in 7 (38,9%) Männer und 11 (61,1%) Frauen. Alle 18 (100%) Patienten verfügten weder über eine Hochschulreife, noch einen –abschluss oder eine vergleichbaren Bildungsstand.

Die 382 (100%) Patienten, die sich an das Operationsdatum erinnern konnten, unterteilten sich in 110 (28,8%) Männer und 272 (71,2%) Frauen. Von diesen Patienten verfügten 44 (11,5% = 100% aller mit Hochschulreife bzw. –abschluss) über eine entsprechende und 338 (88,5%) über keine entsprechende Ausbildung.

Patientenangaben zum Op-Datum und Bezug auf den Bildungsstand (n=400)

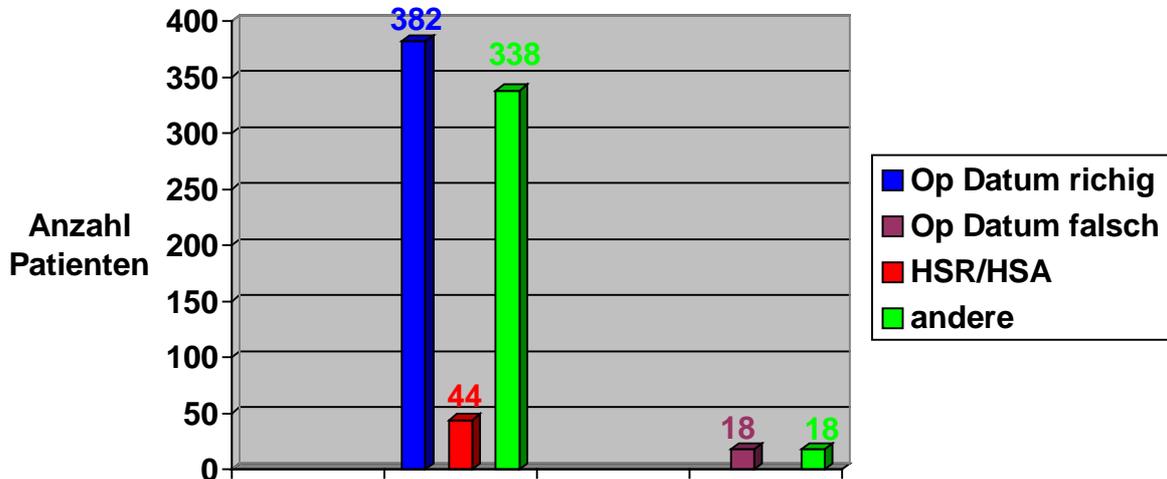


Abbildung 7 Patientenangaben hinsichtlich des Operationsdatums und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand

3.6 Patientenangaben hinsichtlich der durchgeführten Operation

Die Patienten wurden aufgefordert, die bei ihnen durchgeführte Operation zu bezeichnen. Hier konnten 171 (42,8%) der befragten Patienten die durchgeführte Operation genau bezeichnen, 1 (0,3%) Patient gab eine falsche Operation an, 191 (47,8%) waren nur in der Lage, die operierte Körperregion wie etwa das Knie- oder das Hüftgelenk zu benennen, und 37 (9,3%) Patienten konnten überhaupt keine Angaben zu der durchgeführten Operation machen.

Unter den 171 Patienten, die eine genaue Angabe machen konnten, befanden sich 45 (26,3%) Frauen (11,3% aller Frauen) und 126 (73,7%) Männer (31,5% aller Männer).

Der Patient, welcher eine falsche Operation angab war eine Frau (0,3% aller Frauen).

Die 191 Patienten, die nur die operierte Körperregion benennen konnten, unterteilten sich in 67 (35,1%) Männer (16,8% aller Männer) und 124 (64,9%) Frauen (31% aller Frauen). Patienten ohne Angabe zur durchgeführten Operation teilten sich auf in 5 (13,5%) Männer (1,3% aller Männer) und 32 (86,5%) Frauen (8% aller Frauen).

Von den Patienten, die eine genaue Angabe zur durchgeführten Operation machen konnten, besaßen 29 (17%) eine Hochschulreife, beziehungsweise einen Hochschulabschluss (entspricht 65,9% aller Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss) und 142 (83%) einen anderen, also niedrigeren Bildungsstand (entspricht 39,9% aller Patienten ohne eine entsprechende Ausbildung).

Die Patientin, die eine falsche Angabe zu der bei ihr durchgeführten Operation machte, besaß weder eine Hochschulreife noch einen Abschluss (entspricht 0,3% aller Patienten ohne entsprechende Ausbildung).

Eine ungenaue Angabe zur Operation, wie die Benennung der Körperregion, an der die Operation durchgeführt wurde, machten 12 (6,3%) Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss (27,3% aller Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss) und 179 (93,7%) Patienten mit einem anderen Bildungsstand (50,3% aller Patienten mit einem anderen Bildungsstand).

Gar keine Angabe machten 3 (8,1%) Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (6,8% aller Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss) und 34 (91,9%) mit einem anderen Bildungsstand (9,6% aller Patienten mit einem anderen Bildungsstand).

Patientenangaben zur durchgeführten Operation (n=400)

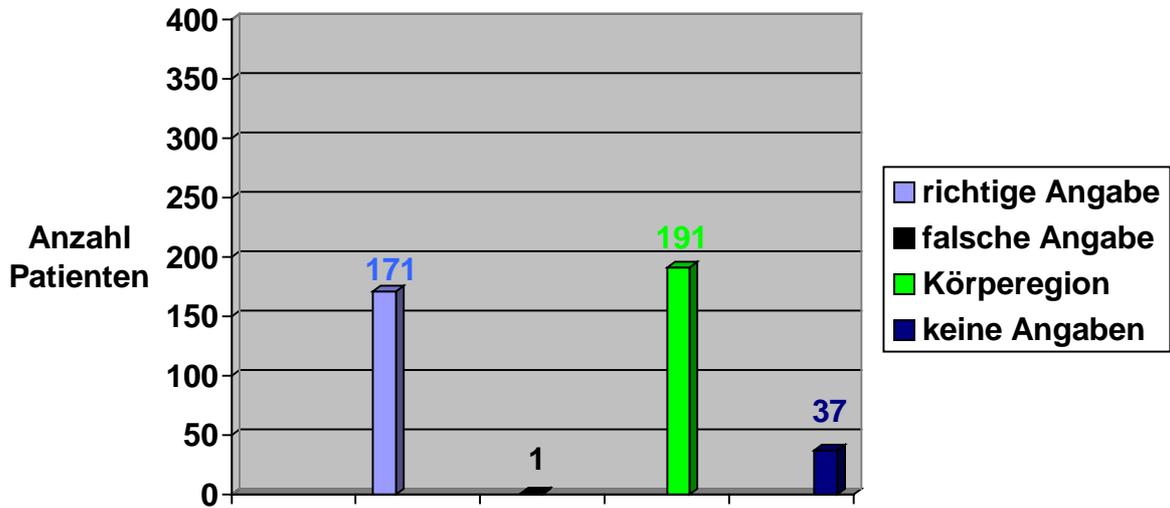


Abbildung 8 Patientenangaben zur durchgeführten Operation

Patientenangaben zur durchgeführten Operation mit Bezug zum Bildungsstand (n=400)

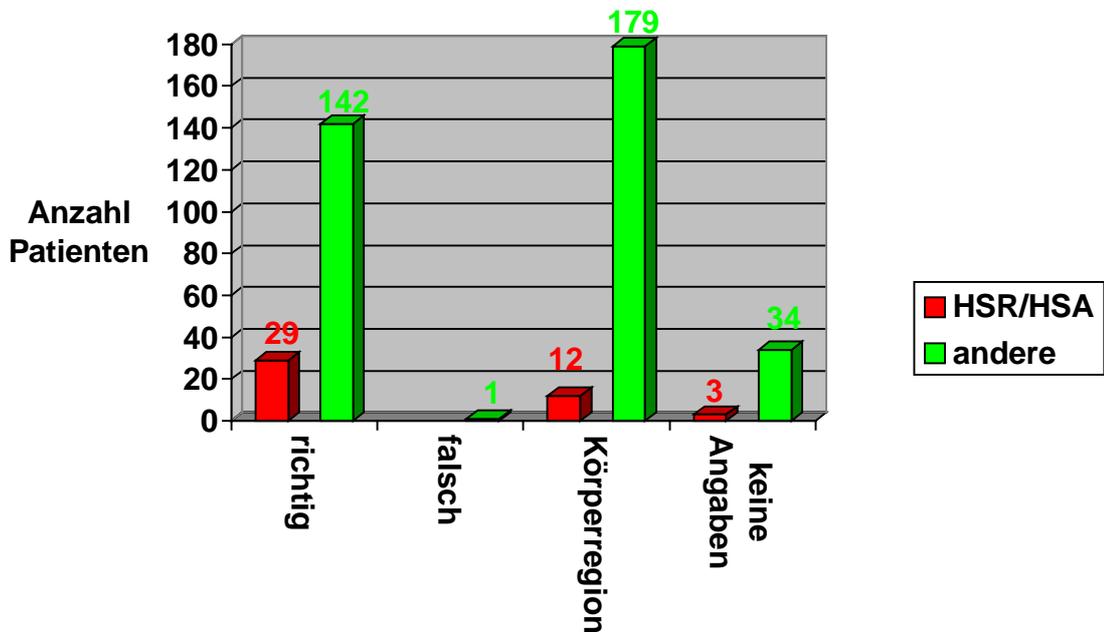


Abbildung 9 Beziehung zwischen Bildungsstand und Patientenangaben zur durchgeführten Operation

3.7 Patientenangaben zur prästationären Aufklärung

Die Patienten mussten angeben, ob und gegebenenfalls von wem, sie vor der stationären Aufnahme in das Krankenhaus über den vorzunehmenden operativen Eingriff aufgeklärt worden sind.

Hier ist besonders hervorzuheben, dass die Patienten im Evangelischen Krankenhaus in Ratingen schon bei der Terminvergabe zur Operation über den Eingriff aufgeklärt werden.

Von den 400 (100%) befragten Patienten gaben 354 (88,5%) an, sie seien bereits vor der stationären Aufnahme über den bevorstehenden Eingriff aufgeklärt worden. 43 (10,8%) Patienten gaben an, nicht prästationär aufgeklärt worden zu sein, und 3 (0,8%) Patienten waren sich nicht sicher, beziehungsweise konnten sich nicht erinnern.

Um eine genaue Aufschlüsselung darüber zu bekommen von wem die Patienten bereits vor der stationären Aufnahme aufgeklärt wurden, mussten sie aus einer vorgegebenen Liste den entsprechenden Arzt ankreuzen. Die Liste umfasste den Hausarzt (HA), den Niedergelassenen Orthopäden, die durch uns durchgeführte Voruntersuchung zur Op-Terminvergabe, und ein Feld, falls sich der Patient nicht mehr erinnern kann, wer ihn prästationär aufgeklärt hat.

Hier verteilten sich die Angaben wie folgt:

Hausarzt (HA) 4 Patienten (1%)

Niedergelassener Orthopäde 71 Patienten (17,8%)

Voruntersuchung 166 Patienten (41,5%)

Mehrfachnennungen 111 Patienten (27,8%)

Nicht mehr erinnerlich 5 Patienten (1,5% beinhaltet die 3 Patienten die bereits bei der vorherigen Frage keine Angaben machten)

Patientenangaben zur prästationären Aufklärung (n=400)

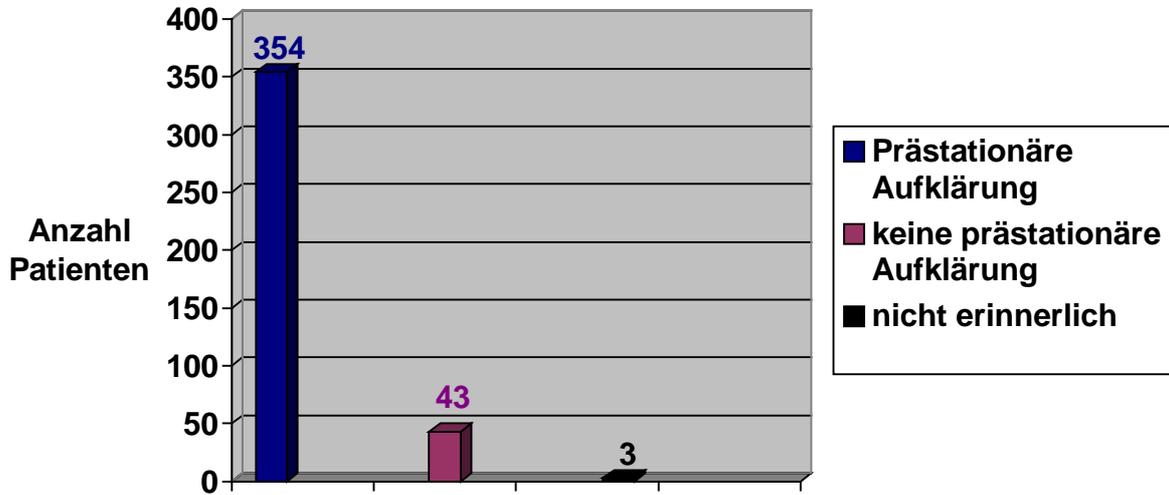


Abbildung 10 Patientenangaben zur prästationären Aufklärung

Patientenangaben zur prästationären Aufklärung (n=400)

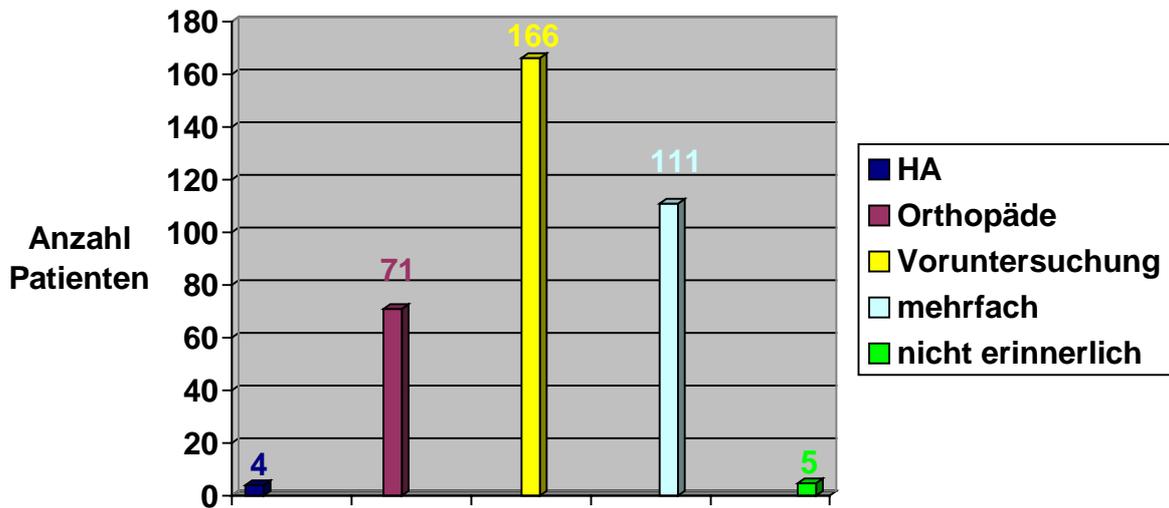


Abbildung 11 Patientenangaben von wem sie prästationär aufgeklärt worden sind

3.8 Patientenangaben zum Zeitpunkt der Aufklärung bei stationärer Aufnahme

Bei den Patientenangaben zum Zeitpunkt ihrer stationären Aufklärung beziehungsweise zur Aufklärung durch einen Klinikarzt, variierten die Angaben von einem Tag bis **fünfhundert Tage** vor dem Eingriff.

Unter allen Patienten (n=400) fanden sich 28 (7%) Patienten, die sich nicht mehr erinnern konnten, wann sie vor der Operation durch einen Klinikarzt aufgeklärt worden sind. Der Mittelwert der Patientenangaben lag bei 12,5 Tagen. Der tatsächliche Mittelwert zum Zeitpunkt der Aufklärung lag bei 1,78 Tagen.

Vergleicht man die Patientenangaben mit den objektiv nachzuvollziehenden Tatsachen so zeigt sich, dass 166 (41,5 % aller befragten) Patienten angaben, am Vortag der Operation aufgeklärt worden zu sein, während es tatsächlich 267 Patienten waren.

Zwei Tage vor der Operation seien 19 (4,8%) gegenüber tatsächlich 7 Patienten aufgeklärt worden. Drei Tage vor der Operation, so gaben 69 (17,3%) Patienten an, seien sie über den bevorstehenden Eingriff aufgeklärt worden. Dies traf jedoch für 101 Patienten zu. Eine Aufklärung vier Tage vor der Operation hätten 15 (3,8%) Patienten erhalten, wohingegen tatsächlich 12 objektiv belegbare Patienten stehen. Einen noch längeren Abstand zwischen Aufklärung und Operation gaben 103 (25,8%) Patienten an, wohingegen nur 13 Patienten einen längeren Abstand als 4 Tage zwischen Aufklärung und Operation aufweisen. Immerhin 28 (7,0%) Patienten konnten sich an den genauen Aufklärungszeitpunkt nicht mehr erinnern.

Betrachtet man die absoluten Zahlen so konnten 234 Patienten (58,5%) den genauen Aufklärungszeitpunkt bestimmen, während 166 Patienten (41,5%) nicht in der Lage waren, sich an den genauen Aufklärungszeitpunkt zu erinnern.

Die 234 Patienten teilten sich auf in 68 Männer und 166 Frauen und die 166 Patienten die sich nicht richtig an den Aufklärungszeitpunkt erinnern konnten unterteilten sich in 49 Männer und 117 Frauen.

Bezieht man den Bildungsstand mit ein, so ergibt sich folgendes Ergebnis:

Von den 44 Patienten (100%) die eine Hochschulreife oder einen –abschluss besitzen, konnten sich 36 (81,8% aller Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss) Patienten an den genauen Aufklärungszeitpunkt erinnern, während 8 (18,2% aller Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss) Patienten falsch lagen. Bei den Patienten ohne einen entsprechenden Bildungsstand konnten sich von 356 (100%) Patienten 198 (55,6%) genau, und 158 (44,2%) nicht erinnern.

Patientenangaben und realer Aufklärungszeitpunkt (n=400)

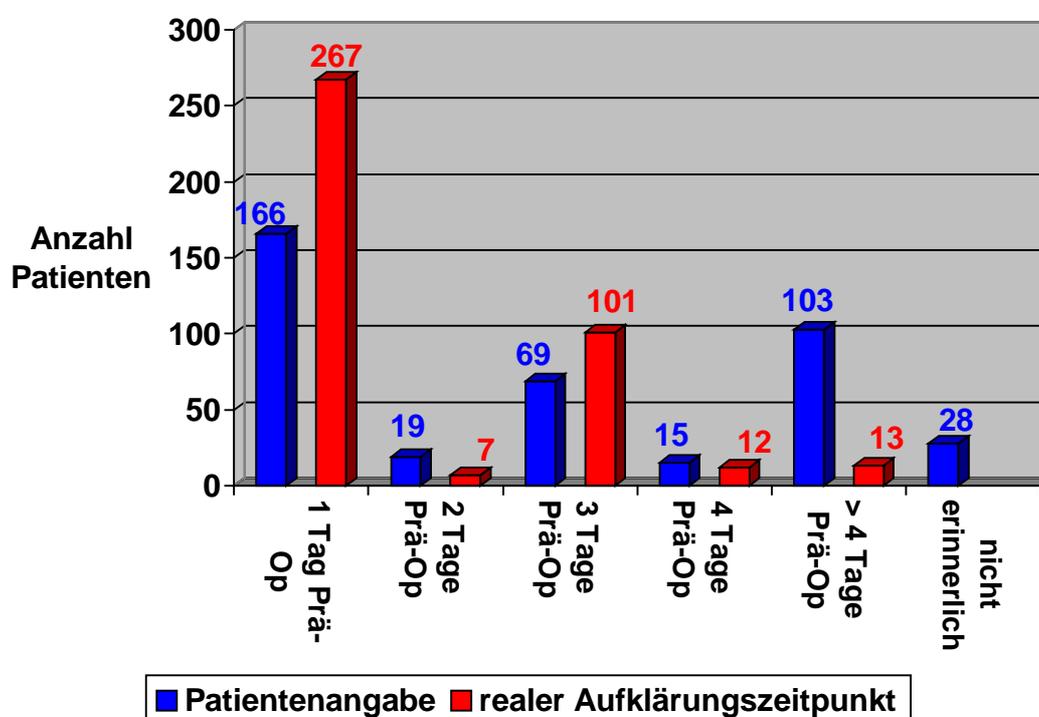


Abbildung 12 Vergleich von Patientenangaben und objektivem Zeitpunkt der stationären Aufklärung

Bezug von Bildung zu den Patientenangaben (n=400)

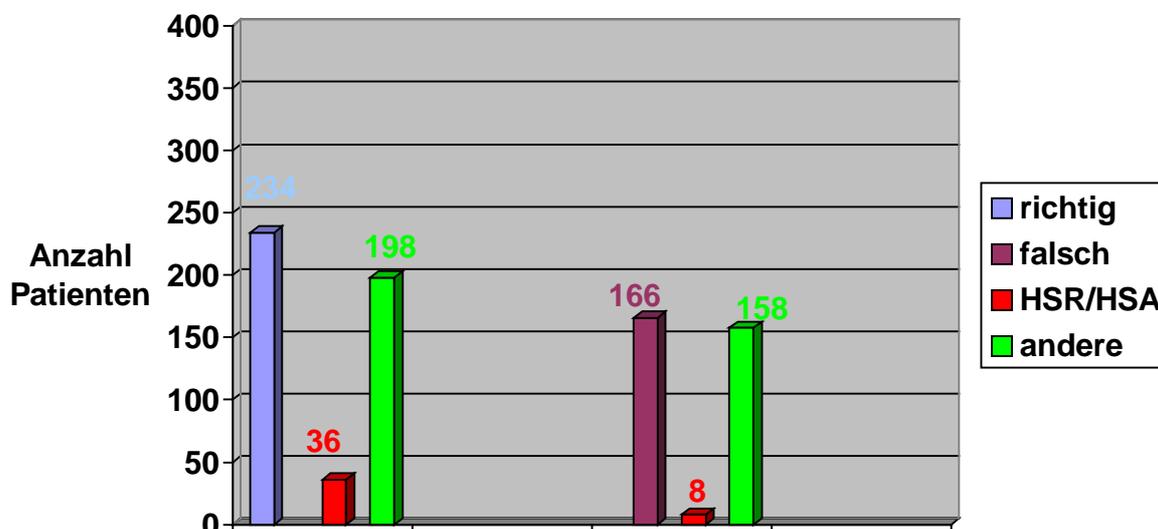


Abbildung 13 Beziehung von Bildungsstand und Patientenangaben bezüglich des Aufklärungszeitpunktes

3.9 Patientenangaben zur Person des aufklärenden Arztes und zum Operateur

Die Patienten wurden aufgefordert den Namen des aufklärenden Arztes wiederzugeben. Daneben sollten sie beantworten ob es sich dabei auch um den Operateur gehandelt hat. Von den 400 (100%) befragten Patienten konnten sich 217 (54,3%) an den Namen des aufklärenden Arztes erinnern, 70 (17,5%) gaben eine falsche Antwort und 113 (28,3%) Patienten konnten sich nicht mehr erinnern.

Bezogen auf den Bildungsstand besaßen von den 217 (100%) Patienten, die sich genau erinnern, 33 (15,2%) eine Hochschulreife oder einen –abschluss, welches einer Quote von 75% aller Patienten mit einem entsprechenden Bildungsstand entspricht. Die restlichen 184 (84,8%) Patienten verfügten über eine andere Schulausbildung, was unter Patienten mit diesem Bildungsstand 51,7% ausmacht.

Die 70 (100%) Patienten, die eine falsche Angabe machten, unterteilten sich in 4 (5,7%) Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (9,1% aller Patienten mit

Hochschulreife oder –abschluss) und 66 (94,3%) mit einer anderen Schulausbildung (18,5% aller Patienten mit einem anderen Bildungsstand).

Unter den 113 (100%) Patienten, die sich nicht mehr an den Namen des aufklärenden Arztes erinnern konnten, fanden sich 7 (6,2%) Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss (15,9% dieser Bildungsgruppe) und 106 (93,8%) Patienten mit einer anderen Schulausbildung (29,8% dieser Bildungsgruppe).

Zur Person des Operateurs konnten 120 (30% aller befragten Patienten) eine richtige Antwort geben. Von diesen Patienten besaßen 12 (10%) Patienten eine(n) Hochschulreife oder –abschluss (27,3% dieser Bildungsgruppe) und 108 (90%) Patienten eine andere Schulausbildung (30,3% dieser Bildungsgruppe).

Eine falsche Angabe, ob es sich bei dem aufklärenden Arzt auch um den Operateur handelt, machten 177 (44,3% aller befragten) Patienten. Darunter 20 (11,3%) Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss (45,5% dieser Bildungsgruppe) und 157 (88,7%) Patienten ohne eine entsprechende Ausbildung (44,1% dieser Bildungsgruppe).

97 (24,3%) Patienten konnten sich nicht erinnern, beziehungsweise es war ihnen nicht bekannt, ob es sich bei dem aufklärenden Arzt auch um den Operateur handelt. Davon 12 (12,4%) Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss (27,3% dieser Bildungsgruppe) und 85 (87,6%) Patienten mit einem anderen Bildungsstand (23,9% dieser Bildungsgruppe).

6 Patienten machten keine Angabe zu dieser Frage. Alle 6 Patienten hatten weder eine Hochschulreife noch einen Hochschulabschluss (1,7% dieser Bildungsgruppe).

Antwortmuster der Patienten im Bezug zum Bildungsstand
(n=400)

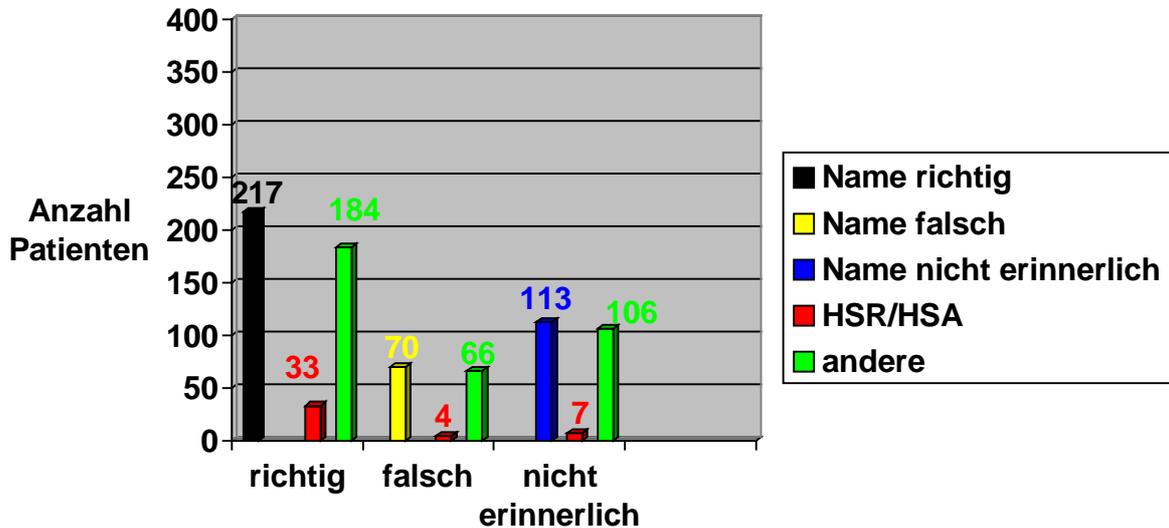


Abbildung 14 Patientenangaben zur Person des aufklärenden Arztes und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten

Name Operateur und Bezug zur Bildung

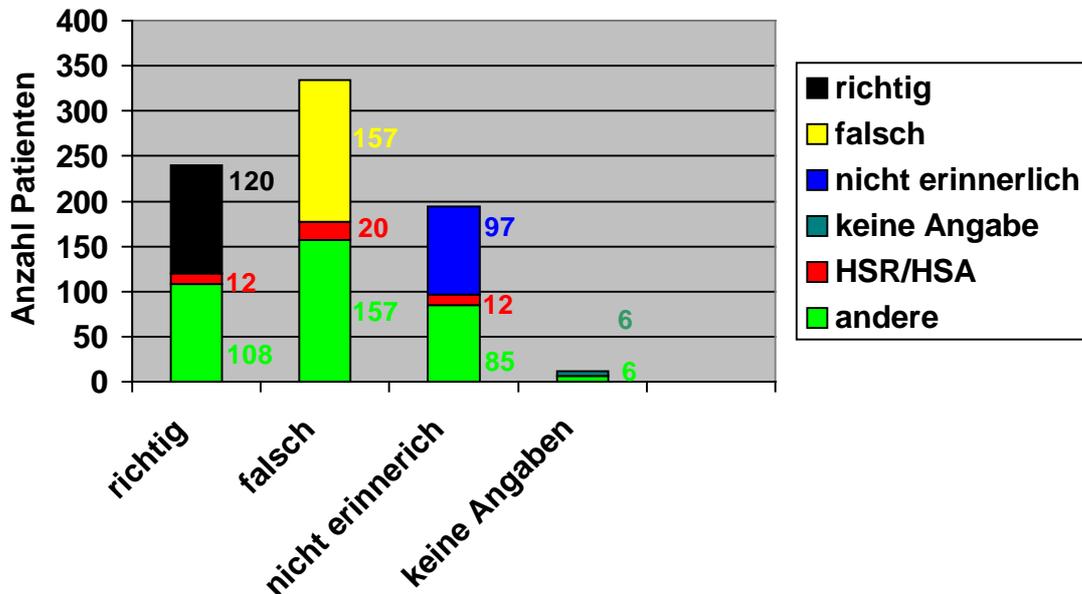


Abbildung 15 Patientenangaben zur Person des Operateurs und Bezug der Antworten zum Bildungsstand des Patienten

3.10 Patientenangaben zu den erinnerlichen allgemeinen und speziellen Operationsrisiken in Bezug auf den Bildungsstand

Die Patienten wurden aufgefordert unabhängig von der durchgeführten Operation die **allgemeinen** und **speziellen** (die typischer Weise mit einer bestimmten Operation verbunden sind) Operationsrisiken aktiv wiederzugeben.

Bei den **allgemeinen Risiken** lag das aktive Erinnerungsvermögen im Bereich von 0 (Minimum) bis 9 (Maximum) Risiken bei einem Mittelwert von 1,1 erinnerlichen Risiken.

Das aktive Wiedergabevermögen für **spezielle Operationsrisiken** lag bei 0 bis maximal 5 Risiken. Der Mittelwert lag hier bei 0,61.

Von den 400 (100%) befragten Patienten konnten 204 (51% aller befragten Patienten) nicht ein einziges allgemeines, und 265 (66,3%) kein spezielles Operationsrisiko aktiv wiedergeben. Bezieht man den Bildungsstand mit ein, so konnten 19 (9,3% von 204) Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss kein einziges allgemeines und 27 (10,2% von 265) mit gleichem Bildungsstand kein einziges spezielles Operationsrisiko wiedergeben. Dies bedeutet für diese Bildungsgruppe einen Anteil von 43,2% beziehungsweise 61,4%. Patienten mit einem anderen Bildungsstand konnten in 185 (90,7% von 204) und in 238 (89,8% von 265) kein einziges Operationsrisiko aktiv wiedergeben. Bezogen auf den Bildungsstand ist das ein Anteil von 52% und 66,9% aller Patienten mit einem anderen Bildungsstand als den der Hochschulreife oder -abschluss.

Ein allgemeines und ein spezielles Operationsrisiko konnten von 71 (17,8% aller befragten) und 68 (17%) Patienten aktiv wiedergegeben werden. Von den Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss konnten 4, beziehungsweise 8 Patienten jeweils ein Risiko wiedergeben (9,1% und 18,2% dieser Bildungsgruppe). Bei den Patienten mit einem anderen Bildungsstand waren es 67 und 60 Patienten (18,8% und 16,9% dieser Bildungsgruppe).

Zwei allgemeine beziehungsweise spezielle Operationsrisiken wurden von 54 (13,5% aller befragten) und 37 (9,3%) Patienten aktiv wiedergegeben. Davon 8 und 3 Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss (18,2% und 6,8% dieser Bildungsgruppe) und 46 beziehungsweise 34 Patienten mit einer anderen Schulausbildung (12,9% bzw. 9,6% dieser Bildungsgruppe).

Drei allgemeine Operationsrisiken waren 42 (10,5%) Patienten und 3 spezielle 20 (5%) Patienten erinnerlich. Hier konnten sich 9 und 2 Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss erinnern, was in dieser Bildungsgruppe 20,5% und 4,5% ausmacht. Bei den Patienten mit einer anderen Schulausbildung waren dazu 33 und 18 Patienten in der Lage. Dies macht in dieser Bildungsgruppe 9,3% und 5,1% aus.

Vier allgemeine, beziehungsweise spezielle Operationsrisiken waren noch von 18 (4,5%) und 6 (1,5%) Patienten aktiv reproduzierbar. Bezogen auf den Bildungsstand waren dies 2 und 3 Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss (4,5% und 6,8% dieser Bildungsgruppe) und 16 beziehungsweise 3 Patienten mit einem anderen Bildungsstand (4,5% und 0,8% dieser Bildungsgruppe).

Fünf allgemeine oder spezielle Operationsrisiken wurden von 7 (1,8%) und 4 (1%) Patienten wiedergegeben. Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss in zwei, beziehungsweise in einem Fall (4,5% und 2,3% dieser Bildungsgruppe) und Patienten mit einem anderen Bildungsstand in fünf und drei Fällen (1,4% und 0,8% dieser Bildungsgruppe).

Sechs bis einschließlich 9 aktiv erinnerlich allgemeine Operationsrisiken konnten jeweils von nur einem (0,3% aller befragten) Patienten wiedergegeben werden. Keiner dieser Patienten konnte eine Hochschulreife oder -abschluss vorweisen (0,3% aller Patienten mit einer anderen Schulausbildung).

Anzahl erinnerlicher allgemeiner Op-Risiken (n=400)

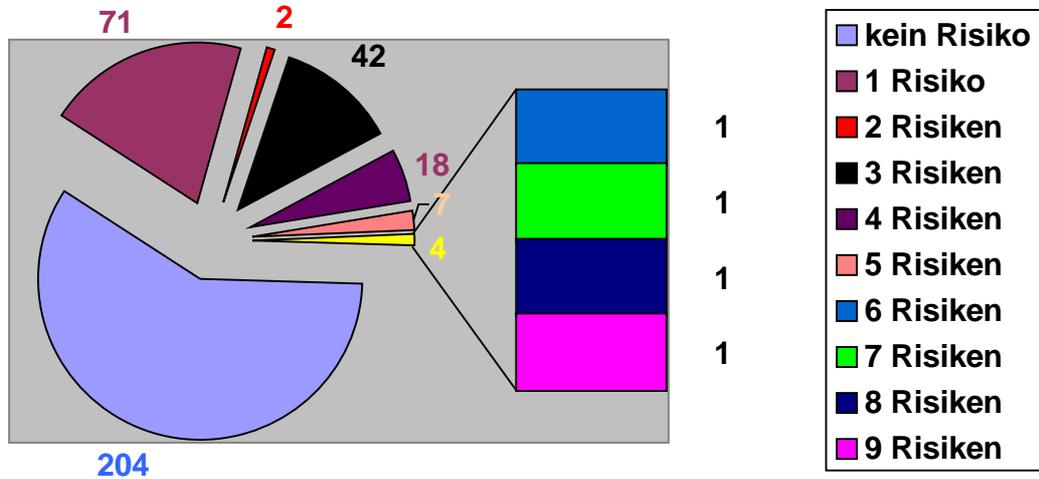


Abbildung 16 Aktives Erinnerungsvermögen allgemeiner Operationsrisiken

Anzahl allgemeiner Risiken bezogen auf die Bildung (n=400)

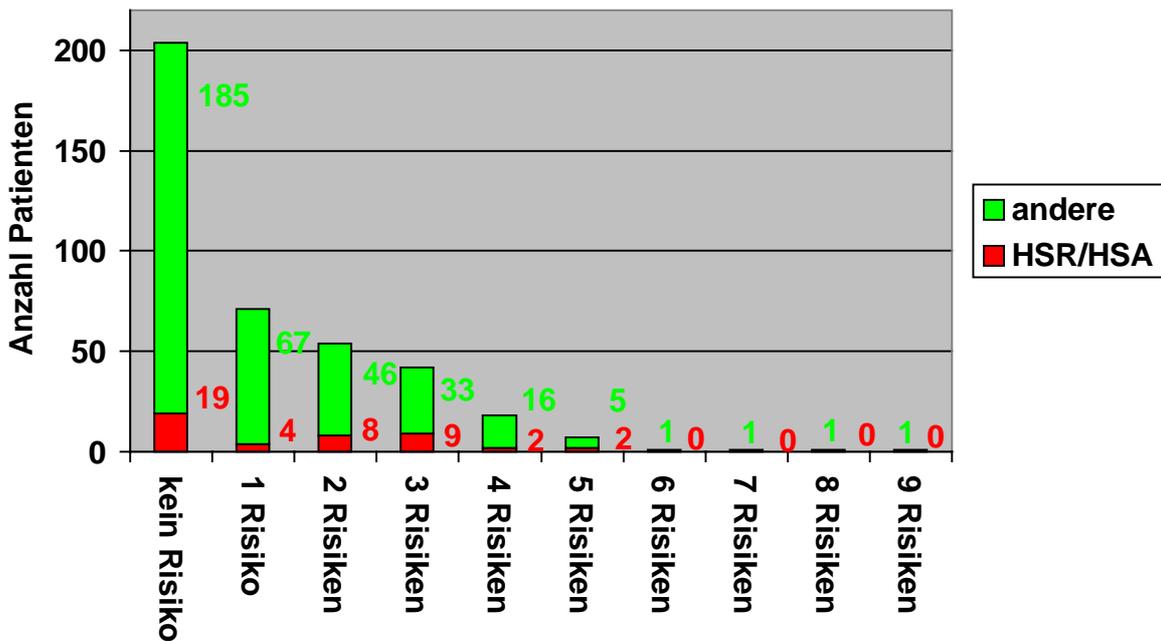


Abbildung 17 Aktives Erinnerungsvermögen allgemeiner Operationsrisiken im Bezug auf den Bildungsstand

Anzahl erinnerlicher spezieller Op-Risiken (n=400)

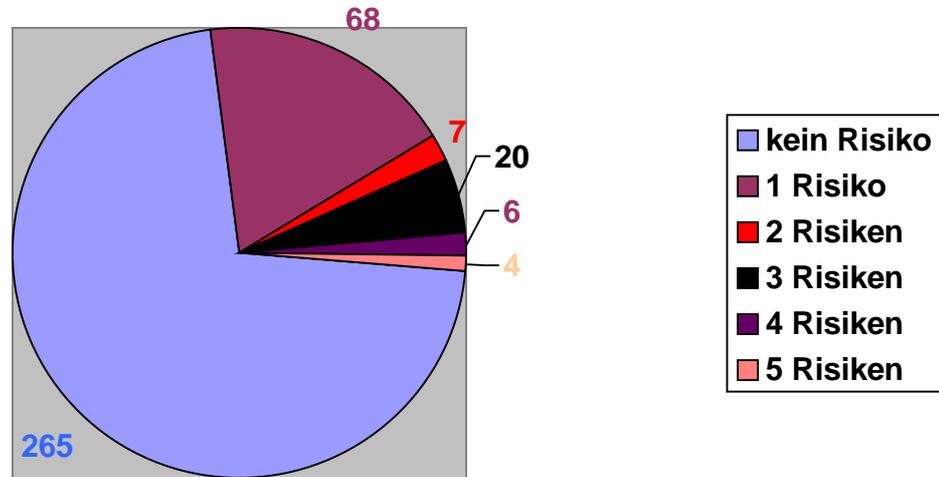


Abbildung 18 Erinnerungsvermögen spezieller Operationsrisiken

Anzahl spezieller Risiken bezogen auf die Bildung (n=400)

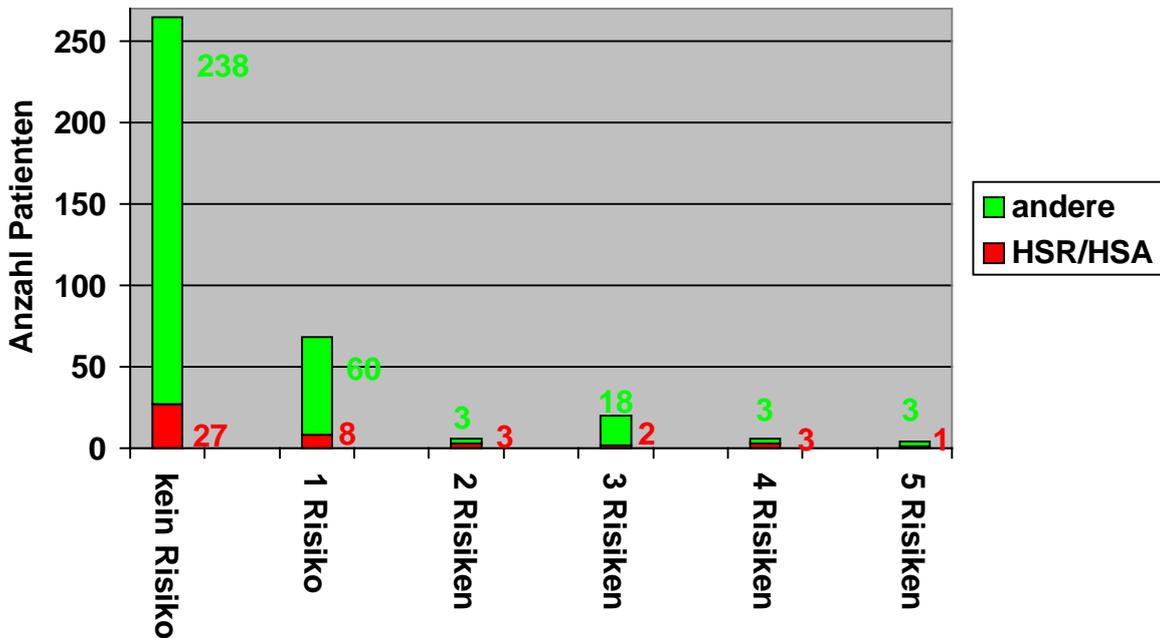


Abbildung 19 Aktives Erinnerungsvermögen spezieller Operationsrisiken in Bezug auf den Bildungsstand

3.11 Patientenangaben zur Alternativaufklärung und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand

Die Alternativaufklärung ist ein fester, sowie vom Gesetzgeber geforderter, Bestandteil der Aufklärung. Sie kann jedoch nur erfolgen, wenn eine Alternative in Betracht kommt. Ansonsten werden die Patienten im Evangelischen Fachkrankenhaus Ratingen darauf hingewiesen, dass keine Alternative zur geplanten Operation besteht oder mehr möglich sei. Die Patienten wurden deshalb befragt, ob sie über Alternativen oder darüber, dass keine Alternative in Betracht kommt, aufgeklärt wurden. Im Fragebogen musste zu dieser Frage ein ja oder nein angekreuzt werden. Die Antworten wurden in Bezug zum Bildungsstand des Patienten gesetzt.

Von den befragten 400 (100%) Patienten gaben 301 (75,3%) an, über eine Alternative oder darüber, dass eine Alternative nicht mehr in Frage kommt, aufgeklärt worden zu sein, und 99 (24,7%) Patienten gaben an, dementsprechend nicht aufgeklärt worden zu sein.

Vergleicht man die Antworten mit dem Bildungsstand verteilen sich die 301 (100%) Patienten auf 29 (9,6%) mit Hochschulreife oder -abschluss (65,9% dieser Bildungsgruppe) und 272 (90,4%) mit einer anderen Schulausbildung (76,4% dieser Bildungsgruppe). Die 99 Patienten welche die Alternativaufklärung verneinten (100%) unterteilten sich in 15 (15,2%) mit Hochschulreife oder -abschluss (34,1% dieser Bildungsgruppe) und 84 (84,8%) Patienten mit einem anderen Bildungsstand (23,6% dieser Bildungsgruppe).

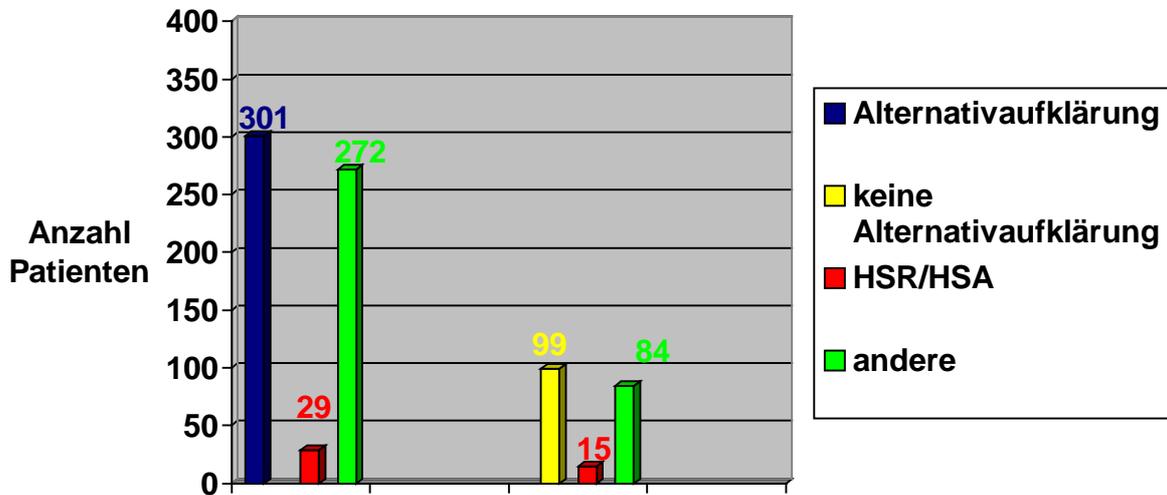
Alternativaufklärung (n=400)

Abbildung 20 Patientenangaben zur Alternativaufklärung in Bezug zum Bildungsstand

3.12 Patientenangaben über die Aufklärung hinsichtlich einer eventuellen Erfolgsgarantie (Verlaufsaufklärung) und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand

Die Patienten im Evangelischen Fachkrankenhaus Ratingen werden bei der Aufklärung explizit darauf hingewiesen, dass eine Erfolgsgarantie ausdrücklich nicht übernommen werden kann. Aus diesem Grund wurden die Patienten befragt, ob sie über Erfolgchancen der anstehenden Operation aufgeklärt worden sind.

Von den 400 (100%) befragten Patienten gaben 372 (93%) an, dass sie entsprechend aufgeklärt wurden, während 28 (7%) Patienten eine entsprechende Aufklärung verneinten.

Bezogen auf den Bildungsstand unterteilen sich die 372 Patienten, welche die Verlaufsaufklärung bejahten, in 37 Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (8,1% dieser Bildungsgruppe) und 335 Patienten mit einem anderen Bildungsstand (91,9% dieser Bildungsgruppe) Von den 28 Patienten, die eine solche Aufklärung

verneinten fanden sich 7 mit Hochschulreife oder -abschluss (15,9% dieser Bildungsgruppe) und 21 mit einem anderen Bildungsstand (5,9% dieser Bildungsgruppe).

Verlaufsaufklärung (n=400)

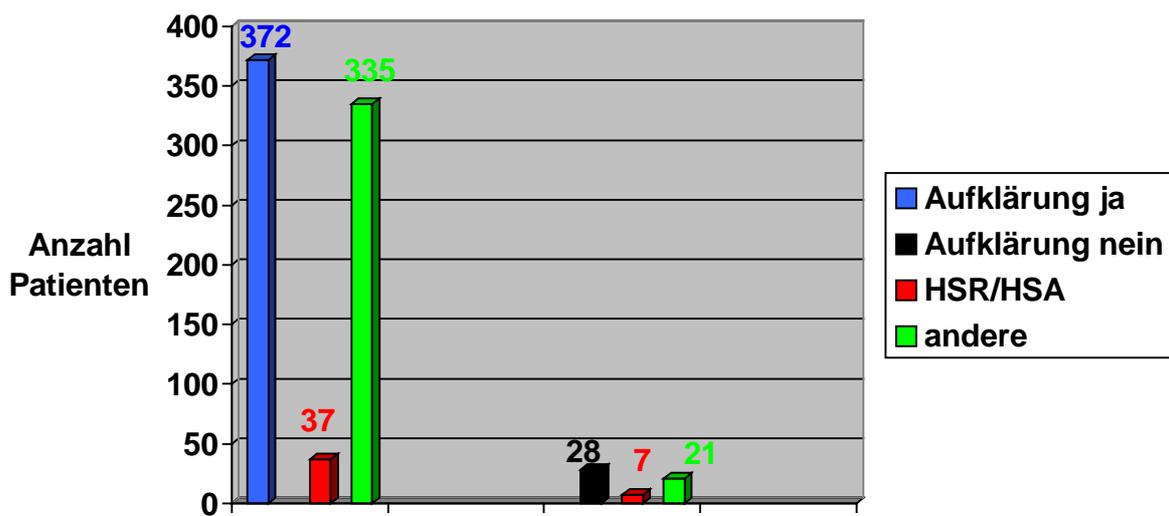


Abbildung 21 Patientenangaben hinsichtlich einer Aufklärung über die Erfolgchancen einer Operation und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand

3.13 Patientenangaben hinsichtlich der Sicherungsaufklärung (Weiterbeziehungsweise Nachbehandlung) und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand

Die Sicherungsaufklärung spielt in der operativen Orthopädie eine sehr wichtige Rolle. Besonders hohe Ansprüche werden an die Sicherungsaufklärung bei Totalendoprothesenimplantationen gestellt, im Besonderen bei Hüftprothesenimplantation. Gerade hier ist die Nachbehandlung zum Teil sehr differenziert, und der Patient muss dementsprechend genau instruiert werden.

Um also Komplikationen bei der Nachbehandlung zu vermeiden, muss der Patient im Aufklärungsgespräch über die entsprechende Nachbehandlung informiert werden. Eine postoperative Aufklärung sollte vor Beginn der entsprechenden Nachbehandlung noch ausreichen. Im EFK Ratingen wird die Sicherungsaufklärung bezüglich der Nachbehandlung aber grundsätzlich im Aufklärungsgespräch durchgeführt. Deshalb war es wichtig zu erfahren, ob die Patienten in der Lage sind, sich an die Sicherungsaufklärung zu erinnern, da es gerade im Bereich der Sicherungsaufklärung häufig zu Aufklärungsrügen durch die entsprechenden Gutachterkommissionen kommt.

Von den 400 (100%) befragten Patienten gaben 338 (84,5%) über die entsprechende Weiterbehandlung aufgeklärt worden zu sein, während immerhin 62 (15,5%) Patienten angaben dahingehend aufgeklärt worden zu sein.

Bezieht man die Antworten auf den Bildungsstand, so zeigt sich, dass 39 der 338 Patienten, die richtigerweise angaben über die Weiterbehandlung aufgeklärt worden zu sein, eine Hochschulreife oder –abschluss (88,6% dieser Bildungsgruppe) besaßen. Die restlichen 299 Patienten besaßen einen andere Bildungsstand (84% dieser Bildungsgruppe). Von den 62 Patienten, die fälschlicherweise angaben, dass sie über eine entsprechende Weiterbehandlung nicht aufgeklärt wurden, konnten 5 Patienten eine Hochschulreife oder –abschluss (11,4% dieser Bildungsgruppe), und die restlichen 57 Patienten einen anderen Bildungsstand (16% dieser Bildungsgruppe) vorweisen.

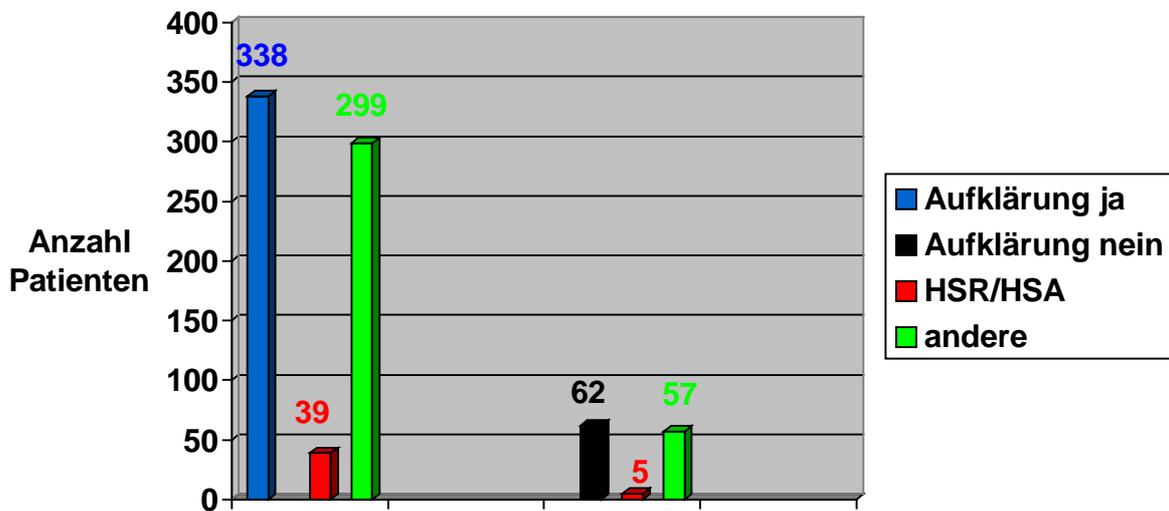
Sicherungsaufklärung (n=400)

Abbildung 22 Patientenangaben zur Sicherungsaufklärung und Bezug zum Bildungsstand

3.14 Patientenangaben, ob über den Grund (Diagnoseaufklärung) der Operation aufgeklärt wurde, und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand

Die Diagnoseaufklärung ist ein wichtiger Bestandteil der Selbstbestimmungsaufklärung, da sie wie bereits schon vorher erwähnt wurde, „die notwendige Grundlage für den Patienten darüber bildet, ob er der Behandlungsempfehlung des Arztes folgen will oder nicht“¹⁴³.

Die Diagnoseaufklärung erfolgt dementsprechend nicht nur bei Indikationsstellung zu einem entsprechenden Eingriff, sondern auch während der Aufklärung. Ferner kann davon ausgegangen werden, dass der über- oder einweisende Arzt ebenfalls eine Diagnoseaufklärung vornimmt. Die Diagnoseaufklärung erfolgt also mindestens zweimal.

¹⁴³C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung

Befragt man die Patienten nach der Diagnoseaufklärung und bezieht das Antwortmuster auf den Bildungsstand des Patienten so zeigt sich, dass von den 400 Patienten 392 (98%) angaben, über die Diagnose aufgeklärt worden zu sein. Nur 6 (1,5%) Patienten gaben an, keine Diagnoseaufklärung erhalten zu haben, und 2 (0,5%) Patienten konnten sich nicht mehr erinnern.

Bezieht man die Antworten auf den Bildungsstand, gaben alle 44 Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss an, über die Diagnose aufgeklärt worden zu sein. Bei den Patienten mit einem anderen Bildungsstand waren es 348 (97,8%).

Die 6 Patienten, die angaben nicht über den Grund der Operation, also über die dem Eingriff zugrundeliegenden Diagnose aufgeklärt worden zu sein, besaßen alle keine Hochschulreife oder –abschluss.

Beide Patienten, die sich bereits zwei Tage postoperativ nicht mehr daran erinnern konnten, ob sie über den Grund der Operation aufgeklärt worden sind, verfügten ebenfalls über keine Hochschulreife oder –abschluss.

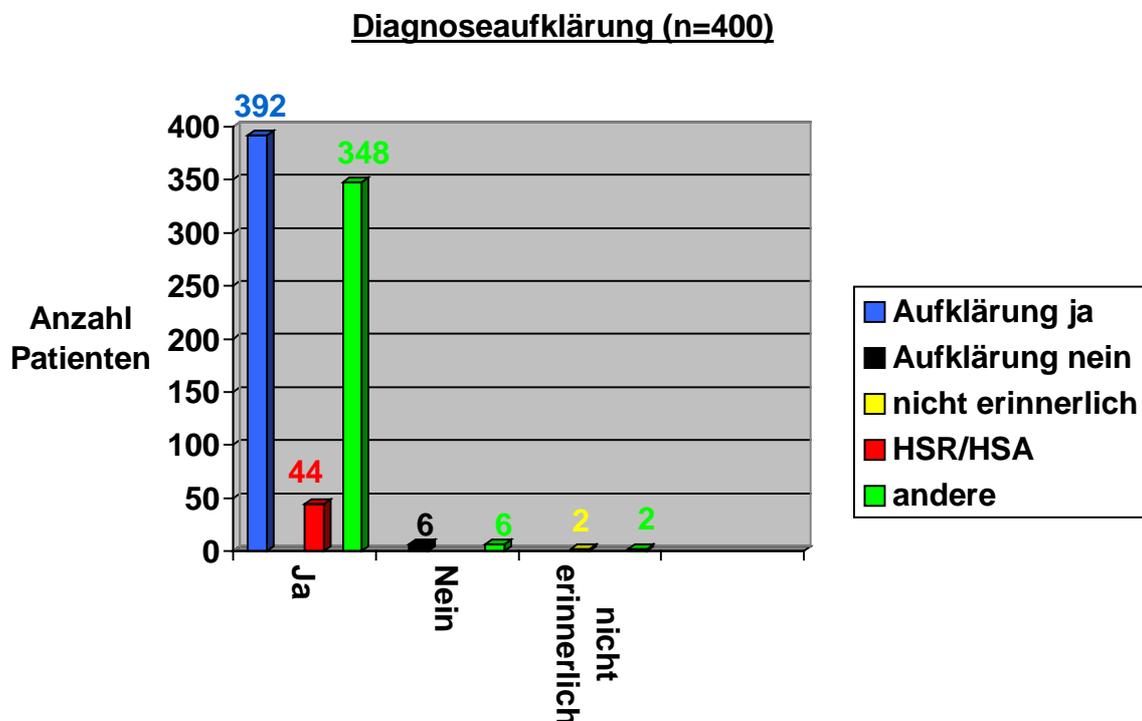


Abbildung 23 Patientenangaben, ob eine Diagnoseaufklärung erfolgt ist, und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten.

3.15 Patientenangaben, ob sie vor der Einwilligung in den operativen Eingriff noch Fragen an den aufklärenden Arzt hatten, und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand

Nach der erfolgten präoperativen Aufklärung muss dem Patienten noch die Möglichkeit gegeben werden Fragen zu stellen. Um herauszufinden, wie viele Patienten wirklich von diesem Recht Gebrauch machen, wurden die Patienten dort hingehend befragt. Hatte der Patient noch Fragen, so wurde dies vom aufklärenden Arzt auf einem gesonderten Blatt zusammen mit der Aufklärungsdauer vermerkt.

Von den 400 Patienten gaben 226 (56,5%) an, noch Fragen vor der Einwilligung an den aufklärenden Arzt gehabt zu haben, wohingegen 174 (43,5%) Patienten keine Fragen mehr hatten.

Bezieht man das Informationsbedürfnis des Patienten auf seinen Bildungsstand zeigt sich, dass Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss in 65,9% (29 Patienten) und Patienten mit einem anderen Bildungsstand in 55,9% (197 Patienten) aller Fälle noch Fragen an den Arzt nach erfolgter Aufklärung hatten.

Fragen vor Einwilligung (n=400)

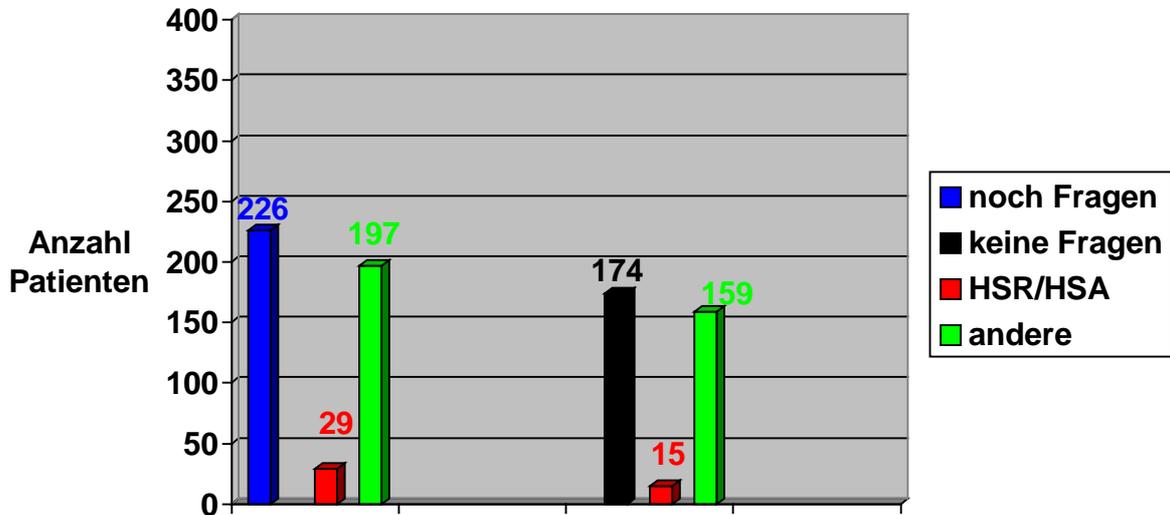


Abbildung 24 Patientenzahlen, ob noch Fragen vor der Einwilligung gestellt wurden oder nicht, und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand

3.16 Patientenangaben hinsichtlich der Aufklärungsdauer und Vergleich der Antworten mit der objektiven Aufklärungsdauer und Bewertung des Zeitrahmens

Ein häufiger Vorwurf im Klinikbetrieb ist, dass sich der Arzt nicht genug Zeit für den Patienten nimmt. Deshalb wurden die Patienten aufgefordert die ungefähre Aufklärungsdauer anzugeben und zu bewerten, ob sich ihrer Meinung nach der aufklärende Arzt genug Zeit für sie genommen hat. Um eine Bewertung der Patientenangaben vornehmen zu können, wurde die Aufklärungsdauer von dem jeweiligen Arzt genau festgehalten. Dadurch ist es möglich, die subjektive mit der objektiven Aufklärungsdauer zu vergleichen.

Um die statistische Auswertung zu vereinfachen, wurden den Patienten drei Zeitvorgaben zur Verfügung gestellt. Einmal ca. 5 min., dann 5 bis 10 und zuletzt

länger als 10 Minuten. Diese Angaben wurden dann mit denen des aufklärenden Arztes verglichen.

Von den 400 befragten Patienten waren 5 (1,3%) nicht mehr in der Lage sich an die Aufklärungsdauer zu erinnern. Weitere 5 (1,3%) setzten die Aufklärungsdauer um die 5 min. an, 73 (18,3) zwischen 5 und 10 min. und 317 (79,4%) Patienten gaben an, länger als 10 min. aufgeklärt worden zu sein.

Die Angaben der aufklärenden Ärzte ergaben, dass 16 (4%) Patienten bis 5 min. lang aufgeklärt wurden, 189 (47,2%) zwischen 5 und 10 min. und 195 (48,8%) länger als 10 Minuten. In ganzen Zahlen ausgedrückt wurde durchschnittlich 11,3 Minuten aufgeklärt bei einer minimalen Dauer von 4 und einer maximalen Aufklärungsdauer von 30 Minuten.

Daraus ergibt sich, dass von den 400 Patienten 235 (58,8%) die richtige Aufklärungsdauer nachvollziehen konnten und 165 (41,2%) eine falsche Angabe machten.

Bei der Bewertung der Aufklärungsdauer wurden die Patienten befragt, ob sich der aufklärende Arzt ihrer Meinung nach genug Zeit für sie genommen hätte. Hier gaben 392 (98%) Patienten an, dass sich der aufklärende Arzt genug Zeit genommen hätte. Nur 8 (2%) Patienten hatten das Gefühl, dass sich der aufklärende Arzt sich nicht genug Zeit genommen hätte.

Vergleicht man jetzt diese Aussagen mit der Richtigkeit der Patientenangaben bezüglich der Aufklärungsdauer so zeigt sich folgendes Bild: Die 392 (100%) Patienten die angaben, dass sich der Arzt genügend Zeit für sie genommen hätte unterteilten sich in 230 (58,7%), welche die Aufklärungsdauer richtig in Erinnerung hatten und 162 (41,3%) Patienten, welche die Aufklärungsdauer nicht mehr richtig nachvollziehen konnten. Die 8 Patienten, welche angaben, dass sich der aufklärende Arzt nicht genügend Zeit genommen hätte unterteilten sich in 5 (62,5%), welche die Aufklärungsdauer richtig wiedergeben konnten und 3 (37,5%), welche eine falsche Aufklärungsdauer angaben.

Aufklärungsdauer (n=400)

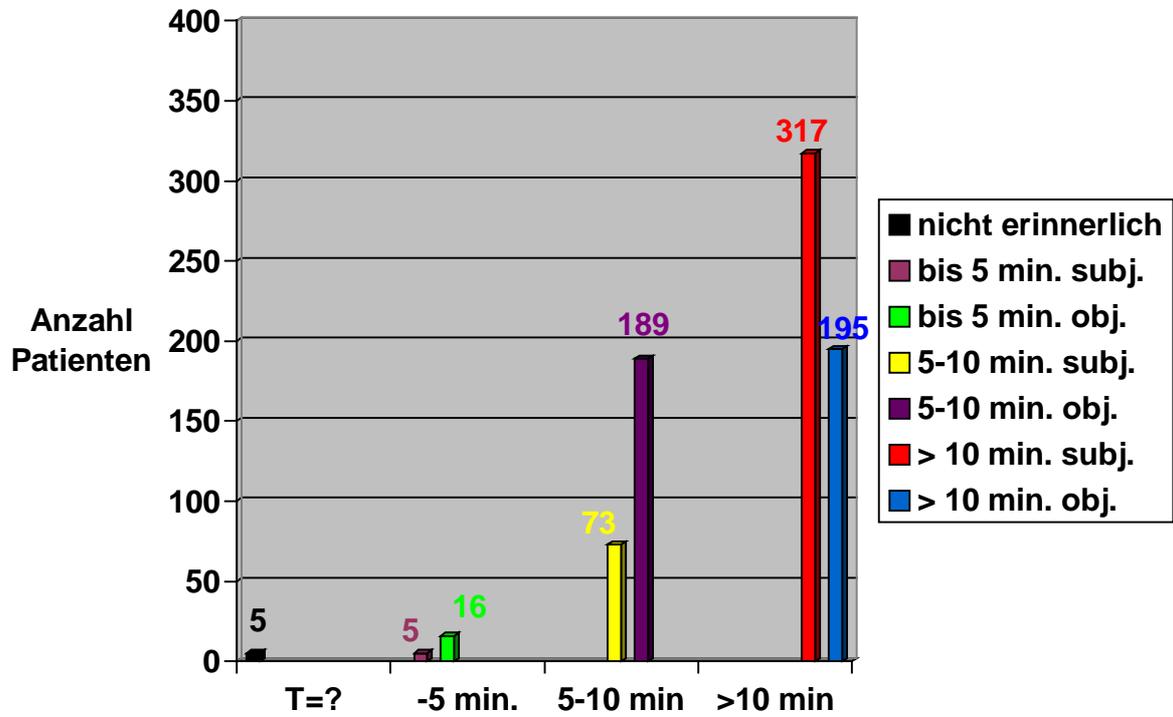


Abbildung 25 Vergleich von subjektiver und objektiver Aufklärungsdauer

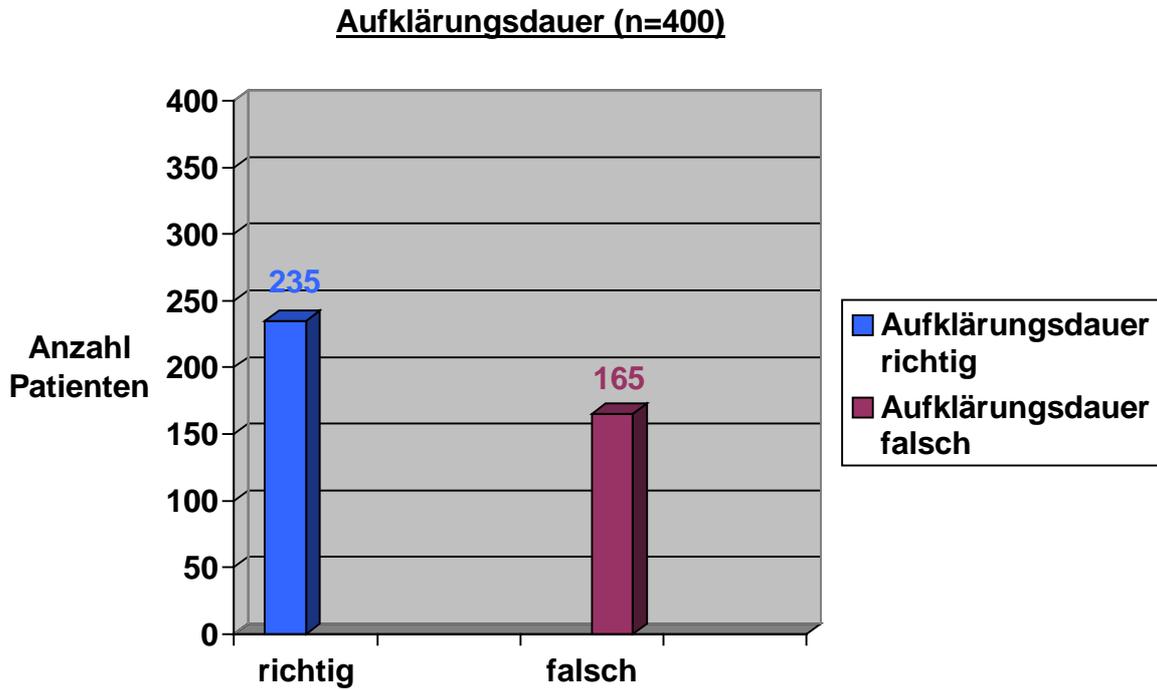


Abbildung 26 Anzahl richtiger und falscher Patientenangaben über die Aufklärungsdauer

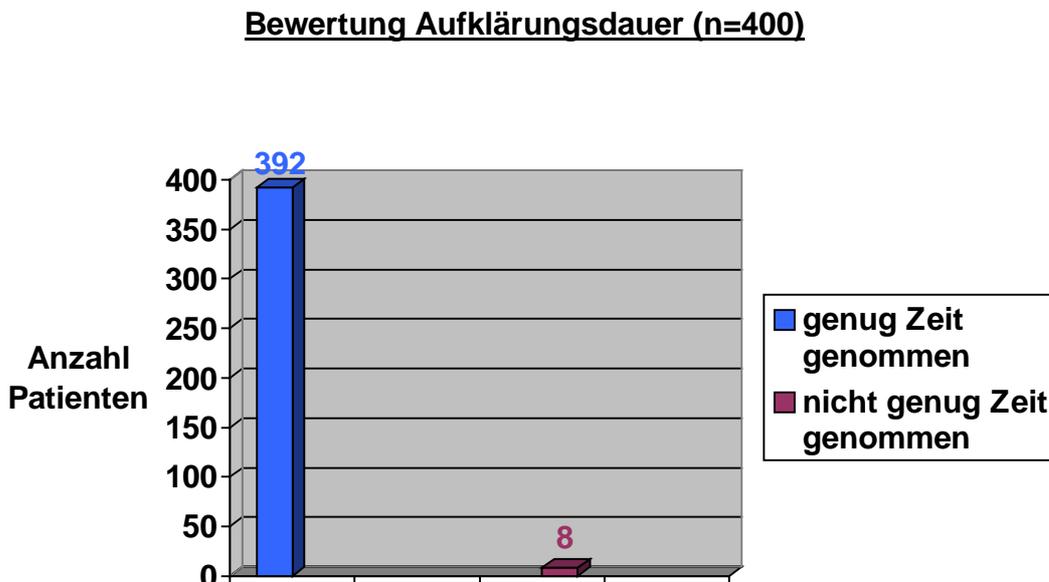


Abbildung 27 Bewertung der Patienten, ob sich der aufklärende Arzt genug Zeit für sie genommen hat

3.17 Beurteilung der Aufklärung durch den Patienten

Im letzten Teil des Fragebogens ging es um die Bewertung des Aufklärungsgesprächs durch den Patienten mit besonderer Gewichtung auf eventuelle emotionale Belastungen.

3.17.1 Wurden während des Aufklärungsgesprächs zu viele Fachausdrücke benutzt? Bezug der Patientenantworten auf den Bildungsstand.

Wie bereits erwähnt klagen die Patienten neben dem Mangel an zeitlicher Zuwendung oft darüber, dass zu viele Fachausdrücke gebraucht werden. Die aufklärenden Ärzte sind im Evangelischen Fachkrankenhaus Ratingen dazu angehalten, Fachausdrücke so gut wie es geht zu vermeiden, um den Patienten nicht zusätzlich zu der Menge an Information auch noch mit medizinischer Fachterminologie zu belasten. Deshalb war es interessant herauszufinden, ob die hier befragten Patienten trotzdem der Ansicht waren, dass zu viele Fachausdrücke benutzt wurden. Die Angaben der Patienten wurden mit deren Bildungsstand korreliert.

Insgesamt 51 (12,8%) aller befragten Patienten (n=400) gaben an, dass zu viele Fachausdrücke benutzt wurden. Diese Patienten, bezogen auf ihren Bildungsstand, unterteilten sich in 4 (7,8%) Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss (9,1% dieser Bildungsgruppe) und 47 (92,2%) Patienten mit einem anderen Bildungsstand (13,2% dieser Bildungsgruppe). Die 349 (87,2%) Patienten, die angaben dass nicht zu viele Fachausdrücke benutzt wurden, unterteilten sich in 40 (11,5%) Patienten mit Hochschulreife oder -abschluss (90,9% dieser Bildungsgruppe) und 309 (88,5%) Patienten mit einem anderen Bildungsstand (86,8% dieser Bildungsgruppe).

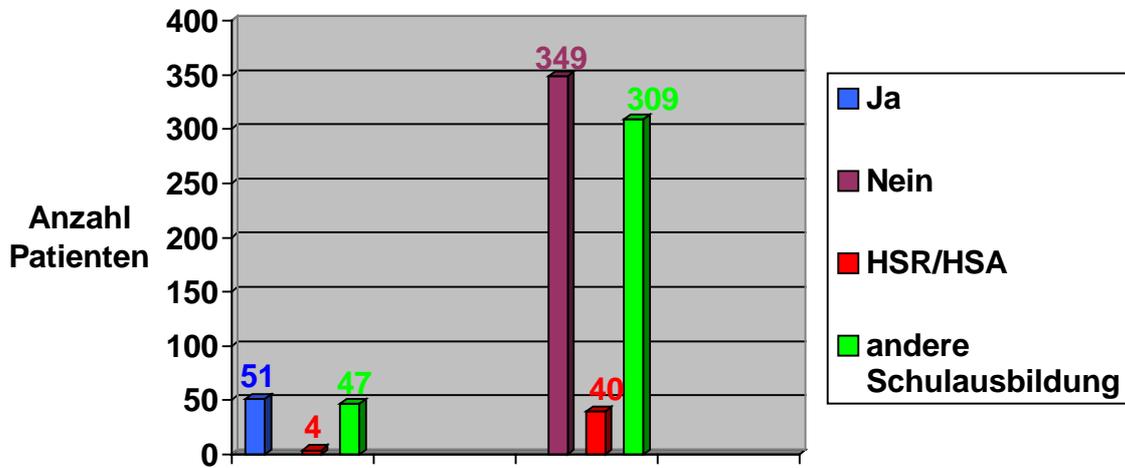
Fachausdrücke (n=400)

Abbildung 28 Wurden zu viele Fachausdrücke benutzt und Bezug der Antworten auf den Bildungsstand des Patienten

3.17.2 Außergewöhnliche Situation?

Zunächst ging es darum zu erfahren, ob der Patient während der Aufklärung das Gefühl hatte, sich in einer außergewöhnlichen Situation zu befinden. Von den 400 befragten Patienten gaben 91 (22,8%) an sich in einer außergewöhnlichen Situation befunden zu haben, während 309 (77,2%) dies verneinten. Die 91 Patienten, welche sich subjektiv in einer außergewöhnlichen Situation befanden, unterteilten sich in 31 (34,1%) Männer und 60 (65,9%) Frauen. Die restlichen 309 Patienten unterteilten sich in 60 (21,2%) Männer und 223 (78,8%) Frauen.

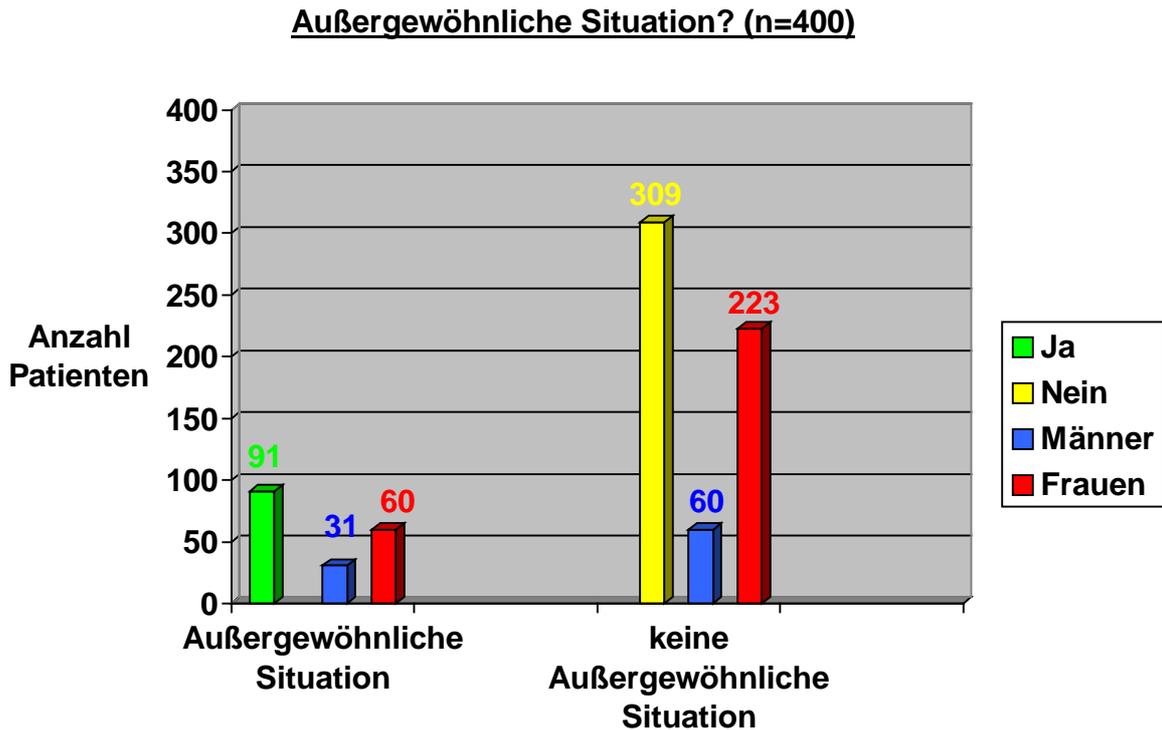


Abbildung 29 **Hatte der Patient während des Aufklärungsgesprächs das Gefühl sich in einer außergewöhnlichen Situation zu befinden? Bezug der Antworten zum Geschlecht.**

3.17.3 **Ernst des bevorstehenden Eingriffs**

War dem Patienten der Ernst des zu erwartenden Eingriffs schon vor der Aufklärung bewusst, oder wurde er ihm erst durch die Aufklärung bewusst? Insgesamt 336 (84%) aller befragten Patienten gaben an schon vorher, und 64 (16%) erst durch beziehungsweise danach, über den Ernst des bevorstehenden operativen Eingriffs im Klaren gewesen zu sein.

Die 336 Patienten unterteilten sich in 99 (29,5%) Männer und 237 (70,5%) Frauen. Bezogen auf den Bildungsstand unterteilten sich diese 336 Patienten in 38 (11,3%) mit Hochschulreife oder –abschluss (86,4% dieser Bildungsgruppe) und 298 (88,7%) Patienten mit einem anderen Bildungsstand (83,7% dieser Bildungsgruppe). Bei den 64 Patienten, die sich erst durch die Aufklärung über den Ernst des Eingriffs bewusst wurden, handelte es sich um 18 (28,1%) Männer und 46 (71,9%) Frauen. Hier

fanden sich 6 (9,4%) Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (13,6% dieser Bildungsgruppe) und 58 (90,6%) mit einem anderen Bildungsstand (16,3% dieser Bildungsgruppe).

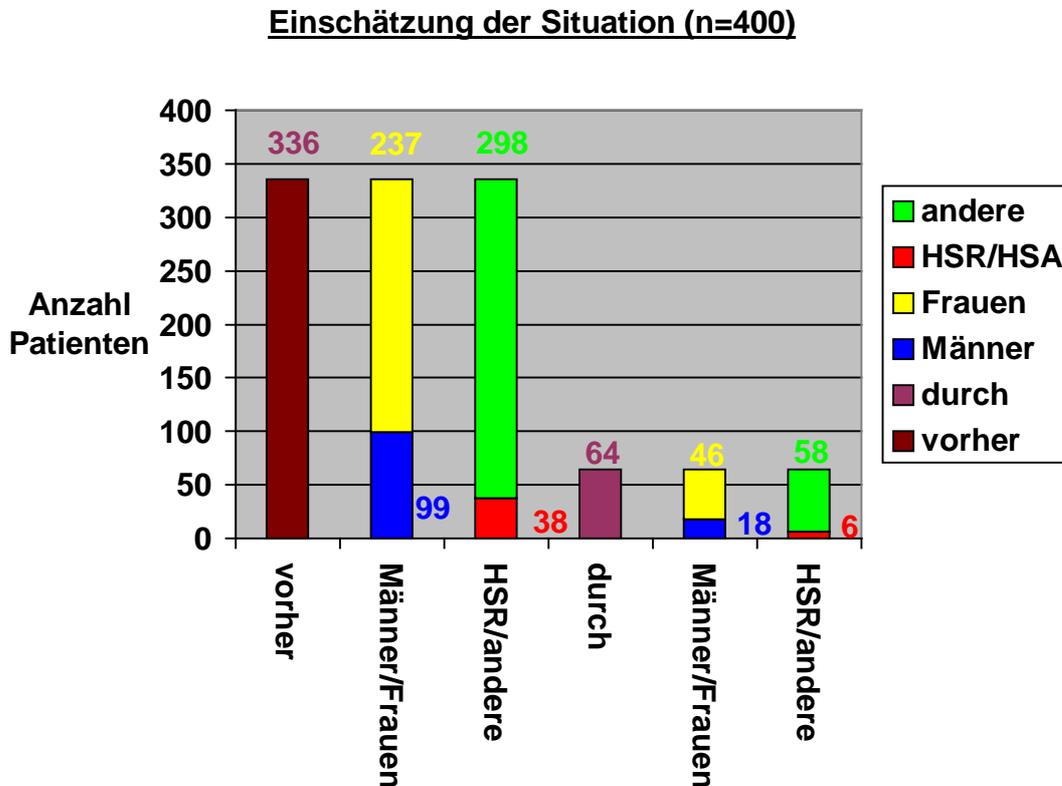


Abbildung 30 War dem Patienten schon vor oder erst durch die Aufklärung der Ernst des Einriffs bewusst?

3.17.4 Richtiger Zeitpunkt?

Ein häufiger Grund für eine Aufklärungsrüge ist der Aufklärungszeitpunkt. In der Orthopädischen Fachklinik Ratingen wird bei der stationären Aufnahme in den allermeisten Fällen am Vortag der Operation aufgeklärt (Mittelwert 1,78 Tage). Interessant war es zu erfahren, ob dieser Zeitpunkt für den Patienten früh genug gewählt ist, oder ob er sich einen früheren Zeitpunkt, beziehungsweise eine längere Bedenkzeit gewünscht hätte.

Von den insgesamt 400 befragten Patienten gaben 393 (98,2%) an, dass der Zeitpunkt der Aufklärung richtig gewählt wurde, und nur 7 (1,8%) Patienten hätten

lieber einen früheren Aufklärungszeitpunkt gewählt, beziehungsweise sich eine längere Bedenkzeit erbeten.

Bezieht man die Antworten auf den Bildungsstand, konnten von den 7 Patienten welche den Aufklärungszeitpunkt als nicht richtig empfanden, 1 Patient eine Hochschulreife oder einen –abschluss (2,3% dieser Bildungsgruppe) und 6 Patienten einen anderen Bildungsstand vorweisen (1,7% dieser Bildungsgruppe). Die andere Patientengruppe unterteilte sich in 43 Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (97,7% dieser Bildungsgruppe) und 350 mit einem anderen Bildungsstand (98,3% dieser Bildungsgruppe).

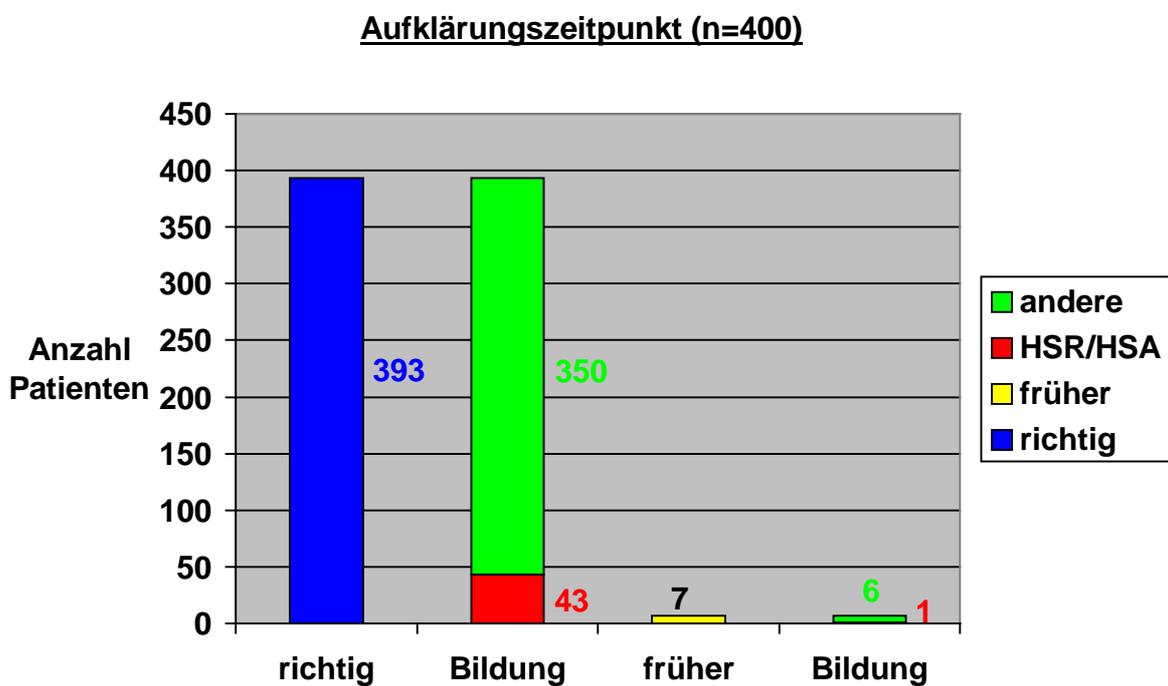


Abbildung 31 War der Zeitpunkt der Aufklärung richtig gewählt mit Bezug der Antworten auf den Bildungsstand

3.17.5 Durch oder nach Aufklärung Furcht vor der Operation oder den besprochenen Operationsrisiken?

Ein häufiges Problem in der operativen Aufklärung ist es, den Patienten so aufzuklären, und dies trifft im Besonderen für die Operationsrisiken zu, dass er nicht abgeschreckt oder gar verängstigt wird. Deshalb wurden die Patienten befragt, ob die Aufklärung Angst vor der Operation bei ihnen ausgelöst hat, und wenn ja wovon.

Von den 400 befragten Patienten gaben 44 (11%) an, dass die Aufklärung bei ihnen Angst ausgelöst hätte, während 356 (89%) Patienten dies verneinten.

Bezieht man die Antworten auf den Bildungsstand so zeigt sich, dass die Aufklärung bei 5 Patienten mit einer Hochschulreife oder –abschluss (11,4% dieser Bildungsgruppe) und bei 39 Patienten mit einem anderen Bildungsstand (11% dieser Bildungsgruppe) Angst ausgelöst hat. Von den 356 Patienten, bei denen die Aufklärung keine Angst auslöste, hatten 39 Patienten eine Hochschulreife oder einen –abschluss (88,6% dieser Bildungsgruppe) und 317 Patienten einen anderen Bildungsstand (89 dieser Bildungsgruppe).

Falls bei den Patienten Bedenken oder Furcht vor der Operation durch die Aufklärung ausgelöst wurde, sollten sie angeben, um welche Bedenken und/oder Ängste es sich dabei gehandelt hat. Von den entsprechenden 44 Patienten gaben 11 (25%) die Operationsrisiken, 9 (20,5%) die Weiterbehandlung, 3 (6,8%) finanzielle Sorgen, 9 (20,5%) berufliche Sorgen, 2 (4,5%) familiäre, beziehungsweise private Sorgen und 4 (9%) sonstige Gründe an.

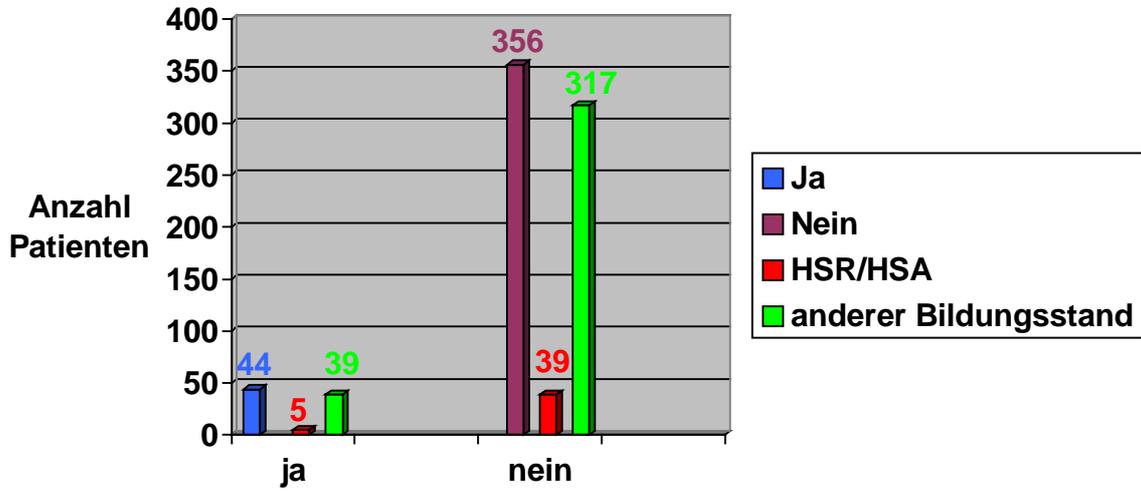
Furcht vor Op? (n=400)

Abbildung 32 Bedenken oder Furcht vor der Operation

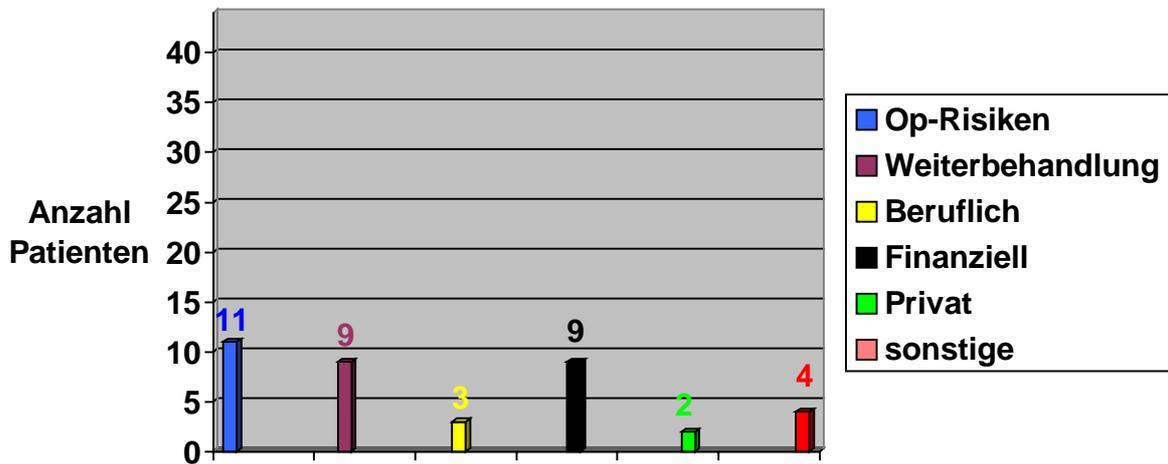
Wovor Furcht? (n=44)

Abbildung 33 Wovor Bedenken oder Furcht

3.17.6 Nach der Operation Angst vor möglichen Komplikationen?

Interessant war es auch herauszufinden, ob sich **nach** der Operation bei mehr Patienten Ängste vor den besprochenen Komplikationen des Eingriffs eingestellt haben als nach dem Aufklärungsgespräch, also **vor** der Operation. Während 44 (11%) Patienten direkt nach oder durch die Aufklärung Ängste entwickelt haben, gaben 58 (14,5%) Patienten an, erst nach dem Eingriff Angst vor möglichen Komplikationen entwickelt zu haben.

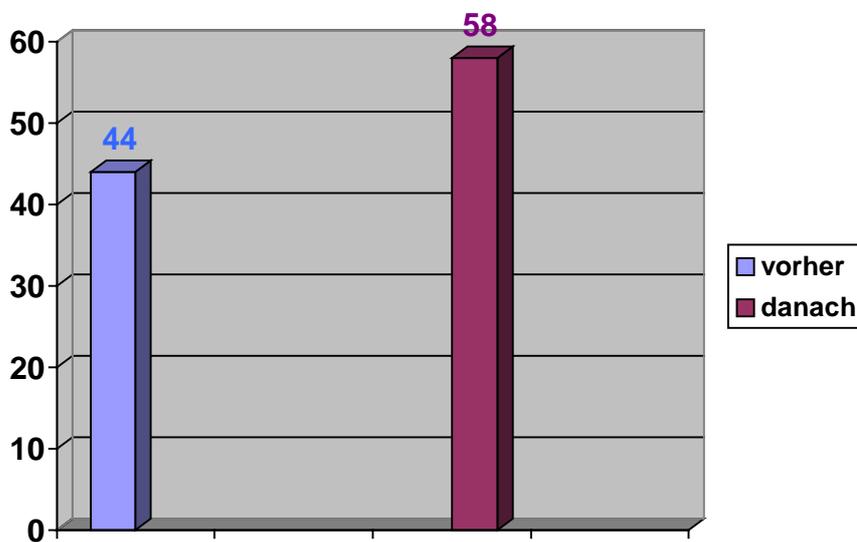


Abbildung 34 Vergleich der Patientenanteile, die nach bzw. durch die Aufklärung Furcht vor der Operation hatten, und Patienten, die erst nach der Operation Angst vor möglichen Komplikationen entwickelten

3.17.7 War die Aufklärung über die möglichen Risiken und Komplikationen zu schonungslos?

Eine zu schonungslose Aufklärung kann zum Vorwurf der Körperverletzung führen, nämlich dann, wenn „der Patient durch diese Art der Unterrichtung einen physischen oder psychischen Schaden“ nimmt.¹⁴⁴ Es muss davon ausgegangen werden, dass ein solcher Patient die ihm mitgeteilten Informationen nicht verarbeiten kann, und damit de facto als nicht aufgeklärt gilt.¹⁴⁵

Von den 400 befragten Patienten gaben 18 (4,5%) an, dass die Aufklärung über die möglichen Risiken und Komplikationen zu schonungslos gewesen sei. Dagegen stehen 382 (95,5%) Patienten, die eine Übermaßaufklärung verneinten.

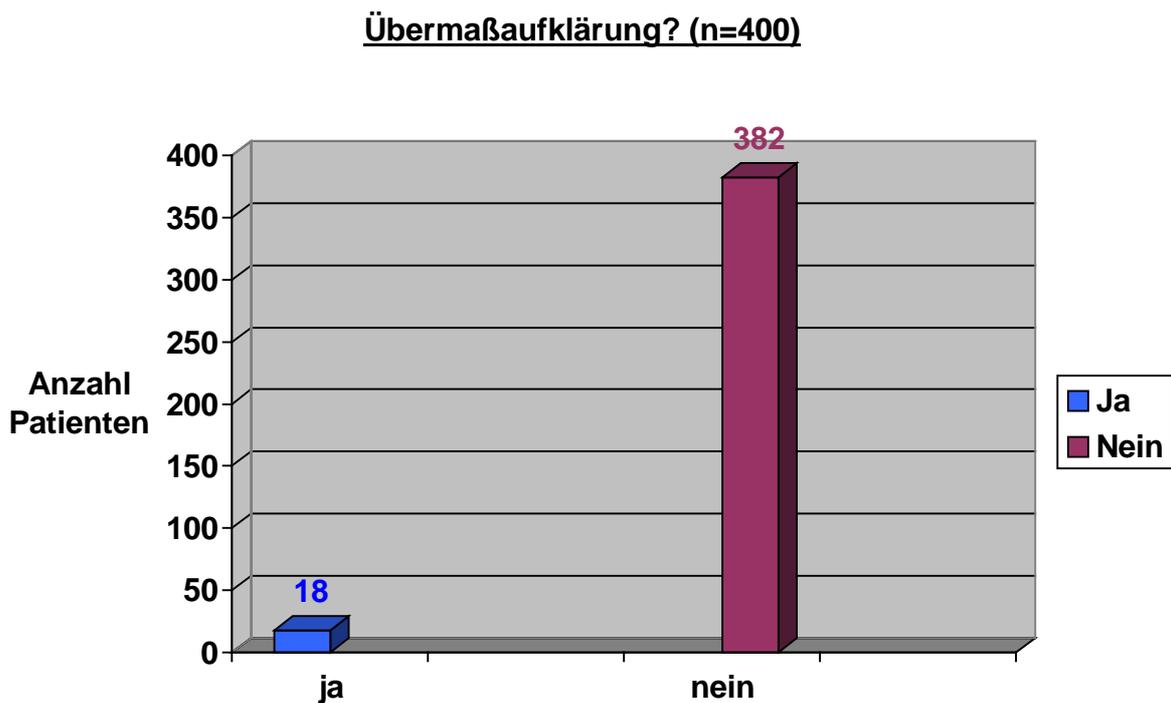


Abbildung 35 Übermaßaufklärung?

¹⁴⁴E. Deutsch: Medizinrecht

¹⁴⁵E. Deutsch: Medizinrecht

3.17.8 Hat die Aufklärung die Entscheidung zur Operation erleichtert?

Zur weiteren Bewertung der Aufklärung wurden die Patienten gefragt, ob die Aufklärung die Entscheidung, sich der Operation zu unterziehen, erleichtert habe. Von den insgesamt 400 befragten Patienten gaben 80 (20%) Patienten an, dass die Aufklärung die Entscheidung zur Operation nicht erleichtert habe. Bei 319 (79,7%) Patienten führte die Aufklärung jedoch zu einer Entscheidungserleichterung. Und bei 1 (0,3%) Patient konnte die Aufklärung weder eine Erleichterung noch das Gegenteil bewirken.

Bezogen auf den Bildungsstand der Patienten konnten in der Gruppe, in der die Aufklärung keine Erleichterung brachte, 15 Patienten eine Hochschulreife oder –abschluss (34,1% dieser Bildungsgruppe) und 65 Patienten einen anderen Bildungsstand vorweisen (18,3% dieser Bildungsgruppe). Die Patienten, bei denen die Aufklärung eine Erleichterung brachte (319 Patienten), teilten sich auf in 29 Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (65,9% dieser Bildungsgruppe) und 290 Patienten mit einem anderen Bildungsstand (81,4% dieser Bildungsgruppe). Ein Patient gab an, dass die Aufklärung weder eine Erleichterung noch das Gegenteil bewirke. Dieser Patient fiel in die Bildungsgruppe anderer Bildungsstand (0,3% dieser Bildungsgruppe).

Aufklärung=Erleichterung (n=400)

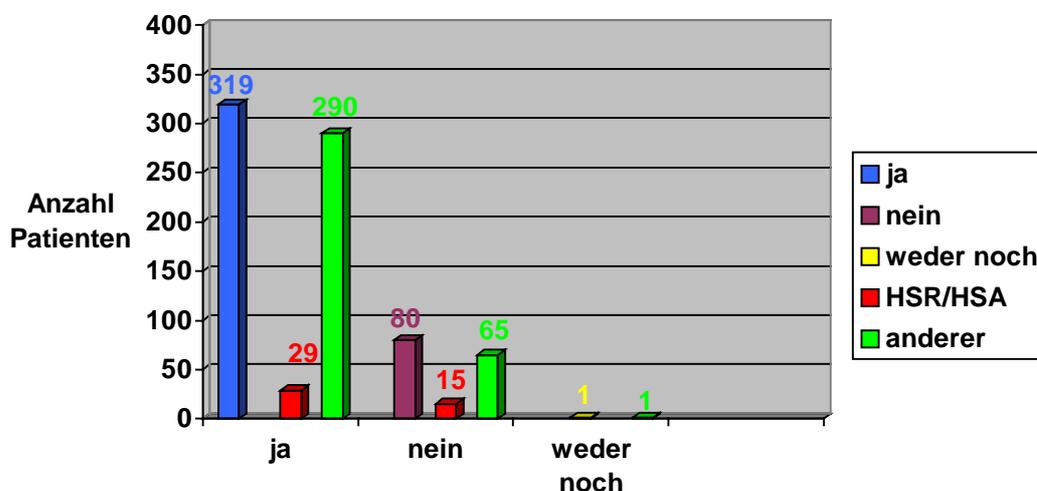


Abbildung 36 Erbrachte die Aufklärung eine Erleichterung?

3.17.9 Hätte der Patient auch ohne Aufklärung den Eingriff durchführen lassen?

Bei der ganzen Diskussion um die Aufklärung und Aufklärungsmängel sollte auch die Bereitschaft des Patienten berücksichtigt werden, ob er sich gegebenenfalls auch ohne Aufklärung einem Wahleingriff unterziehen würde.

Von den 400 befragten Patienten hätten sich 285 (71,3%) Patienten **ohne** eine vorherige Aufklärung einem Eingriff unterzogen, wohingegen 115 (28,7%) Patienten eine vorherige Aufklärung als Bedingung für einen Eingriff voraussetzten. Bezieht man diese Aussagen auf den Bildungsstand der Patienten, zeigt sich, dass sich die 285 Patienten, welche sich ohne Aufklärung hätten operieren lassen, sich unterteilen in 24 Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (54,5% dieser Bildungsgruppe) und 261 Patienten mit einem anderen Bildungsstand (73,3% dieser Bildungsgruppe). Bei den 115 Patienten, welche auf eine vorherige Aufklärung bestanden hätten konnten 20 Patienten eine Hochschulreife oder einen –abschluss (45,5% dieser Bildungsgruppe) und 95 Patienten einen anderen Bildungsstand vorweisen (26,7% dieser Bildungsgruppe).

Betrachtet man jetzt einige Operationen, wie zum Beispiel Hüft- oder Knie-Totalendoprothesenimplantationen, Kniegelenksarthroskopien, Vorfußoperationen und Traumata unter diesem Gesichtspunkt ergibt sich das folgende Bild:

Bei insgesamt 84 (21% aller Patienten) der 400 befragten Patienten wurde die Implantation einer Hüftendototalprothese durchgeführt. Trotz diesem für den Patienten belastenden und operationstechnisch sehr aufwendigen Eingriffs hätten 66 (78,6%) Patienten auf eine vorherige Aufklärung verzichtet.

Von den 69 (17,3% aller Patienten) bei denen eine Knieendototalprothese implantiert wurde, hätten 53 (76,8%) den Eingriff ebenfalls ohne eine Aufklärung durchführen lassen.

Bei 67 (16,8%) Patienten wurde eine Arthroskopie des Kniegelenkes durchgeführt. Von dieser Patientengruppe wären 50 (74,6%) Patienten dazu bereit gewesen, sich dieser Operation ohne einer vorherigen Aufklärung zu unterziehen.

Vorfußoperationen unterschiedlicher Art wurden bei insgesamt 70 (17,5%) aller befragten Patienten durchgeführt. Trotz dieser teilweise sehr komplexen und technisch sehr anspruchsvollen Operationen hätten sich 49 (62,9%) Patienten ohne eine Aufklärung diesem Eingriff unterzogen.

Zu den oben genannten Wahleingriffen, welche als typisch orthopädisch angesehen werden dürften, werden im Evangelischen Fachkrankenhaus Ratingen auch viele traumatologische Operationen durchgeführt, was letztendlich auf die im Hause befindliche Notfallambulanz zurückzuführen ist. Wie bereits im Vorfeld erwähnt, nehmen Notfalleingriffe im Bezug auf die Aufklärung eine gesonderte Stellung, was die Anforderungen betrifft, ein. Leider konnten in unserem Untersuchungszeitraum nur 19 (4,8%) Patienten befragt werden, bei denen ein Unfallereignis vorlag. Von diesen 19 Patienten, welche sich nicht einem Wahleingriff unterzogen, hätten sich 14 (73,7%) ohne eine vorherige Aufklärung operieren lassen.

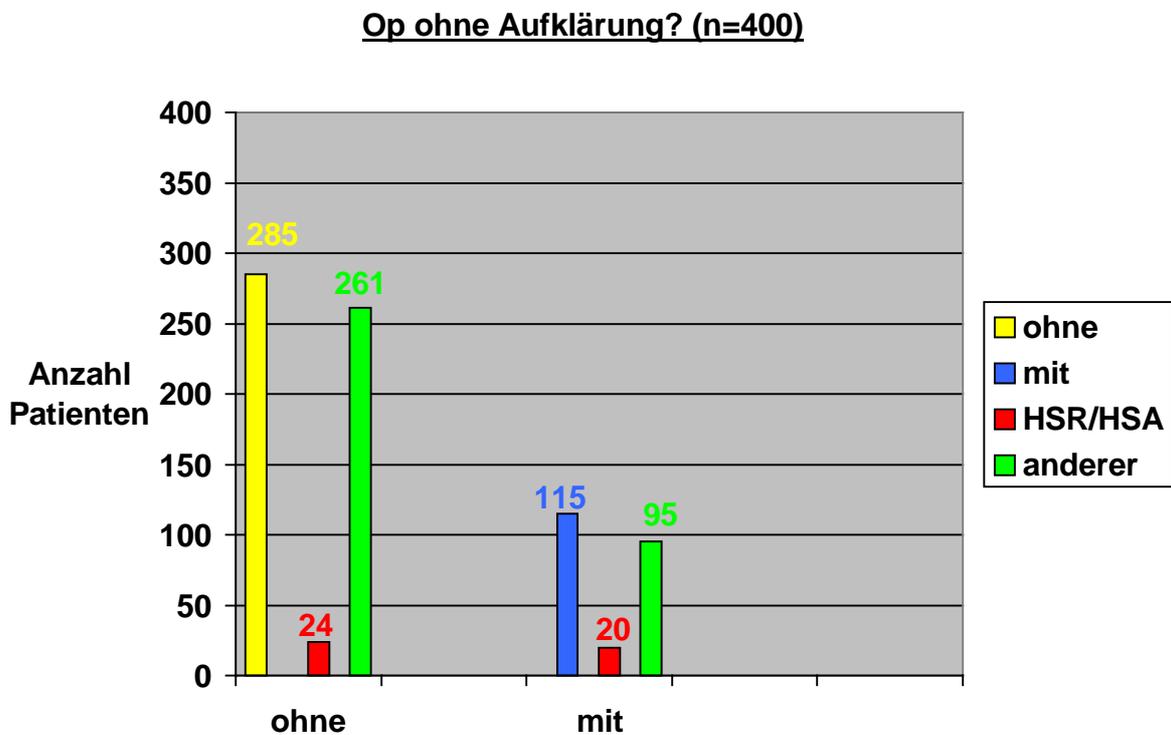


Abbildung 37 **Operation ohne vorherige Aufklärung und Bezug zum Bildungsstand**

Operation nur mit oder auch ohne Aufklärung (n=309)

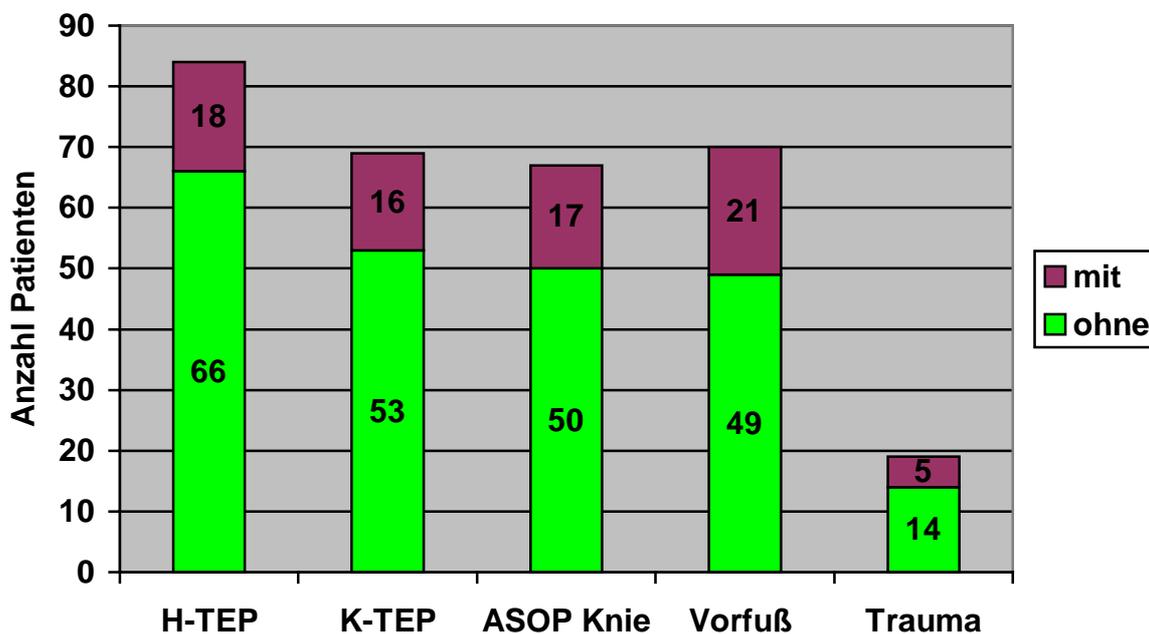


Abbildung 38 Operation ohne oder nur nach vorheriger Aufklärung unter besonderer Betrachtung einiger typischer Operationen

3.17.10 Wie gut wurde die Aufklärung vom Patienten verstanden?

Die Aufklärung musste dahingehend bewertet werden, dass die Patienten anzugeben hatten, wie gut sie die Aufklärung verstanden haben. Den Patienten wurden Vorgaben von sehr gut über gut, mäßig bis schlecht gemacht, welche sie ihrem Eindruck oder Empfinden entsprechend beantworten sollten.

Sehr gut fühlten sich 114 Patienten (28,5% aller Patienten) aufgeklärt. Gut 249 (62,3%) und mäßig 37 (9,2%) Patienten. Keiner der 400 befragten Patienten gab an, die Aufklärung schlecht verstanden zu haben.

Bezieht man die Antworten auf den Bildungsstand, so teilen sich die 114 Patienten, welche die Aufklärung sehr gut verstanden haben auf in 17 Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (38,6% dieser Bildungsgruppe) und in 97 Patienten mit einem anderen Bildungsstand (27,2% dieser Bildungsgruppe). Von den 249

Patienten, die angaben die Aufklärung gut verstanden zu haben, konnten 24 eine Hochschulreife oder einen –abschluss nachweisen (54,5% dieser Bildungsgruppe) und 225 einen anderen Bildungsstand (63,2% dieser Bildungsgruppe). Mäßig wurde die Aufklärung von insgesamt 37 Patienten verstanden. Diese unterteilten sich in 3 Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (6,8% dieser Bildungsgruppe) und 34 Patienten mit einem anderen Bildungsstand (9,6% dieser Bildungsgruppe).

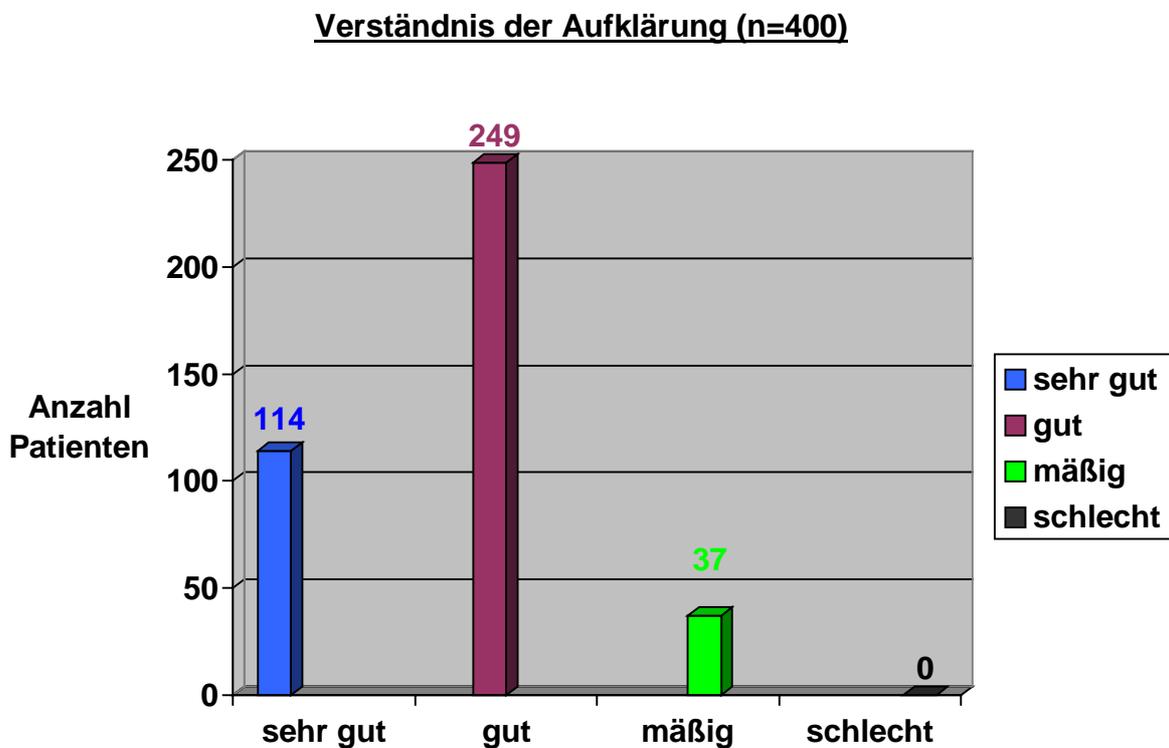


Abbildung 39 **Wie gut wurde die Aufklärung vom Patienten verstanden**

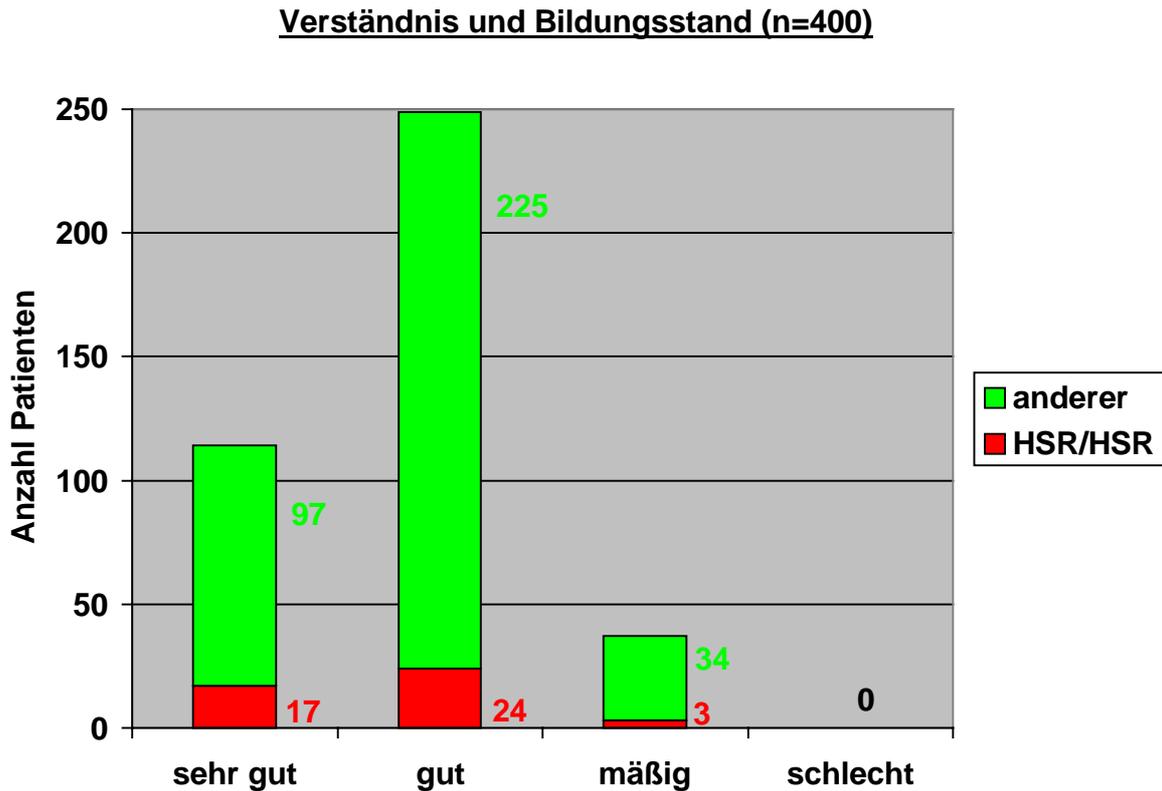


Abbildung 40 **Verständnis der Aufklärung im Bezug auf den Bildungsstand des Patienten**

3.17.11 Die Bedeutung der Aufklärung für den Patienten

Zum Abschluss der Befragung sollten die Patienten die Aufklärung bewerten. Hierfür standen den Patienten folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

1. Die Aufklärung hat eine hohe Bedeutung für mich
2. Die Aufklärung hat eine mittlere Bedeutung für mich
3. Die Aufklärung hat eine geringe Bedeutung für mich
4. Die Aufklärung hat keine Bedeutung für mich

Von den 400 befragten Patienten gaben 296 (74% aller Patienten) an, dass die Aufklärung eine hohe Bedeutung für sie hätte. 79 (19,8%) Patienten schreiben der Aufklärung eher eine mittlere, 22 (5,5%) Patienten eine geringe und 3 (0,8%) Patienten keine Bedeutung zu.

Bezieht man die Antworten der Patienten auf ihren Bildungsstand, konnten von den 296 Patienten, welche der Aufklärung eine hohe Bedeutung beigemessen hatten, 32 Patienten eine Hochschulreife oder einen –abschluss (72,7% dieser Bildungsgruppe) und 264 einen anderen Bildungsstand vorweisen (74,2% dieser Bildungsgruppe). Die 79 Patienten, die der Aufklärung eine mittlere Bedeutung beigemessen hatten, unterteilten sich in 6 Patienten mit Hochschulreife oder –abschluss (13,6% dieser Bildungsgruppe) und 73 Patienten mit einem anderen Bildungsstand (20,5% dieser Bildungsgruppe). Von den 22 Patienten für die die Aufklärung eine geringe Bedeutung hatte, konnten 4 Patienten eine Hochschulreife oder einen –abschluss (1% dieser Bildungsgruppe) und 18 Patienten einen anderen Bildungsstand (5,1% dieser Bildungsgruppe) vorweisen. Die 3 Patienten, die der Aufklärung keinerlei Bedeutung beimaßen, konnten in 2 Fällen eine Hochschulreife oder einen –abschluss (4,5% dieser Bildungsgruppe) und in einem Fall einen anderen Bildungsstand (0,3% dieser Bildungsgruppe) vorweisen.

Bedeutung der Aufklärung (n=400)

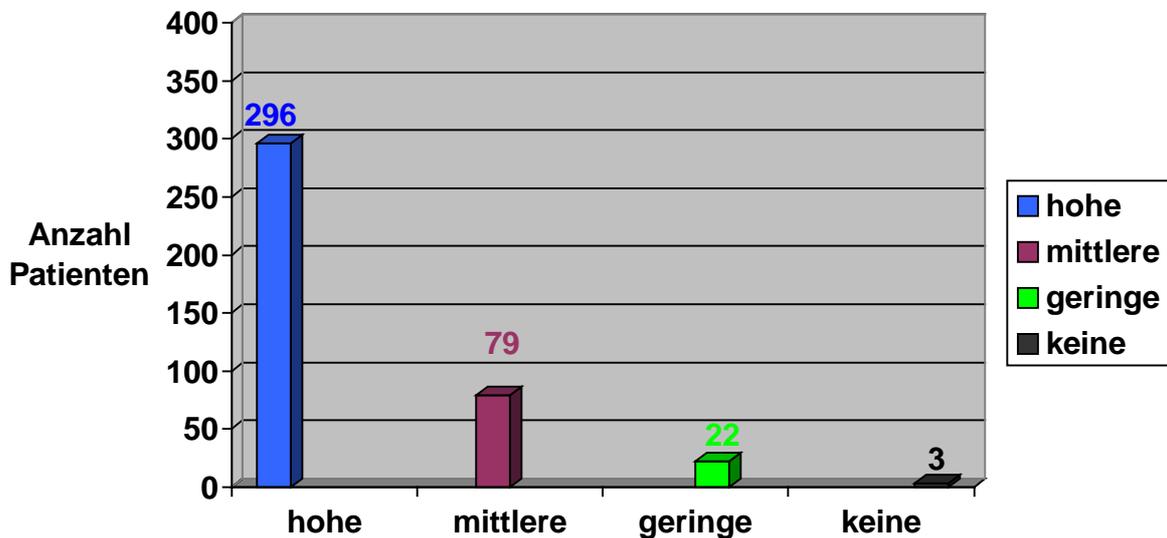


Abbildung 41 Welche Bedeutung hat die Aufklärung für den Patienten

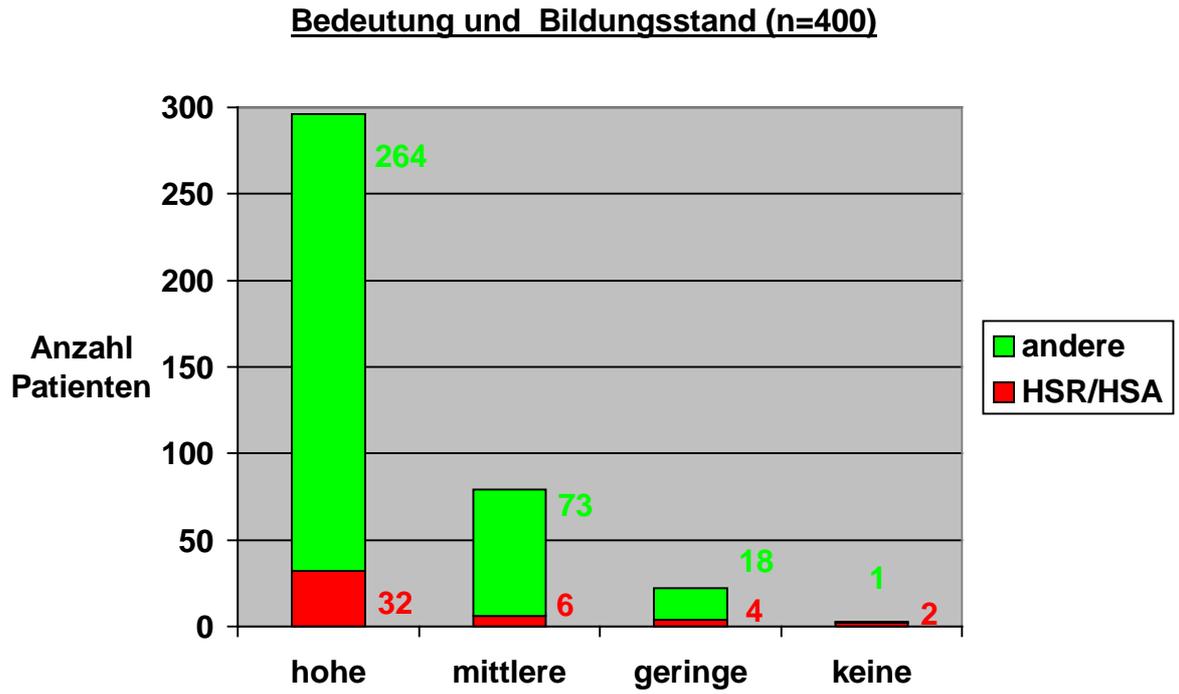


Abbildung 42 Bedeutung der Aufklärung für den Patienten mit Bezug zum Bildungsstand

4. Diskussion der Ergebnisse

Es gibt nur sehr wenige Studien, beziehungsweise Literatur zur Überprüfung der Effizienz der präoperativen Aufklärung in Form von Patientenbefragungen. Rein juristische Literatur zum Thema der Aufklärungsproblematik erscheint fast wöchentlich in den entsprechenden Fachzeitschriften und teilweise auch in medizinischen Zeitschriften. Dementsprechend ist es schwierig, die Ergebnisse dieser Studie mit anderen Arbeiten zu vergleichen. Trotzdem kann diese Arbeit und ihre Ergebnisse auf Grund ihrer Durchführung und der Anzahl (n=400) der befragten Patienten als repräsentativ angesehen werden. Die erhobenen Daten und deren Auswertung sollen dazu dienen die Aufklärungsproblematik zu „entschärfen“.

Im Falle eines Rechtsstreits oder eines Schlichtungsverfahrens vor der Gutachterkommission einer Ärztekammer, in dem es um den Vorwurf mangelnder oder fehlerhafter Aufklärung geht, sind die zuständigen Richter, beziehungsweise Gutachter, auf die Angaben der Patienten angewiesen, die einen entsprechenden Vorwurf erheben. In diesem speziellen Falle kommt es, wie eingangs schon erwähnt wurde, zu einer Beweislastumkehr, die dazu führt, dass nun der behandelnde, beziehungsweise aufklärende Arzt sich in der Beweislast befindet. Ist der Arzt nicht in der Lage, durch entsprechende Unterlagen oder Aufzeichnungen zu beweisen, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung stattgefunden hat, so gelten die Aussagen des Patienten als Beweis für die mangelnde oder fehlerhafte Aufklärung. Es soll dem Patienten hier nicht vorgeworfen werden, dass er die Beweislastumkehr für seine Zwecke benutzt, sondern es soll gezeigt werden, dass es durchaus zu ungewollten Falschaussagen bezüglich der für den Patienten mit einer erheblichen Informationsflut behafteten Selbstbestimmungsaufklärung kommen kann, zu mal es meist erst nach Monaten oder gar erst nach Jahren zu einem Verfahren oder einer Anhörung kommt.

Zusätzlich zu den zuvor ausgewerteten Ergebnissen fanden sich in dem Fragebogen noch weitere Fragen, die für die Aufklärungsproblematik von Interesse sind, statistisch jedoch keine Signifikanzen aufweisen. Diese Ergebnisse sollen trotzdem in die Diskussion miteinbezogen werden.

4.1 Diskussion der Patientenangaben zum Operationsdatum und zur durchgeführten Operation

Die Patientenbefragung wurde 2 Tage postoperativ durchgeführt, so dass alle befragten Patienten denselben Abstand sowohl zur Operation als auch zur Aufklärung hatten.

Bereits 2 Tage nach der Operation war es 18 Patienten (4,5% aller Patienten) nicht mehr möglich das genaue Operationsdatum zu nennen.

Hier ergab sich kein signifikanter Unterschied bezogen auf den Bildungsstand der Patienten und ihrer Antwort ($s=0,127$).

Befragt nach der durchgeführten Operation waren nur 171 (42,8%) Patienten in der Lage, die bei ihnen durchgeführte Operation genau zu benennen.

Hier fand sich eine signifikante Abhängigkeit zwischen Bildungsstand und Antwortmuster ($s=0,012$). Patienten mit Hochschulreife/Hochschulabschluss konnten in 65,9% den durchgeführten Eingriff genau benennen, während es bei den Patienten mit einer anderen Schulausbildung nur 39,9% waren. Dieses Ergebnis stimmt mit denen von CASSILETH¹⁴⁶, TRAUB¹⁴⁷, WAGNER¹⁴⁸ und MEYER¹⁴⁹ überein, die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Bildungs- und Ausbildungstand und der Effizienz der Aufklärung sehen. Keinen Zusammenhang sehen KRAFT¹⁵⁰, KRAUS¹⁵¹ und GÖLTNER. Zwischen der prästationären Aufklärung und der Richtigkeit der Antwort bezüglich der durchgeführten Operation konnten wir keinen Zusammenhang feststellen.

¹⁴⁶Cassileth et al.: Informed consent Why are ist goals imperfectly relized

¹⁴⁷Traub et al.: Informed consent for research. Effects or readability, patient age and education

¹⁴⁸T.H. Wagner: Effizienz der präoperativen Aufklärung nach dem Konzept der Stufenaufklärung

¹⁴⁹Meyer et al.: Zur präoperativen Aufklärung gynäkologisch erkrankter Patientinnen

¹⁵⁰P. Kraft: Zur Wertigkeit der ärztlichen Aufklärung

¹⁵¹Kraus et al.: Der aufgeklärte Patient

4.2 Diskussion der Patientenangaben zum Zeitpunkt der stationären Aufklärung

Befragt nach dem Aufklärungszeitpunkt während des stationären Aufenthaltes konnten nur 234 (58,5%) der 400 befragten Patienten den genauen Aufklärungszeitpunkt benennen.

Hier fand sich ebenfalls eine signifikante Abhängigkeit zwischen Antwortmuster und dem Bildungsstand des Patienten ($s=0,001$). Von den 234 Patienten konnten sich 81,8% (36 Patienten) aller Patienten mit Hochschulreife/Hochschulabschluss, und nur 55,6% (198 Patienten) aller Patienten mit einem anderen Bildungsstand an den genauen Aufklärungszeitpunkt erinnern. Auch bei dieser Fragestellung zeigt sich der von uns und den anderen Autoren gesehene Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Erinnerungsvermögen.

4.3 Diskussion der Patientenangaben zur Person des aufklärenden Arztes und der des Operateurs

Bei der Frage bezüglich des aufklärenden Arztes konnte ebenfalls von uns ein signifikanter Unterschied ($s= 0,014$) zwischen Bildungsstand und Antwortmuster gesehen werden. Hier wurden die Ergebnisse der oben genannten Autoren bestätigt.

Von den 400 befragten Patienten konnten sich nur 217 (54,3%) Patienten aktiv an den Namen des aufklärenden Arztes erinnern. Diese 217 Patienten unterteilten sich in 33 Patienten mit Hochschulreife/Hochschulabschluss (75% dieser Bildungsgruppe) und 184 Patienten mit einem anderen Bildungsstand (51,7% dieser Bildungsgruppe).

Bei der Frage, ob es sich bei dem aufklärenden Arzt auch um den Operateur gehandelt habe, konnten wir keinen Zusammenhang ($s=0,785$) zwischen Bildungsstand und Antwortmuster feststellen.

4.4 Diskussion der Ergebnisse des aktiven Erinnerungsvermögens der Patienten bezüglich allgemeiner und spezieller Operationsrisiken

Auf die Operationsrisiken legt der Patient neben der Verlaufsaufklärung eigener Erfahrung nach den größten Wert. Von all den anderen Aspekten, wie zum Beispiel der konkreten Kliniksituation, ist er nicht so direkt betroffen wie von einem Operationsrisiko oder dem postoperativen Verlauf.

WAGNER überprüfte in seiner Arbeit den Wissensstand vor und nach erfolgter Stufenaufklärung in Bezug auf den Bildungsstand. Hier konnten bei der Aufnahme 78% der von WAGNER eingestuften Arbeiterinnen kein Eingriffsrisiko nennen, während es bei den Akademikerinnen/Selbstständigen/Freiberuflerinnen nur 25% waren. Diese signifikante Abhängigkeit konnte nach der Stufenaufklärung nicht mehr nachgewiesen werden.

Die Überprüfung der aktiv zu reproduzierenden allgemeinen und speziellen Operationsrisiken (2 Tage postoperativ) bei dem vorliegenden Patientengut ergab, dass sich bereits 204 (51%) der befragten 400 Patienten nicht mehr an ein einziges allgemeines, und 265 (66,3%) nicht mehr an ein einziges spezielles Operationsrisiko erinnern konnten. Bei den aktiv zu reproduzierenden allgemeinen Risiken lag die Spannweite bei 0 bis 9 (Mittelwert 1,1), und bei den aktiv zu reproduzierenden speziellen Risiken (Mittelwert 0,61) bei 0 bis 5.

Hier konnte kein Zusammenhang zwischen Antwortmuster und Bildungsstand gesehen werden, so dass die Ergebnisse von KRAFT, KRAUS und GÖLTNER bestätigt werden, dass es keinen Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Antwortmuster gibt. WAGNER begründet seine Ergebnisse nach erfolgter Stufenaufklärung damit, dass dadurch der vorher bestandene „Wissensrückstand“ aufgeholt wird.

4.5 Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Alternativ-, Verlaufs-, Sicherungs- und Übermaßaufklärung

Die unterlassene oder mangelnde Sicherungs- beziehungsweise therapeutische Aufklärung gehört zu den häufigsten vorgeworfenen und nachgewiesenen Behandlungsfehlern¹⁵².

Von den 400 befragten Patienten gaben 62 (15,5%) an, nicht über die entsprechende Nach- und Weiterbehandlung aufgeklärt worden zu sein.

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Antwort und dem Bildungsstand festgestellt werden ($s=0,422$).

Bezüglich der Alternativaufklärung gaben 99 Patienten (24,7%) an, nicht über eine Alternative, oder dass es keine Alternative zum bevorstehenden Eingriff gibt aufgeklärt worden zu sein.

Auch hier konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Bildungsstand und Antwortmuster ($s=0,128$) festgestellt werden.

Über den postoperativen Verlauf seien 28 (7%) Patienten nicht aufgeklärt worden.

Hier konnte ein signifikanter Unterschied ($s=0,014$) zwischen Antwort und Bildungsstand festgestellt werden. Jedoch gaben hier prozentual mehr Patienten mit Hochschulreife/Hochschulabschluss (15,9%) an, nicht dementsprechend aufgeklärt worden zu sein, als Patienten mit einem anderen Bildungsstand (5,9%).

Die Aufklärung als zu schonungslos, im Sinne einer Übermaßaufklärung, empfanden 18 (4,5%) Patienten.

¹⁵²C. Maier: Arzthaftung 2000

4.6 Diskussion der Ergebnisse bezüglich der subjektiven empfundenen und objektiven Aufklärungsdauer

Ein häufiger Kritikpunkt der Patienten am Krankenhausbetrieb ist, dass der behandelnde Arzt zu wenig Zeit für die Patienten hat oder für den Patienten aufwendet.

In einer Arbeit von MANN¹⁵³ beurteilten 80% der befragten Patienten die Dauer des Aufklärungsgesprächs als lang genug, aber 52% empfanden trotzdem Zeitdruck. Die Aufklärungsdauer wurde von 235 (58,8%) der 400 von uns befragten Patienten richtig und von 165 (41,2%) Patienten als falsch bewertet.

In unserem Patientengut gaben 98% (392 Patienten) an, dass sich der aufklärende Arzt genug Zeit für die Aufklärung genommen habe. Ferner wurde jedem Patienten die Möglichkeit gegeben noch Fragen vor der Operationseinwilligung zu stellen.

4.7 Diskussion der Ergebnisse bezüglich des Informationsbedürfnisses des Patienten

Von den 400 befragten Patienten gaben 226 (56,5%) an, nach erfolgter Aufklärung noch Fragen an den aufklärenden Arzt gehabt zu haben. Einen Zusammenhang ($s=0,182$) zwischen Bildungsstand und Antwortmuster konnte hier nicht festgestellt werden.

WAGNER¹⁵⁴ berichtet hingegen in seiner Dissertation über die Effizienz der präoperativen Patientenaufklärung nach dem Konzept der Stufenaufklärung lediglich über einen Patientenanteil von 10%, der nach erfolgter Aufklärung noch Fragen hatten. EHLERS¹⁵⁵ berichtet sogar nur von 4% und PIERCHALLA¹⁵⁶ von 13,2%. Zusätzlich findet WAGNER in seinem Patientengut eine Korrelation zwischen

¹⁵³F. Mann: Aufklärung in der Medizin

¹⁵⁴T.H. Wagner: Effizienz der Patientenaufklärung nach dem Konzept der Stufenaufklärung

¹⁵⁵A. Ehlers: Das ärztliche Aufklärungsgespräch zwischen Utopie und Wirklichkeit

¹⁵⁶J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten

Bildungsstand und dem Wunsch nach weiterer Aufklärung. Er begründet diese Tatsache mit der Untersuchung von ENGELHARDT¹⁵⁷ die zeigt, dass Patienten mit einem niedrigeren Bildungsstand, beziehungsweise aus einer schwächeren sozialen Schicht, sich scheuten, Fragen an den Arzt zu stellen.

4.8 Diskussion ob der Patient das Gefühl hatte sich in einer Außergewöhnlichen Situation zu befinden

Um die Ergebnisse der Arbeit interpretieren zu können, ist die Einbeziehung der Psyche des Patienten von großer Bedeutung. WEISSAUER¹⁵⁸ ist der Ansicht, dass sich der Patient in einer „psychischen Ausnahmesituation“ befindet, und sein Auffassungsvermögen dementsprechend eingeschränkt ist.

In der vorliegenden Studie empfanden 91 (22,8%) Patienten die Situation während der Aufklärung als außergewöhnlich. Von diesen 91 Patienten waren 60 (65,9%) Frauen und 31 (34,1%) Männer. Diese Zahlen entsprechen etwa denen von PIERCHALLA¹⁵⁹, in dessen Arbeit Frauen doppelt so häufig Angst vor der Operation haben. Bezogen auf den Bildungsstand zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

4.9 Diskussion, ob der Patient den Ernst der Lage richtig einschätzt

Ist der Patient bereits vor oder erst durch die Aufklärung auf den Eingriff vorbereitet, sich also dem Ernst der Lage bewusst? Bereits vor der Aufklärung waren sich 336 (84%) und erst nach der Aufklärung 64 (16%) Patienten dem Ernst der Lage bewusst.

Es konnte kein Zusammenhang ($s=0,65$) zwischen Bildungsstand und Antwort festgestellt werden.

¹⁵⁷K. Engelhard: Über das Arzt-Patienten-Verhältnis

¹⁵⁸W. Weißbauer: Ist eine Stufenaufklärung sinnvoll?

¹⁵⁹J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten

4.10 Diskussion, ob der Patient den Aufklärungszeitpunkt als richtig erachtete

Der Aufklärungszeitpunkt wird mehr oder minder durch Juristen bestimmt. Ob aber der Zeitpunkt der Aufklärung richtig gewählt ist, kann letztendlich nur der Patient beurteilen.

Der Mittelwert der Aufklärung liegt bei dieser Studie 1,78 Tage vor dem Eingriff, was 393 (98,2%) der Patienten als ausreichend beziehungsweise richtig erachten.

Bei den 7 (1,8%) Patienten die den Aufklärungszeitpunkt als falsch erachteten, konnte kein Zusammenhang ($s=0,779$) zwischen Bildungsstand und Antwort gesehen werden.

4.11 Diskussion, ob die Aufklärung Angst beim Patienten vor der Operation oder vor möglichen Komplikationen ausgelöst hat

Die Konfrontation der Patienten mit möglichen Risiken, die eine Operation mit sich bringt kann bei einigen Patienten Angst oder sogar Panik vor dem bevorstehenden Eingriff auslösen.

PIERCHALLA¹⁶⁰ beschreibt in seiner Arbeit einen Patientenanteil von 40,7%, welcher Angst vor der Operation hatten, und einen Patientenanteil von 12,8%, welcher durch das Aufklärungsgespräch pessimistisch gestimmt wurde. DEMLING und FLÜGEL¹⁶¹ berichten über einen Patientenanteil von 88%, die nach dem Aufklärungsgespräch weniger Furcht vor dem Eingriff hatten als vor dem Gespräch. LEYDHECKER berichtet gar über einen Patientenanteil von 90%, die nach dem Gespräch die Angst vor dem Eingriff verloren haben.

In dem hier untersuchten Patientengut ergab sich ein Anteil von 11% (44 Patienten), bei denen sich durch oder nach der Aufklärung Furcht vor der Operation eingestellt hat. Unter diesen 44 Patienten fanden sich 12 (27,3%) Männer (10,3% aller Männer)

¹⁶⁰J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten

¹⁶¹Demling et al.: Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes

und 32 (72,7%) Frauen (11,3% aller Frauen). Es konnte im Gegensatz zu PIERCHALLA¹⁶² kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht ($s=0,760$) und Antwortmuster bzw. zwischen Bildungsstand ($s=0,935$) und Antwortmuster festgestellt werden. PIERCHALLA berichtet, dass Frauen doppelt so häufig Angst vor der Operation hatten.

4.12 Diskussion, ob die Aufklärung eine Erleichterung für den Patienten erbrachte

Das Aufklärungsgespräch sollte nicht nur das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wahren, es soll auch aus ärztlicher Sicht die Furcht des Patienten vor dem Eingriff nehmen, und ein Vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient aufbauen.

PIERCHALLA¹⁶³ konnte in seiner Arbeit zeigen, dass das Aufklärungsgespräch 42,8% seiner Patienten optimistisch stimmt. Er untermauert sein Ergebnis mit zwei weiteren Arbeiten, bei denen das Aufklärungsgespräch ebenfalls in einem etwa gleich hohen Prozentsatz eine Erleichterung brachte. So zitiert er die Arbeiten von DEMLING und FLÜGEL¹⁶⁴ bei denen 88% der von ihnen befragten Patienten eine Erleichterung durch das Aufklärungsgespräch verspürten, und die Arbeit von LEYDHECKER et al.¹⁶⁵ mit einem entsprechenden Patientenanteil von 90%.

Zusätzlich findet PIERCHALLA¹⁶⁶ eine Abhängigkeit zwischen Bildungsstand und Antwortmuster. Bei der Patientengruppe mit geringerem Bildungsstand konnte die Aufklärung, im Gegensatz zur Patientengruppe mit höherem Bildungsstand, in einem signifikanten Anteil die Patienten nicht optimistisch stimmen.

In der vorliegenden Arbeit konnte die Aufklärung bei 79,7% (319 Patienten) eine Erleichterung bringen, bei 20% (80 Patienten) keine Erleichterung und bei 0,3 % (1 Patient) weder noch. Es konnte wie PIERCHALLA¹⁶⁷ bereits zeigte, ein signifikanter Zusammenhang ($s=0,045$) zwischen Antwort und Bildungsstand gesehen werden.

¹⁶²J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten

¹⁶³J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten

¹⁶⁴Demling et al.: Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes

¹⁶⁵Leydhecker et al.: Patient information before cataract surgery

¹⁶⁶J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten

¹⁶⁷J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten

Von den 79,7% der Patienten, welche die Aufklärung als Erleichterung empfanden, fanden sich 65,9% aller Patienten mit Hochschulreife/Hochschulabschluss und 81,4% aller Patienten mit einem anderen Bildungsstand.

4.13 Operation ohne vorherige Aufklärung?

Bei der Überprüfung sich einem Wahleingriff ohne vorherige Aufklärung zu unterziehen, zeigten sich 285 (71,3%) der 400 befragten dazu bereit. Bezogen auf den Bildungsstand zeigt sich kein signifikanter Unterschied ($s=0,009$) in dem Antwortmuster.

WAGNER¹⁶⁸ zitiert in seiner Dissertation Arbeiten von KRUTZ¹⁶⁹ der von einem Patientenanteil von ca. 25% berichtet, KELLER und HIRSCH¹⁷⁰ die von weniger als 1%, und LOOCK et al.¹⁷¹, welche von 14% aller Patienten berichten, die sich ohne vorherige Aufklärung einer Operation unterziehen würden. Eine Differenzierung bezüglich des Geschlechts oder des Bildungsstandes wurde hier nicht vorgenommen.

¹⁶⁸T.H. Wagner: Effizienz der präoperativen Patientenaufklärung nach dem Konzept der Stufenaufklärung

¹⁶⁹Krutz et al.: Die ärztliche Aufklärungspflicht vor chirurgischen Eingriffen

¹⁷⁰Keller et al.: Erfahrungen mit der sogenannten Stufenaufklärung

¹⁷¹Loock et al.: Untersuchungen zur präoperativen Aufklärung gynäkologischer Patientinnen

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit der Fragestellung der Effizienz der Selbstbestimmungsaufklärung in der Orthopädie. Sie umfasst die Daten von 400 nicht ausgewählten Patienten, welche im Zeitraum von Januar bis Mai 2000 in der Orthopädischen Fachklinik in Ratingen operiert wurden.

Die Effizienz einer lege artis durchgeführten Selbstbestimmungsaufklärung ist mehr als fraglich betrachtet man die hier gewonnenen Daten.

Bereits zwei Tage nach der Operation waren 18 Patienten (4,5%) nicht mehr in der Lage das Operationsdatum genau zu benennen. Keiner dieser Patienten befand sich im Durchgang oder war zerebral eingeschränkt. Selbst zur durchgeführten Operation konnten 171 Patienten (42,8%) keine genauen Angaben mehr machen, und gar 1 Patient (0,3%) gab eine falsche Operation an.

Bezüglich der aktiven Reproduktion von allgemeinen und speziellen Operationsrisiken zeigt sich ein noch kläglicheres Bild. Von den 400 befragten Patienten waren zwei Tage nach der Operation bereits 204 Patienten (51%) nicht mehr in der Lage ein einziges allgemeines, und 265 Patienten (66,3%) nicht ein einziges spezielles Risiko aktiv wiederzugeben.

Nur bei den Angaben bezüglich der durchgeführten Operation zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Antworten der Patienten mit Hochschulreife/Hochschulabschluss und Patienten mit einem niedrigeren Bildungsstand. Bei den anderen beiden Fragen konnte kein Unterschied festgestellt werden. Die dieser Arbeit zu Grunde liegende Hypothese, dass sogar ein verständiger und intelligenter Patient nur in bedingten Maße in der Lage ist, die Flut von medizinischen Informationen, die er während einer Selbstbestimmungsaufklärung erhält, aufzunehmen und zu verarbeiten oder gar aktiv zu reproduzieren, muss nach den Erfahrungen des Autors leider als berechtigt angesehen werden.

Das Informationsbedürfnis der Patienten kann als mäßig bezeichnet werden. Von den 400 befragten Patienten gaben 226 (56,6%) an, noch Fragen nach erfolgter Aufklärung gehabt zu haben. Hier konnte ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Bildungsgruppen festgestellt werden.

WEISSAUER¹⁷² geht davon aus, dass sich der Patient in einer Ausnahmesituation befindet und deshalb sein Auffassungsvermögen eingeschränkt sei. Befragt man den Patienten, ob er sich in einer für ihn außergewöhnlichen Situation befindet, so zeigt sich, dass lediglich 91 Patienten (22,8%) angeben, sich in einer für sie außergewöhnlichen Situation zu befinden. Bezüglich des Bildungsstandes konnte sich, wie erwartet beim Geschlecht, kein signifikanter Unterschied zeigen. Die Unfähigkeit des Patienten, die ihm mitgeteilten Informationen zu behalten beziehungsweise wiederzugeben, kann also nicht mit der emotionalen Situation begründet werden.

Bei nur 80 Patienten (20%) konnte die Selbstbestimmungsaufklärung immerhin eine Erleichterung hinsichtlich der Entscheidung erbringen, sich der Operation zu unterziehen. Hier fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen Bildungsstand und Antwortmuster und zwar in dem Sinne, dass Patienten mit einem niedrigeren Bildungsstand durch die Selbstbestimmungsaufklärung Erleichterung erfahren konnten. Dies lässt sich möglicherweise damit erklären, dass sich Patienten mit einem höheren Bildungsstand, schon im Vorfeld mehr mit dem bevorstehenden Eingriff auseinandergesetzt haben, und dementsprechend darauf vorbereitet sind.

Die Bereitschaft, sich einem Eingriff ohne vorherige Selbstbestimmungsaufklärung zu unterziehen, ist in dem vorliegenden Patientengut sehr hoch (285 Patienten = 71,3%). Der Patient, der sich in eine orthopädische Klinik begibt, um sich dort, in den allermeisten Fällen einem Elektiveingriff zu unterziehen, tut dies freiwillig und hat damit schon für sich selbst das Selbstbestimmungsrecht genutzt. Dennoch hat die Selbstbestimmungsaufklärung für den größten Teil der Patienten eine hohe Bedeutung (296 Patienten = 74%) Eine geringe Bedeutung schreiben der Aufklärung nur 22 (5,5%), und keine Bedeutung gar nur 3 (0,8%) Patienten zu. Der Grund hierfür

¹⁷²W. Weißauer: Ist eine Stufenaufklärung sinnvoll?

liegt weniger im Aufklärungsgespräch selbst, als im Gespräch mit dem behandelnden Arzt.

6. Schlussfolgerung

An die ärztliche Aufklärung sowie an den aufklärenden Arzt werden sehr hohe Anforderungen gestellt. Besonderes Augenmerk wird auf die Risikoaufklärung gelegt, und hier im Besonderen auf die Komplikationsdichte und die eingriffsspezifischen Risiken. So wird einmal gefordert, dass der Patient nur „im großen und ganzen“⁶² dann aber wieder auch über extrem seltene aber eingriffsspezifische Risiken⁶⁶ aufgeklärt werden muss. Wie aber in der vorliegenden Arbeit gezeigt wurde, ist der mündige und einwilligungsfähige Patient nur sehr beschränkt in der Lage, eine Aufklärung, selbst über typische allgemeine Operationsrisiken, zu verarbeiten oder gar aktiv wiederzugeben.

Das der Patient zum Zeitpunkt der Einwilligung subjektiv und objektiv bestens aufgeklärt war, was unseres Erachtens die eigentliche Anforderung an die Selbstbestimmungsaufklärung darstellt, galt in der vorliegenden Arbeit nicht zu untersuchen. Es sollte nur herausgefunden werden, inwieweit der Patient im Falle eines späteren Verfahrens in der Lage ist, die ihm in dem damaligen Aufklärungsgespräch mitgeteilten Informationen wiederzugeben.

Das soll und darf nicht bedeuten, dass die Selbstbestimmungsaufklärung wegen einer möglichen Ineffizienz wegfallen soll. Jeder operativ tätige Arzt sieht es mittlerweile als selbstverständlich an, dass jeder Patient, der sich einem diagnostischen oder therapeutischen Eingriff unterzieht, entsprechend der Berufsordnung aufgeklärt wird. Die Selbstbestimmungsaufklärung darf nur nicht in ihren Möglichkeiten und ihrem Nutzen überbewertet werden. Genau das geschieht jedoch mit jedem Urteil, welches die Anforderungen an die Selbstbestimmungsaufklärung erhöht, aber den aufklärenden Arzt im Unklaren darüber lässt, ob das, über was er den Patienten heute aufklärt, morgen noch ausreicht, um nicht gegen geltendes Recht zu verstoßen.

⁶² Urteil Oberlandesgericht Oldenburg

⁶⁶ Urteil Oberlandesgericht Hamm

Dies führt in der Regel dazu, dass jeder Patient eine Totalaufklärung über sich ergehen lassen muss. Die psychischen Auswirkungen die eine derartige Aufklärung für den Patienten haben muss, werden billigend vom aufklärenden Arzt in Kauf genommen, nur um im Falle eines Rechtstreites, zumindest was die Selbstbestimmungsaufklärung angeht, auf der sicheren Seite zu stehen.

KÜSCHNER¹⁷³ vertritt, wie auch der Autor dieser Arbeit, die Meinung, dass das „Bemühen um die Erhaltung und Erweiterung der Selbstbestimmung“ begründet ist, es aber gefährlich erscheint, „darüber den Schutz von Leben und Gesundheit zu vernachlässigen“. Denn eine noch so perfekt durchgeführte Selbstbestimmungsaufklärung kann niemals eine mangelnde oder fehlende Behandlungsqualität ersetzen.

Als „Zentrum der Diskussion“ sieht WEISSAUER¹⁷⁴ die Frage, „ob nicht das Maß der von der Rechtsprechung geforderten Aufklärung die Grenzen dessen überschreitet, was das Selbstbestimmungsrecht des Patienten fordert“.¹⁷⁵ Die von der Rechtsprechung geforderten aufklärungsbedürftigen Fakten wirken in ihrer Gesamtheit dem gewünschten Ziel, nämlich einem aufgeklärten und einwilligungsfähigen Patienten, entgegen. Stattdessen läuft der aufklärende Arzt Gefahr den Patienten so zu verwirren oder zu ängstigen, dass dieser sein Selbstbestimmungsrecht nicht rechtmäßig geltend machen kann. WEISSAUER¹⁷⁶ weist richtigerweise daraufhin, dass bis dato kein Beweis dafür gefordert wird, ob der Patient die Aufklärung verstanden hat oder nicht. Betrachtet man diesen Aspekt einmal isoliert, so muss man der Aufklärung fast schon eine Alibifunktion unterstellen.

Als Lösungsvorschlag könnte, wie es auch jede Behandlungsmaßnahme darstellt, eine dem Patienten individuell angepasste Selbstbestimmungsaufklärung dienen. Aspekte, wie zum Beispiel die Verlaufs- oder Alternativaufklärung, sollten weiterhin standardisiert vorgenommen werden, da hier eine Individualisierung nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden kann. Das Aufklärungsgespräch sollte in seinem Ausmaß und Intensität vom Patienten maßgeblich bestimmt werden. Dies gilt

¹⁷³A. Küschner: Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl

¹⁷⁴W. Weißbauer: Die Entwicklung der Arzthaftung

¹⁷⁵W. Weißbauer, Die Entwicklung der Arzthaftung

¹⁷⁶W. Weißbauer: Die Entwicklung der Arzthaftung

insbesondere für die Risikoaufklärung. Ob es sich hierbei um eine rein mündliche oder in Verbindung mit einem Aufklärungsbogen, im Sinne einer Stufenaufklärung, handelt sollte ebenfalls von Patient zu Patient entschieden werden. Eine nachfolgende individuelle Dokumentation durch den aufklärenden Arzt hält der Autor jedoch nach wie vor für unabdingbar. Die Selbstbestimmungsaufklärung sollte und muss weiterhin als Teil der Behandlung des Patienten durch den Arzt gesehen werden. Die Überprüfung des Verständnisses gesamten durchgeführten Aufklärung durch den aufklärenden Arzt an dem aufzuklärenden Patienten, würde den Rahmen einer jeden Aufklärung sprengen. Schon heute umfasst der Dokumentationsaufwand im Krankenhaus pro Arzt und Arbeitstag¹⁷⁷ zum Beispiel für einen Chirurgen durchschnittlich 161,9 Minuten (41,5 Minuten administrative Dokumentation und 120,4 Minuten patientenbezogene Dokumentation) und für einen Internisten durchschnittlich 194,9 Minuten (39,1 bzw. 155,8 Minuten).

Wurde bis heute eine mangelnde oder fehlerhafte Selbstbestimmungsaufklärung für den Juristen erst im Falle eines individuellen medizinischen Misserfolges interessant, so kommt es zunehmend auch beim Behandlungserfolg zu einer juristischen Überprüfung der durchgeführten Aufklärung. Spätestens, wenn der Vorwurf der mangelnden Aufklärung zum bloßen Vehikel für die Durchsetzung materieller Ansprüche wird, ist die Sinnhaftigkeit der Maßnahme in Frage zu stellen.

¹⁷⁷ K. Blum et al. : Enormer Dokumentationsaufwand

7. Literaturverzeichnis

1. W. Weißauer: Grenzen der Aufklärungspflicht. Die Entwicklung der Arzthaftung. S. 17 Springer Verlag Schriftreihe Medizinrecht, Berlin 1995
2. E. Deutsch: Medizinrecht. S. 76 Springer Verlag, Heidelberg 1999
3. Reichsgesetz vom 1.03.1912 Zeichen 78, 432
4. C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung. S. 23 Duncker & Humblot Verlag Berlin 1998
5. Urteil des Bundesverfassungsgerichtes. Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 1979, S. 1925, 1929, C.H. Beck Verlag München
6. W. Weißauer: Grenzen der Aufklärungspflicht. Die Entwicklung der Arzthaftung. S. 17 Springer Verlag Schriftreihe Medizinrecht, 1995
7. Schönfelder: Deutsche Gesetze. Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes. S. 6 C.H. Beck Verlag München, 1999
8. Schönfelder: Deutsche Gesetze. Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes. S. 7 C.H. Beck Verlag München, 1999
9. Schönfelder: Paragraph 823 Bürgerliches Gesetzbuch. S. 155 C.H. Beck Verlag, München 1999
10. Schönfelder: Paragraph 223 Strafgesetzbuch. S. 106 C.H. Beck Verlag, München 1999
11. Schönfelder: Paragraph 228 Strafgesetzbuch. S. 107 C.H. Beck Verlag, München 1999
12. Schönfelder: Paragraph 229 Strafgesetzbuch. S. 107 C.H. Beck Verlag, München 1999
13. StGB Strafgesetzbuch
14. Schönfelder: Paragraph 230 Strafgesetzbuch. S. 107 C.H. Beck Verlag, München 1999
15. E. Deutsch: Medizinrecht. S. 5 Springer Verlag
16. B. Eisner: Die Aufklärungspflicht des Arztes. S. 18 H. Huber Verlag Berlin
17. Urteil Bundesgerichtshof. NStZ 1995. S. 34-35
18. J. Neu, D. Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler. Vorwort. Steinkopff Verlag, Darmstadt 2001
19. C. Maier: Arzthaftung 2000. S. 129 ff. Versicherungsmedizin 53 (2001) Heft 3 Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

20. Statistische Übersicht der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein von 1996 bis 1998
21. Statistische Übersicht der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein von 1976 bis 1998
22. C. Maier: *Arzthaftung 2000*. S. 130 *Versicherungsmedizin* 53 (2001) Heft 3 Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
23. Hempfing: *Aufklärungspflicht und Arzthaftung*. S. 17 Ecomed Verlag, Landsberg 1995
24. Fischer: *Juristische Rundschau (JR)* 1981 S. 501, De Gruyter Verlag Berlin
25. J. Neu, D. Petersen, W.-D. Schellmann: *Arzthaftung Arztfehler*. S. 9 Steinkopff Verlag, Darmstadt 2001
26. C. Glatz: *Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung*. S. 236 Duncker & Humblot Verlag Berlin,
27. A. Laufs: *Arztrecht*. S. 89 C.H. Beck Verlag, München
28. J. Neu, D. Petersen, W.-D. Schellmann: *Arzthaftung Arztfehler*. S. 456 Steinkopff Verlag, Darmstadt 2001
29. J. Neu, D. Petersen, W.-D. Schellmann: *Arzthaftung Arztfehler*. S. 457 Steinkopff Verlag, Darmstadt 2001
30. K. Ulsenheimer: *Arztstrafrecht in der Praxis*. S. 62 C.F. Müller Verlag,
31. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart. *Zeitschrift für Medizinrecht. (MedR)* 1985 S. 175
32. Urteil Bundesgerichtshof (BGH). *NJW* 1987 S. 2923
33. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf. *Versicherungsrecht*. 1995 S. 542
34. A. Laufs: *Arztrecht*. S. 106 C.H. Beck Verlag, München
35. C. Glatz: *Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung*. S. 240 Duncker & Humblot Verlag Berlin,
36. A. Laufs: *Arztrecht*. S. 106 C.H. Beck Verlag, München
37. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Köln. *NJW* 1987, S. 2936
38. Gehrlein: *Leitfaden zur Arzthaftpflicht*. S. 130 Vahlen Verlag 2000
39. Gehrlein: *Leitfaden zur Arzthaftpflicht*. S. 135 Vahlen Verlag 2000
40. Urteil Bundesgerichtshof (BGH). *NJW* 1972, S. 335
41. A. Laufs: *Arztrecht*. S. 107 C.H. Beck Verlag, München
42. Urteil Bundesgerichtshof (BGH). *NJW* 1984, S. 1395

43. Urteil Bundesgerichtshof (BGH). 1984 BGHZ (Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen) 90,96,99
44. Urteil Bundesgerichtshof (BGH). NJW 1992, S. 2354 ff.
45. E. Deutsch: Medizinrecht. S. 86 Springer Verlag,
46. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 66 C.F. Müller Verlag,
47. Urteil Bundesverfassungsgericht (BverfG) NJW 1979, S. 1925, 1929
48. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 67 C.F. Müller Verlag,
49. J. Neu, D. Petersen, W.-D. Schellmann: Arzthaftung Arztfehler. S. 459 Steinkopff Verlag, Darmstadt 2001
50. W. Weißauer: Grenzen der Aufklärungspflicht. Die Entwicklung der Arzthaftung. S. 19 Springer Verlag Schriftreihe Medizinrecht, 1995
51. W. Weißauer: Grenzen der Aufklärungspflicht. Die Entwicklung der Arzthaftung. S. 19 Springer Verlag Schriftreihe Medizinrecht, 1995
52. XI. Kölner Symposium der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. : Risiko Aufklärung. 13.11.99
53. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) Versicherungsrecht 1961, S. 725
54. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) NJW 1972, S. 335
55. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) MedR 1989, S. 188
56. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Bremen VersR 1991, S.425
57. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) MedR 1995, S. 25
58. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) NJW 1980, S. 1905
59. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) NJW 1992, S. 734
60. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) NJW 1994, S. 793
61. Nüssgens: Arzthaftungsrecht. S. 110 1989
62. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Oldenburg, NJW 1997, S. 1642
63. C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung. S. 249 Duncker & Humblot Verlag Berlin,
64. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) NJW 1996, S. 788
65. C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung. S. 250 Duncker & Humblot Verlag Berlin,
66. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Hamm VersR 1993, S. 1399 und Urteil Bundesgerichtshof (BGH) NJW 1980, S. 1905, 1907
67. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) VersR 1993, S. 228
68. Als Beispiel Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Hamm VersR 1994, S. 1399

69. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) NJW 1994, S. 2414
70. Urteil Bundesgerichtshof (BGH) NJW 1992, S. 743
71. A. Laufs: Arztrecht. S. 99 C.H. Beck Verlag, München bezieht sich auf ein Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1989, S. 1541
72. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf, VersR 188, S. 968
73. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) VersR 1996, S. 330
74. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) VersR 1985, S. 736
75. Urteil des Landesgericht (LG) Augsburg VersR 1994, S. 1478
76. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) VersR 1996, S. 233
77. Gehrlein: Leitfaden zur Arzthaftpflicht. S. 145 Vahlen Verlag 2000
78. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) MedR 1991, S. 85 ff.
79. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 71 C.F. Müller Verlag,
80. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 71 C.F. Müller Verlag,
81. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) MedR 1991, S. 85 ff.
82. B. Eisner: Die Aufklärungspflicht des Arztes. S. 78 H. Huber Verlag Berlin
83. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Hamm MedR 1982, S. 580
84. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) VersR 1997, S. 720
85. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1979, S. 1933
86. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 73 C.F. Müller Verlag,
87. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 74 C.F. Müller Verlag,
88. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1997, S. 1637 ff.
89. B. Eisner: Die Aufklärungspflicht des Arztes. S. 80 H. Huber Verlag Berlin
90. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 74 C.F. Müller Verlag,
91. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1984, S. 1397 ff.
92. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 74 C.F. Müller Verlag,
93. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 74 C.F. Müller Verlag,
94. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 76 C.F. Müller Verlag,
95. C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung. S. 247 Duncker & Humblot Verlag Berlin 1998
96. Schramm, VersR 1991, S. 284
97. K. Ulsenheimer: Arztstrafrecht in der Praxis. S. 76 C.F. Müller Verlag,
98. Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BverfG) NJW 1979, S. 125
99. C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung. S. 254 Duncker & Humblot Verlag Berlin 1998

100. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1972, S. 335
101. C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung. S. 254 Duncker & Humblot Verlag Berlin 1998
102. C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung. S. 256 Duncker & Humblot Verlag Berlin 1998
103. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt VersR 1984, S. 290
104. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1988, S. 1514
105. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1982, S. 2121
106. Gehrlein: Leitfaden zur Arzthaftpflicht. S. 139 Vahlen Verlag 2000
107. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1992, S. 2353
108. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1988, S. 763
109. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Koblenz NJW 1996, S. 1600
110. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1993, S. 2372
111. A. Laufs: Arztrecht. S. 117 C.H. Beck Verlag, München bezieht sich auf ein Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Celle VersR 1984, S. 445
112. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt NJW 1981, S. 1322
113. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1974, S. 604
114. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart MedR 1996, S. 82
115. A. Laufs: Arztrecht. S. 111 C.H. Beck Verlag, bezieht sich auf VersR 1979, S. 260
116. K.O. Bergmann: Aufklärung in der arbeitsteiligen Medizin. XI. Kölner Symposium der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. 13.11.99 Köln
117. C. Stephan et al.: Das präoperative Aufklärungsgespräch. Der Orthopäde 4/2000, S. 282
118. Schönfelder: Paragraph 105 S Bürgerliches Gesetzbuch. S. 29 C.H. Beck Verlag, München 1999
119. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1988, S. 2946
120. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1988, S. 2946
121. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) VersR 1989, S. 145
122. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1959, S. 811, NJW 1991, S. 2344
123. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart VersR 1987, S. 515

124. T. Rarajcak: Der Schweinezyklus in der Aufklärungsrechtsprechung. XI. Kölner Symposium der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. 13.11.99 Köln
125. Urteil Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf AHRS 4370/1, 5400/1
126. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1992, S. 2351
127. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1992, S. 2351 und Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart VersR 1998, S. 1111
128. Rossner. NJW 1990, S. 2291 ff.
129. C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung. S. 254 Duncker & Humblot Verlag Berlin 1998
130. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) BGHZ (Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen) 1988, 248, Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1971, S. 241, NJW 1989, S. 2321 ff., NJW 1992, 52 ff.
131. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Celle NJW 1982, S. 706
132. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart VersR 1985, S. 1353
133. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf NJW 1994, S. 1598
134. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Köln VersR 1982, S. 453
135. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf VersR 1987, S. 161
136. E. Deutsch: Medizinrecht. S. 94 Springer Verlag, bezieht sich auf ein Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) VersR 1985, S. 361
137. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf Arztrecht 1988, S. 98
138. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) MedR 1985, S. 169
139. Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf VersR 1987, S. 161
140. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 2000, S. 1784
141. Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) NJW 1985, S.212 und MedR 1985, S. 169
142. Hochschulreife und Hochschulabschluss werden im weiteren nur noch als HSR oder HSA bezeichnet. Andere beziehungsweise niedrigere Schulabschlüsse werden im weiteren als andere bezeichnet.
143. C. Glatz: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung. S. 240 Duncker & Humblot Verlag Berlin 2000
144. E. Deutsch: Medizinrecht. S. 105 Springer Verlag, Heidelberg 1997
145. E. Deutsch: Medizinrecht. Bezieht sich auf NJW 1980, S. 1305 ff.

146. Cassileth et al.: Informed consent Why are its goals imperfectly realized. N. Engl. J. Med. 1980 302, S. 896 ff.
147. Traub et al.: Informed consent for research. Effects of readability, patient age and education. J. Am. Geriatric Soc. 1986 34, s. 601 ff.
148. T.H. Wagner: Effizienz der präoperativen Patientenaufklärung nach dem Konzept der Stufenaufklärung bei gynäkologischen Patientinnen. 1992 Inaugural Dissertation
149. Meyer et al.: Zur präoperativen Aufklärung gynäkologisch erkrankter Patientinnen. Gynäkologe 1986 108, S. 378 ff.
150. P. Kraft: Zur Wertigkeit der ärztlichen Aufklärung- Analyse einer Befragung von 120 Patienten vor und nach endoskopischen Eingriffen. 1984 Inaugural Dissertation
151. Kraus et al.: Der aufgeklärte Patient. Effizienz eingehender Aufklärung bei gynäkologischen Operationen. Münch. Med. Wschr. 1981 123, S. 434 ff.
152. C. Maier: Arzthaftung 2000. S. 136 Versicherungsmedizin 53 (2001) Heft 3 Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
153. F. Mann: Aufklärung in der Medizin. 1985 Schattauer Verlag, Stuttgart 1984
154. T.H. Wagner: Effizienz der präoperativen Patientenaufklärung nach dem Konzept der Stufenaufklärung bei gynäkologischen Patientinnen. 1992 Inaugural Dissertation S. 46
155. A. Ehlers: Das ärztliche Aufklärungsgespräch zwischen Utopie und Wirklichkeit. Gynäkologie 1989 22, s. 360 ff.
156. J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten. 1987 Inaugural Dissertation S. 32
157. K. Engelhardt: Über das Arzt-Patienten-Verhältnis. Fortschr. Med. 1974 92, S. 1139 ff.
158. W. Weißbauer: Ist eine Stufenaufklärung sinnvoll? Gynäkologe 1989 22, S. 349 ff.
159. J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten. 1987 Inaugural Dissertation S. 95
160. J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten. 1987 Inaugural Dissertation S. 95

161. Demling et al.: Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes. Dtsch. Med. Wschr. 1975 100, S. 1587 ff.
162. J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten. 1987 Inaugural Disseration S. 97
163. J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten. 1987 Inaugural Disseration S. 58
164. Demling et al.: Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes. Dtsch. Med. Wschr. 1975 100, S. 1587 ff.
165. Leydhecker et al.: Patient information before cataract surgery. Ophthalmologica 1980 180 S. 241 ff.
166. J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten. 1987 Inaugural Disseration S. 97
167. J. Pierchalla: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten. 1987 Inaugural Disseration S. 95
168. T.H. Wagner: Effizienz der präoperativen Patientenaufklärung nach dem Konzept der Stufenaufklärung bei gynäkologischen Patientinnen. 1992 Inaugural Dissertation S. 45
169. Krutz et al.: Die ärztliche Aufklärungspflicht vor chirurgischen Eingriffen. Zbl. Chirurgie 1987 112, S. 462 ff.
170. Keller et al.: Erfahrungen mit der sogenannten Stufenaufklärung. Klinikarzt 1986 15, S. 420 ff.
171. Looch et al.: Untersuchungen zur präoperativen Aufklärung gynäkologischer Patientinnen. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1981 41, S. 591 ff.
172. W. Weißauer: Ist eine Stufenaufklärung sinnvoll? Gynäkologe 1989 22, S. 349 ff.
173. A. Künschner: Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl. S. 242 Enke Verlag, stuttgart 1999
174. W. Weißauer: Grenzen der Aufklärungspflicht. Die Entwicklung der Arzthaftung. S. 18 Springer Verlag Schriftenreihe Medizinrecht, 1995
175. W. Weißauer: Grenzen der Aufklärungspflicht. Die Entwicklung der Arzthaftung. S. 24 Springer Verlag Schriftenreihe Medizinrecht, 1995
176. W. Weißauer: Grenzen der Aufklärungspflicht. Die Entwicklung der Arzthaftung. S. 24 Springer Verlag Schriftenreihe Medizinrecht 1995

177. K. Blum et al.: Enormer Dokumentationsaufwand. Deutsches Ärzteblatt
S. 1229 Nr. 23 6/2003 Ausgabe C

8. Fragebogen

Alter: _____

Nationalität: _____

Deutschsprechend: Ja Nein

Schulausbildung: _____

Hochschulreife: Ja Nein

Hochschulabschluss: Ja Nein

Wenn ja mit welchem Abschluss: _____

Welche Operation wurde bei Ihnen durchgeführt? _____

Wann wurden Sie operiert? Bitte geben Sie das genaue Datum an.

Datum der Befragung: _____

Fragen zur prästationären Aufklärung

Wurden Sie **vor** der Einweisung in das Krankenhaus bereits über die bevorstehende Operation aufgeklärt? Ja Nein

Wenn ja, von wem wurden Sie **vor** der stationären Aufnahme über die bevorstehende Operation aufgeklärt?

Hausarzt Niedergelassener Orthopäde

Bei der Voruntersuchung im EFK

Fragen zur stationären Aufklärung

Bitte geben Sie das Datum der Operationsaufklärung im EFK an: _____

Name des aufklärenden Arztes: Dr. med. _____
 nicht rememberlich

War der aufklärende Arzt auch der Operateur?

Ja Nein nicht bekannt

Wenn nein, haben Sie den Operateur kennengelernt?

Ja Nein

Allgemeine Fragen zur Operationsaufklärung

Wurden Sie über den Grund, also die genaue Diagnose, der bevorstehenden Operation aufgeklärt?

Ja Nein nicht rememberlich

Wurden Anschauungsmaterialien wie anatomische Modelle, Prothesenmodelle oder Operationsbezogenes Schriftmaterial zur Aufklärung herangezogen?

Anatomische Modelle Prothesenmodelle

Schriftmaterial nicht rememberlich

Wurden Röntgenbilder zur Aufklärung herangezogen?

Ja Nein nicht rememberlich

Wurden während des Aufklärungsgesprächs zu viele Fachausdrücke bzw. zu viele medizinische Ausdrücke benutzt?

Ja Nein

Wie gut fühlten Sie sich über die Durchführung bzw. die Operationstechnik aufgeklärt?

sehr gut gut befriedigend schlecht

Wie gut haben Sie das Gefühl die Operationsaufklärung verstanden zu haben?

sehr gut gut befriedigend schlecht

Falls Ihnen eine Aufklärungsbroschüre ausgehändigt wurde, wie gut hat Sie Ihnen beim Verständnis der Operationsaufklärung geholfen?

sehr gut gut befriedigend schlecht

Spezielle Fragen zur Operationsaufklärung

Nennen Sie alle **allgemeine Risiken** der Operation bzw. einer Operation über die Sie aufgeklärt wurden, und an die Sie sich erinnern können.

Nennen Sie alle **speziellen Risiken** die für die Operation, die bei Ihnen durchgeführt wird, typisch sind und über die Sie aufgeklärt wurden.

Wurden Sie über die juristischen Hintergründe eines operativen Eingriffs aufgeklärt?

Ja Nein nicht erinnerlich

Wurden Sie über eventuelle Operations- und/oder Behandlungsalternativen aufgeklärt?

Ja Nein nicht erinnerlich

Wurden Sie über die Erfolgschancen der Operation aufgeklärt?

Ja Nein nicht erinnerlich

Wurden Sie über Notwendigkeit, Art und Umfang der Weiterbehandlung nach der Operation aufgeklärt?

Ja Nein nicht erinnerlich

Wie lange dauerte das Aufklärungsgespräch?

max. 5 Minuten zwischen 5 und 10 Minuten
länger als 10 Minuten

Hatten Sie **vor** der Einwilligung in die Operation noch Fragen an den aufklärenden Arzt?

Ja Nein

Falls ja, wie gut wurde auf Ihre Fragen eingegangen?

sehr gut gut befriedigend schlecht

Hatten Sie an den aufklärenden Orthopäden Fragen zur Art der Narkose?

Ja Nein

Wurden seitens des Orthopäden Vorschläge über die Art der Narkose gemacht?

Ja Nein

Welche Art der Narkose wurde bei Ihnen angewandt? _____

Wurden Sie vom aufklärenden Orthopäden über Vor- und Nachteile der verschiedenen Narkosearten aufgeklärt?

Ja Nein

Name der aufklärenden Narkoseärztin: Dr. med. _____

Nennen Sie alle Narkoserisiken, über die Sie aufgeklärt wurden, und an die Sie sich noch erinnern können.

Hatten Sie nach der Operation Narkosebeschwerden?

Ja Nein

Falls ja, welcher Art waren Ihre Beschwerden?

Wurden Sie über deren Eintritt aufgeklärt?

Ja Nein

Beurteilung der Aufklärung

Hatten Sie während des Aufklärungsgespräches das Gefühl sich in einer außergewöhnlichen, für Sie belastenden Situation, zu befinden?

Ja Nein

Hat sich der aufklärende Arzt Ihrer Meinung genug Zeit für das Aufklärungsgespräch genommen?

Ja Nein

War Ihnen der Ernst eines operativen Eingriffs schon **vor** dem Aufklärungsgespräch bewusst, oder erst **durch** das Aufklärungsgespräch beziehungsweise **danach**?

Bereits vor dem Aufklärungsgespräch Durch bzw. erst danach

Waren Sie bereit gewesen sich diesem operativen Eingriff, **ohne** ein vorheriges Aufklärungsgespräch geführt zu haben, zu unterziehen?

Ja Nein

Wenn nicht warum?

Hat Ihnen das Aufklärungsgespräch die Entscheidung den operativen Eingriff durchführen zu lassen erleichtert?

Ja Nein

Wenn nicht warum?

War der Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs richtig gewählt oder hätte ein früherer Zeitpunkt gewählt werden sollen?

Richtiger Zeitpunkt Früherer Zeitpunkt

Haben sich durch das Aufklärungsgespräch beziehungsweise danach Bedenken oder Furcht vor der Operation bei Ihnen eingestellt?

Ja Nein

Wenn ja, wovor haben sich Bedenken eingestellt?

Operationsrisiken Weiter- und Nachbehandlung

finanzielle Sorgen berufliche Sorgen

sonstige _____

Hatten Sie **nach** der Operation Angst vor den besprochenen möglichen Komplikationen des operativen Eingriffs?

Ja Nein

Hatten Sie das Gefühl, dass die Aufklärung über die möglichen Risiken und Komplikationen zu schonungslos gewesen sei?

Ja Nein

Wenn ja, warum?

Welche Bedeutung hat das Aufklärungsgespräch für Sie persönlich?

hohe Bedeutung mittlere Bedeutung

geringe Bedeutung keine Bedeutung

Persönliche Bemerkungen

9. Abstract

Die Selbstbestimmungsaufklärung ist in den letzten Jahren immer häufiger zum Streitgegenstand sowohl von Gutachter- und Schlichtungsstellen der zuständigen Ärztekammern, als auch der Gerichte geworden. Im Laufe der Zeit vollzog sich der Wandel vom Ziel des Arztes, dass das Wohl des Kranken oberstes Gebot sei, hin zu dem des Juristen, nämlich das der Wille des Patienten das oberste Gebot bilde. Seit 1978 hat sich die Zahl der Anträge bei den zuständigen Ärztekammern verzehnfacht. Dies ist einerseits mit der zunehmenden und durchaus erwünschten Mündigkeit des Patienten zu erklären, welcher sich nicht mehr mit allen Konsequenzen dem Arzt ausliefert. Zum anderen bildet der Vorwurf einer mangelnden oder gar unterlassenen Selbstbestimmungsaufklärung an den behandelnden Arzt die sogenannte Beweislastumkehr oder Beweislasteichterung, welche in einem bis dahin aussichtslosen Verfahren mit dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers nun eine Wunderwaffe bildet, und das Verfahren in eine für den Patienten vermeintliche richtige Richtung wendet. Nach deutscher Rechtsprechung bildet die Einwilligung in eine medizinische Behandlung oder einen medizinischen Eingriff die Grundlage jeder ärztlichen Behandlung. Der Einwilligung ist nur dann wirksam, wenn eine ordnungs- und zeitgemäße Aufklärung vorausgegangen ist. Die in dieser Arbeit gewonnenen Daten zeigen, dass ein verständiger und intelligenter Patient nur in sehr begrenzten Maße in der Lage ist, die medizinischen Informationen, die er während eines Aufklärungsgespräches erhält, aufzunehmen und zu verarbeiten, und im besten Fall in der Lage ist, sich aktiv zu erinnern.

Abstract

The preoperative informed consent has more and more become subject to the review and discussions made by the board of medical examiners for a specific territory. In the course of time the goal of the physician, that was the patients' health, has changed, such that the lawyers have made the highest goal be the informing of the patient and the preservation of self-determination. Since 1978 the requests to the board of medical examiners has increased tenfold. On the hand fewer patients are willing to relinquish their discussions about their health to the physician. On the other hand an absent, or weak or an incomplete preoperative informed consent can give even a hopeless legal proceeding a successful direction. In German jurisprudence, a preoperative informed consent is absolutely required of a any medical treatment. Further more, the consent is only valid if it is thorough and obtained within the preoperative time. The conclusion of this doctoral thesis is that even an intelligent patient is only able to assess the medical information he gets during the presurgical interview, but unfortunately he can seldom remember all of what is been said.

10. Lebenslauf

Persönliche Daten und Ausbildung

Persönliche Daten

Name:	Potrett Oliver-Max
Geburtsdatum:	20.07.1972
Geburtsort:	Ratingen
Familienstand:	Verheiratet mit Alea Zimmermann-Potrett
	Diplom Betriebswirtin
	Sohn Finn-Luca geb. 5.06.2000
	Tochter Maxime-Leona geb. 12.06.2003
Religion:	Römisch-Katholisch
Staatsangehörigkeit:	Deutsch

Schulausbildung

von / bis	
1979 - 1982	Katholische Grundschule Ratingen
1983 – 1989	Friedrich Ebert Schule Ratingen
1989 - 1992	Theodor-Heuss-Gymnasium Ratingen

Studium

von / bis	
1994- 2001	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
	Praktisches Jahr: St. Antonius Kliniken
	Teilapprobation 2001

Wehrersatzdienst

von / bis

1992- 1993

Bethesda Krankenhaus in Duisburg

Unfallchirurgie

Beruflicher Werdegang

6/01 bis 12/02

A.i.P. im EFK Ratingen

Ärztlicher Direktor Dr. med. F. Süssenbach

1/03 bis 3/03

Assistenzarzt in der Abteilung für

Kinderchirurgie im Klinikum Krefeld bei

Dr. med. M. Becker

seit 4/03

Assistenzarzt im EFK Ratingen

11. Danksagung

Meiner Frau Alea Zimmermann-Potrett danke ich für die geopferte Zeit, die aufgebrauchte Geduld und die moralische Unterstützung.

Herrn Prof. Dr. med. Otto Oest danke ich für die Bereitstellung des Themas und dafür, dass er immer mit Rat und Tat zur Stelle war.

O.M. Potrett im Juni 2004