

# *MASTER OF LEGAL STUDIES*

---

## **Master – Thesis**

Zur Erlangung des Titels MLS (Master of Legal Studies)

Im Rahmen des Universitätslehrganges „Master of Legal Studies, MLS“

Vertiefung Medizinrecht

### **„Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit“**

eingereicht am

Department für Wirtschaftsrecht und Europäische Integration  
an der Donau-Universität Krems

unter Betreuung von

Univ. Prof. Dr. Helmut Ofner LL.M.

von

**Univ. Lektor Dr. Dorothea Andel**

und

**Univ. Lektor, ao. Univ. Prof. Dr. Harald Andel MSc**

*Krems, im März 2014*



D. Andel, H. Andel  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit

Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung  
im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld  
zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit





**Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Dr. Dorothea Andel, geboren am 20.04.1962 in Warschau erkläre,

Ich, ao. Univ. Prof. Dr. Harald Andel MSc, geboren am 03.09.1961 in Wien erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

3. dass ich, falls die Master Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.



D. Andel, H. Andel  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit

Eidstattliche Erklärung	2
A) Hinweise	5
<i>I. Allgemeine Hinweise</i>	5
<i>II. Rechtliche Hinweise</i>	5
1. Gerichtsspezifische Formulierungen	5
B) Verzeichnis der Abkürzungen	6
C) Verzeichnis der Abbildungen	8
D) Verzeichnis der Tabellen	10
E) Verzeichnis der Multimediale Inhalte	11
F) Zusammenfassung / Abstract	12
<i>I. Einleitung</i>	12
1. <i>Rechtliche Grundlagen</i>	12
2. <i>Medizinische Grundlagen</i>	13
3. <i>Zusammenfassung</i>	14
<i>II. Methodik</i>	15
<i>III. Conclusio</i>	15
G) Einleitung	17
<i>I. Gerichtliche Entwicklung</i>	17
1. <i>Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin</i>	17
2. <i>Der Arzt – Patienten Beziehung</i>	19
3. <i>Rechtliche Situation</i>	21
4. <i>Entwicklung des Dokumentationsaufwandes</i>	27
<i>II. Problemstellung</i>	32
1. <i>Spezielle Situation in der Anästhesie</i>	33
H) Hauptteil	37



<i>I. Notwendiger Umfang der Risikoaufklärung</i> .....	37
1. Problemstellung.....	37
2. Methodik.....	41
3. Ergebnisse.....	55
4. Diskussion.....	72
<i>II. Form der Patientenaufklärung</i> .....	79
1. Problemstellung.....	79
2. Methodik.....	82
3. Ergebnisse.....	107
4. Diskussion.....	118
<i>III. Besonderheiten in Bezugspatienten</i> .....	129
<i>IV. Aufklärung im Schwangerschaftsgebiet</i> .....	129
<i>V. Vorgehen bei beschwerten Patienten</i> .....	129
<i>VI. Besonderheiten bei Zeugen-Jahren</i> .....	135
<i>VII. Besonderheiten bei Minderjährigen</i> .....	139
<i>VIII. Aufklärung auf der Intensivstation</i> .....	144
1) Ergebnis / Schlussfolgerungen / Conclusio.....	151
2) Literaturverzeichnis.....	153
K) CURRICULUM VITAE UNIV. LEKTOR DR. DOROTHEA ANĐEL.....	157
L) CURRICULUM VITAE AO UNIV. PROF. DR. HARALD ANĐEL MSc.....	159



#### A) Hinweise

##### I. Allgemeine Hinweise:

Der Masterthesis liegt eine CD bei, die sowohl die vorliegende Arbeit als pdf-file enthält, als auch alle Multimediale und Textdokumente auf die im Text verwiesen wird.

##### II. Rechtliche Hinweise:

###### 1. Geschlechtsspezifische Formulierungen

Personenbezogene Bezeichnungen werden in dieser Masterthesis, in weiblicher und männlicher oder in geschlechtsneutraler Form verwendet. Sofern personenbezogene Bezeichnungen in Ausnahmefällen zum Zwecke der Erhaltung der gebotenen Lesbarkeit in geschlechtsspezifischer Form verwendet werden, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung der personenbezogenen Bezeichnung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form verwendet.



## B) Verzeichnis der Abkürzungen

- A-IQI ..... Austrian Inpatient Quality Indicators  
AKH ..... Allgemeines Krankenhaus Wien  
ArztG ..... Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Ständevertretung der Ärzte  
ÄstbOpG ..... Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen  
Bmg ..... Bundesministerium für Gesundheit  
Etc. .... und so weiter  
GQG ..... Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen  
HNO ..... Hals – Nasen – Ohren Abteilung  
ICU ..... Intensivbehandlungstation  
KAKoG ..... Bundesgesetz über Krankenanstalten und Karantäneln  
KAV ..... Wiener Krankenanstaltenverband  
KRSig ..... Sammlung von Entscheidungen in Krankenanstaltsbezügen  
MUW ..... Medizinuniversität Wien  
OGH ..... Oberster Gerichtshof  
ÖGARI ..... Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin  
StGB ..... Strafgesetzbuch  
stRp ..... ständige Rechtsprechung







**C) Verzeichnis der Abbildungen**

Abbildung 1. Schimmelbuschmaße.....	17
Abbildung 2. Archäologie der Arzt - Patienten Beziehung.....	19
Abbildung 3. Entwicklung der Anzahl der Krankenhausmitarbeitenden von 1993 bis 2011.....	28
Abbildung 4. Anzahl der in deutschen Krankenhäusern pro Jahr behandelten Patienten.....	29
Abbildung 5. Verhältnis von Anzahl der behandelten Patienten /Jahr zu Anzahl der Mitarbeitenden in deutschen Krankenhäusern.....	30
Abbildung 6. Der ursprüngliche Standard der Qualitätssicherung von Krankenhausern in den USA.....	31
Abbildung 7. Folgen einer Sauerstoffmangelversorgung für das Gehirn.....	34
Abbildung 8. Bekannte Komplikationen der intraoperativen anästhesiologischen Betreuung nach Häufigkeit geordnet.....	48
Abbildung 9. Bewertung der Gruppe A durch die SV.....	58
Abbildung 10. Bewertung der Gruppe B durch die SV.....	59
Abbildung 11. Bewertung der Gruppe C durch die SV.....	60
Abbildung 12. Einschätzung der SV in der Komplikationsgruppe 1.....	63
Abbildung 13. Einschätzung der SV in der Komplikationsgruppe 2.....	65
Abbildung 14. Einschätzung der SV in der Komplikationsgruppe 3.....	67
Abbildung 15. Einschätzung der SV in der Komplikationsgruppe 4.....	69
Abbildung 16. sonst angeführte Komplikationen.....	70
Abbildung 17. Altersverteilung in Österreich <a href="https://www.statistik.at/neuerscheinungen/2014/04/01/2014">Quelle: statistisches Bundesamt URL: https://www.statistik.at/neuerscheinungen/2014/04/01/2014</a> .....	75
Abbildung 18. Zusammenhang zwischen Alter und Mordfähigkeit Minder et al 2013.....	76
Abbildung 19. Fall bei der Studie Multimediapresentation zur Patientenaufklärung verwendete Caseport-Formulare.....	98
Abbildung 20. Der bei der Studie Multimediapresentation zur Patientenaufklärung verwendete Fragebogen.....	102



Abbildung 21: Informationsbogen der Studie Multimedialpatiententest zur Patientenaufklärung	106
Abbildung 22: Verteilung der Sprachkenntnisse in den Studiengruppen	108
Abbildung 23: Verteilung von vorangegangenen Narkosen	109
Abbildung 24: Verteilung nach der „International Standard Classification of Education“ (ISCED)	110
Abbildung 25: Verteilung des Bildungsniveaus in den Studiengruppen	110
Abbildung 26: Gesamtverteilung der Punkte bei Fragebogen 1	111
Abbildung 27: Verteilung der Punkte in der Multimedia- und der Kontrollgruppe bei Fragebogen 1	112
Abbildung 28: Gesamtverteilung der Punkte bei Fragebogen 2	112
Abbildung 29: Verteilung der Punkte in der Multimedia- und der Kontrollgruppe bei Fragebogen 2	113
Abbildung 30: Beispiel der Punkteverteilung bei Beantwortung des Fragebogens 1	113
Abbildung 31: Beispiel der Punkteverteilung bei Beantwortung des Fragebogens 2	114
Abbildung 32: Punkteverteilung Fragebogen 1 nach Geschlecht	115
Abbildung 33: Punkteverteilung Fragebogen 2 nach Geschlecht	116
Abbildung 34: Altersabhängige Verteilung der Punktzahl bei Fragebogen 1	117
Abbildung 35: Altersabhängige Verteilung der Punktzahl bei Fragebogen 2	117
Abbildung 36: Prüfung ob eine Patienteneinwilligung in der momentanen Situation Anwendung findet	131
Abbildung 37: Prüfung ob eine Patienteneinwilligung verbindlich oder beachtlich ist	134
Abbildung 38: Schematische Darstellung eines Zufallstests	135
Abbildung 39: Prognose der zu erwartenden Zunahme von intensivpflichtigen Patienten für das AKH (Quelle: Universitätsmedizin 2020)	150



**D) Verzeichnis der Tabellen**

Tabelle 1: Entscheidungsmodelle in der Arzt - Patientenbeziehung ..... 20  
Tabelle 2: Einteilung der Risiken einer Behandlung ..... 25



#### E) Verzeichnis der Multimedialeinhalte

Die unten angeführten Multimedialeinhalte sind über Internet, sowie auf der beiliegenden CD abrufbar

- [Film1:](#) Interview Univ.-Prof. Dr. med. h.c. mult. Otto Mayrhofer-Krammer ernt: <https://www.youtube.com/watch?v=2d8m1012d0w>
- [Film2:](#) Verhalten vor einer Operation: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film3:](#) Das Präanästhesiegespräch: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film4:](#) Ablauf einer Allgemeinanästhesie: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film5:](#) Ablauf einer peripheren Nervenblockade: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film6:](#) Ablauf einer rückenmarknahen Schmerzmittelverabreichung: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film7:](#) Ablauf des Managements nach einer Operation: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film8:](#) Risiko von anästhesiologischen Maßnahmen: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film9:](#) Risiko peripherer Nervenblockaden: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film10:](#) Risiko der Spinalanästhesie: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film11:](#) Risiko der Allgemeinanästhesie: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film12:](#) Risiko von Bluttransfusionen: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film13:](#) Risiko von Gefäßkathetern: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>
- [Film14:](#) Risiko von Sonden und Schläuchen: <https://www.youtube.com/watch?v=3t2z0v0>



## F) Zusammenfassung / Abstract

### I. Einleitung:

#### 1. Rechtliche Grundlagen

##### a) Hintergrund:

Jede invasive ärztliche Maßnahme an einem Patienten stellt aus rechtlicher Sicht eine Körperverletzung dar, solange der Patient nicht zuvor rechtmäßig in deren Durchführung eingewilligt hat. Da eine Körperverletzung einen strafrechtlichen Tatbestand darstellt, stellt sie sogar eine strafrechtliche Verfolgung möglich. Während dies in Österreich noch nicht praktisch umgesetzt wird und somit totes Recht darstellt, nimmt in Deutschland die Häufigkeit einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Körperverletzung zu. Für eine rechtmäßige Einwilligung in eine Heilbehandlung gelten eine Reihe von Voraussetzungen, insbesondere muss eine Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorliegen. Weitere wichtige Voraussetzungen für eine rechtmäßige Einwilligung ist die Aufklärung über den typischen Verlauf, Behandlungsalternativen und insbesondere das Risiko, das mit der Behandlung verbunden ist.

##### b) Einwilligung zu einer Operation:

Eine Besonderheit stellt die Einwilligung zu einer Operation mit anästhesiologischer Betreuung dar, da hierfür die Einwilligung in die Operation und in die damit verbundenen anästhesiologischen Maßnahmen verbunden ist. Da der Facharzt für das chirurgische Sonderfach nicht ausreichend im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin ausgebildet ist, um hier eine umfassende Aufklärung geben zu können, muss eine getrennte Aufklärung und Einwilligung für die chirurgischen und anästhesiologischen Maßnahmen erfolgen. Aufgrund der unmittelbaren körperlichen Betroffenheit der Patienten wird vom Gesetzgeber auch eine ausreichende Bedenkzeit gefordert. Während hier in Deutschland eine Mindestzeit von 24 Stunden verlangt wird ist die Auslegung in Österreich flexibler, es reicht aus „darüber geschlafen“ zu haben.



c) Stellung des Krankenträgers

Im Unterschied zur Heilbehandlung bei niedergelassenen Ärzten erfolgen Operationen mit anästhesiologischer Betreuung, sowie eine intensivmedizinische Behandlung, überwiegend in Krankenhäusern in denen der Patient den Behandlungsvertrag mit dem Krankenträger abschließt (Krankenträger als Leistungserbringer). Dadurch entsteht die Besonderheit, dass die behandelnden Ärzte rechtlich gesehen Erfüllungspflichten des Krankenträgers sind. In der Praxis ist dies zivilrechtlich insofern von wesentlicher Bedeutung weil die Beweislast im Falle einer Klage gegen den Krankenträger bei diesem liegt (Beweislastumkehr), im Falle einer Klage gegen den Arzt beim Patienten verbleibt. Deshalb sind Klagen, die sich auf mangelhafte Aufklärung beziehen im peri-operativen Bereich nahezu ausschließlich gegen die Krankenträger gerichtet.

2. Medizinische Grundlagen

a) geschichtliche Entwicklung

Historisch gesehen ist das Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin ein sehr junges Fach, das sich erst gegen Mitte des vorigen Jahrhunderts aus dem Fachbereich Chirurgie entwickelt hat. Aus diesem Grund war sehr lange keine eigene spezifische anästhesiologische Aufklärung/Einwilligung notwendig. Dazu kommt einerseits eine rasante Entwicklung auf dem Fachgebiet des Sonderfaches Anästhesiologie und Intensivmedizin, andererseits eine deutliche Änderung der Arzt - Patienten - Beziehung im Sinne einer vermehrten Emanzipation und des „informed decision making“. Dadurch kommt es zu einer deutlichen Verlagerung des Tätigkeitsfeldes des Anästhesisten weg von der manuellen Tätigkeit im Operationssaal hin zu einer nun zusätzlich anfallenden Tätigkeit im Vorfeld der Narkose. Dieses zusätzliche und zeitaufwändige Arbeitsfeld ist jedoch vielfach noch weder bei den chirurgischen Partnern noch bei den Stellenbelegungen ausreichend berücksichtigt.



b) Dokumentationsaufwand

Nicht zuletzt aufgrund der technischen Entwicklungen und dem zunehmenden Anforderungen der Qualitätssicherung kommt es speziell auf dem Gebiet der Anästhesiologie und Intensivmedizin zu einem überproportionalen Anstieg des Dokumentationsaufwandes. Dieser vermehrte Aufwand wird derzeit in den Stellenbeschreibungen der Krankenhäuser noch nicht in ausreichendem Ausmaß berücksichtigt.

c) Ausbildung

Die rechtlichen Grundlagen der Aufklärung und ihre Auswirkungen auf die klinische Praxis kommen sowohl im Rahmen des Medizinstudiums als auch während der Facharztausbildung zu kurz. Erst in jüngerer Zeit hat diese Thematik zumindest bei der Fachgesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, aber auch zunehmend bei Kongressen Einzug gehalten. Viele kleiner Krankenhäuser haben keine eigene Rechtsabteilung.

3. Zusammenfassung

Durch die Entwicklung der letzten Jahre ist es zu einer Zunahme des Personalbedarfes für den ärztlichen Tätigkeitsbereich der perioperativen Patientenbetreuung im Fachbereich des Sonderfaches Anästhesiologie und Intensivmedizin gekommen. Diese Entwicklung läuft parallel zu einer Verdrängung des Arbeitsaufkommens. Zudem besteht aufgrund einer vielfach mangelhaften Ausbildung im medizinischen Bereich, ein ungenügendes Problembewusstsein bei den klinisch tätigen Fachärzten für Anästhesiologie und Intensivmedizin im Hinblick auf die Notwendigkeit einer den Umständen angepassten rechtskonformen Aufklärung. Weiter existieren wenig wissenschaftliche Grundlagen zu dem Themenkreis der Patientenaufklärung. In der vorliegenden Arbeit sollen daher die Besonderheiten der Patientenaufklärung im Fachbereich Anästhesiologie und Intensivmedizin dargestellt werden.



## II. Methodik:

Die rechtliche Bearbeitung über eine „Jege artis“ durchgeführte Patientenaufklärung stützt sich in der Praxis vielfach auf die Ausführungen des gerichtlich besetzten und zertifizierten Sachverständigen. Zur Verbesserung des Wissensstandes über die derzeitige Rechtsituation werden alle in Österreich in die Sachverständigenliste für den Fachbereich Anästhesiologie eingetragenen Sachverständigen ersucht eine Liste an bekannten Komplikationen in Hinblick auf die Notwendigkeit einer Patientenaufklärung zu bewerten.

Zur Verbesserung des Kenntnisstandes in Bezug auf die Qualität der Aufklärung unter Zuhilfenahme moderner multimodaler Methoden wird ein Vergleich zwischen einer konventionellen Patientenaufklärung zu einer Patientenaufklärung mit zusätzlichen multimodalen Hilfsmitteln durchgeführt.

Besondere Aspekte der Patientenaufklärung, die sich aus dem breiten Spektrum des Tätigkeitsfeldes des Sonderfaches Anästhesiologie und Intensivmedizin ergeben werden einzeln aufgegriffen und dargestellt.

Ziel ist eine überschaubare Übersicht für Ärzte, die in der klinischen Praxis tätig sind, um sowohl die Grundlagen als auch konkrete Vorgehensweisen zu vermitteln.

## III. Conclusio:

Darmit bestehen noch deutliche Unterschiede betreffend einer „Jege artis“ durchgeführten Patientenaufklärung in der Bearbeitung der in Österreich in die Sachverständigenliste für den Fachbereich Anästhesiologie eingetragenen Sachverständigen.

Die Wissensvermittlung durch den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin an den Patienten ist durch die beschränkte Aufnahmefähigkeit des menschlichen Gehirnes begrenzt. Dies trifft insbesondere auf ältere Patienten zu für die zudem noch, durch die mit dem Alter zunehmende Zahl an Nebenkrankungen, ein umfangreicherer Aufklärungsbedarf besteht.





Hier führt der Einsatz von zusätzlichen multimedialen Hilfsmitteln nicht zu einer verbesserten Aufnahme von, für die Behandlungsentscheidung wichtigen, medizinischen Wissen.

Für die Zukunft erscheint die vermehrte Bereitstellung personeller Ressourcen für die Patientenaufklärung, sowie eine Priorisierung der Grundlagenforschung im Hinblick auf eine Verbesserung der Durchführung der Patientenaufklärung als zielführend. Dies auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Wichtigkeit einer rechtskonformen Patientenaufklärung.

Unabhängig von den rein rechtlichen Grundlagen stellt eine gute Kommunikation mit den Patienten – insbesondere im Falle, dass sich ein Risiko verwirklicht hat – einen wesentlichen Faktor zur Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten dar.



## G) Einleitung

### 1. Geschichtliche Entwicklung

#### 1. Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin

Das medizinische Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin hat sich im deutschsprachigen Raum erst sehr spät aus dem Sonderfach Chirurgie entwickelt. In Mainz wurde beispielsweise erst 1969 der erste außerordentliche Lehrstuhl für Anästhesie eingerichtet.

In Österreich wurde das Fachgebiet Anästhesie 1912 offiziell etabliert. Herr Univ.-Prof. Dr. med. h. c. mult. Otto Mayrhofer-Krammel emer. wurde 1961 zum Vorstand des damals neu gegründeten Instituts für Anästhesiologie – die erste derartige Einrichtung in Österreich – der Medizinischen Fakultät Wien ernannt. Im September 1963 wurde im Allgemeinen Krankenhaus in Wien (AKH) die Station 41, die erste Intensivbehandlungstation (ICU) Österreichs, eröffnet. Sie war damit eine der ersten Stationen dieser Art in ganz Mitteleuropa.

Vor dieser Zeit wurde die Narkose durch einen Assistenten des Faches Chirurgie, meist durch Auftröpfeln von Äther auf eine Schimmelbuschmaske (Abbildung 1), durchgeführt.



Abbildung 1: Schimmelbuschmaske

D. Anđel, H. Anđel  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin in Span-  
nungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit



Hierbei erfolgte die Steuerung der Narkosetiefe durch den vorgelesenen Chirurgen je nach der Farbe des Blutes (dunkles Blut bedeutet zu tiefe Narkose mit Abfall der Sauerstoffättigung) oder spontaner Bewegungen (zu oberflächliche Narkose). Zur Durchführung der Narkose wurden entweder die jüngsten oder handwerklich nicht besonders geschickte Chirurgen eingesetzt.

So hat Herr Univ Prof Dr. med. h.c. mult. Otto Mayrhofer-Krammel emer. an der II chirurgischen Universitätsklinik Denk als chirurgischer Assistenzarzt 1946 begonnen (Film 1: <https://www.youtube.com/watch?v=2b8m3m3206s&list=PL18807596>; abgerufen: 24.08.2013). Unter seiner Leitung, die bis 1989 andauerte, wurde in Österreich das Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin in seiner jetzigen Form entscheidend gestiftet. Durch den Einsatz von modernen, komplexen Monitoringverfahren und weitreichenden neuen Erkenntnissen der Pathophysiologie hat sich das Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin mittlerweile als vollständig unabhängige Fachrichtung etabliert. Insbesondere durch die Integration der Intensivmedizin und – zumindest in Österreich – verpflichtenden 2-jährigen Ausbildung in diesem Bereich sind auch die fachlichen Anforderungen deutlich angestiegen. Da Anästhesisten und Intensivmediziner während ihrer Ausbildung Patienten aus allen chirurgischen Sonderfeldern betreuen (z.B. Allgemein-Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe, Neurochirurgie) müssen sie ein breites Spektrum an Besonderheiten aller chirurgischen Fachrichtungen erwerben. Aus der geschichtlichen Entwicklung ergibt sich, dass ursprünglich eine eigene Aufklärung oder Einwilligung in die Narkose nicht vorgesehen war, da diese durch den Chirurgen im Rahmen der geplanten Operation mit durchgeführt wurde. An vielen Anästhesieabteilungen in Österreich wurden daher zunächst auch keine Personalressourcen für die Anästhesiologische Aufklärung eingesetzt.



2. Die Arzt – Patienten Beziehung  
In der geschichtlichen Entwicklung der Arzt-Patientenbeziehung beginnt die Entwicklung des Patienten zum Partner erst im Zeitraum um 1960 (Abbildung 2).

Davor war die Rolle der Patienten weitgehend passiv – eine Aufklärung oder Einwilligung des Patienten in eine vorgegebene Behandlung war somit von untergeordneter Bedeutung. Die zunehmende Entwicklung des Patienten als Partner des Arztes veränderte nur langsam die bestehende Asymmetrie zwischen dem wissenden Arzt und dem unwissenden Patienten. Bis etwa 1950 war der Patient in der Regel nicht einmal zu fragen, ob er mit einer Therapie oder einem medizinischen Versuch einverstanden sei.

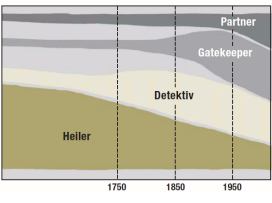


Abbildung 2: Archäologie der Arzt – Patienten Beziehung  
Quelle: Deutscher Arzt 2012, 109ff.



Erst danach wandelte sich dieses Verständnis und die Einwilligung des Patienten zu der Therapie, der sogenannten „informed consent“ wurde zum Maßstab einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung<sup>1</sup>. Der Weg führte hierbei vom Entscheidungsmodell des „Paternalistic decision making“ über das „Shared decision making“ hin zum „Informed decision making“ (Tabelle 1).

Paternalistic decision making	Shared decision making	Informed decision making
Der Patient kooperiert und befolgt, was ihm der Arzt empfiehlt oder verordnet. Die Gefahr ist, die Grenze zwischen wohlwollender Beratung und Bevormundung zu überschreiten.	Der Arzt informiert in einem für den Kontext des Patienten angemessenen Weisens über die fachlichen Hintergründe. Der Arzt bleibt Experte für das Wissen, der Patient wird als Experte für seine Präferenzen anerkannt. Eine Therapieentscheidung wird zwischen beiden „Experten“ einvernehmlich gemacht, die Verantwortung wird geteilt.	Dieses Modell für dieses Konzept ist der Käufer, der rational zwischen verschiedenen Angeboten und Möglichkeiten am Markt abwägt, seine eigenen Präferenzen berücksichtigt und dann eine optimale Entscheidung trifft, die ökonomisch gesehen seinen Nutzen maximiert.

Tabelle 1 Entscheidungsmodelle in der Notfall- / Patientenbeziehung  
 Quelle: Schweizerische Anästhesiengesellschaft / Bulletin des médecins suisses / Bulletin der medici svizzeri ©2005/1: 76-89

Gerade im Bereich der Notfallmedizin, aber auch der Intensivmedizin wird auch heute noch das Entscheidungsmodell „Paternalistic decision making“ häufig zum Einsatz kommen, da

<sup>1</sup> Vollmann, Kochen et al., „Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code“ *BMJ* 1996; 313:1345



einerseits aus Zeitgründen, andererseits aufgrund der Ausnahmesituation – Patienten sind nicht kontaktierbar oder befinden sich in einer psychischen Ausnahmezustand – in der sich der Patient befindet eine der beiden alternativen Entscheidungsmodelle nicht, oder nur eingeschränkt, zum Einsatz kommen können.

Dem österreichischen Rechtssystem entspricht – zumindest für geplante Behandlungen – ausschließlich das Entscheidungsmodell „informed decision making“, da ja die Voraussetzung, dass eine invasive ärztliche Tätigkeit keine Körperverletzung darstellt die Einwilligung des Patienten nach vorhergehender umfassender Aufklärung darstellt. Von den dies vorgeschriebenen Entscheidungsmodellen stellt dieses die höchsten fachlichen Anforderungen an den betreuenden Arzt – der Patient als medizinischer Laie muss ja über Risiken, Alternativmethoden und den normalen Behandlungsverlauf so aufgeklärt werden, dass er auch die notwendigen Kenntnisse besitzt um eine für ihn optimale Entscheidung treffen zu können. Neben den fachlichen Anforderungen kostet dieses Entscheidungsmodell auch den höchsten Zeitaufwand.

In der Vergangenheit wurde in vielen Krankenhäusern der Entwicklung der Entscheidungsmodelle hin zum „informed decision making“ nicht durch Bereitstellung der hierfür notwendigen zusätzlichen Personalressourcen Rechnung getragen.

### 3. Rechtliche Situation

In der österreichischen Rechtsordnung sind die Patientenrechte bereits über Jahrzehnte hinweg abgesichert<sup>1</sup>. Beispielfhaft sind hier Entscheidungen des OGH aus den Jahren 1954 und 1955 angeführt, die bereits damals unter Hinweis auf Lehre und ständige Rechtsprechung

<sup>1</sup> RdM 2000, 77



(sRsp) von einem Zustimmungrecht des Patienten zu ärztlichen Eingriffen und der dementsprechenden Aufklärungspflicht des Arztes ausgehen!<sup>14</sup>

Auf Grund der zivilrechtlichen Stellung des Behandlungsvertrages, aber auch dem strafrechtlich verankerten Verbot zur eigenmächtiger Heilbehandlung ist die ärztliche Aufklärungspflicht und das Einwilligungrecht des Patienten für jede Art der ärztlicher Behandlung abzuleiten.<sup>15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24</sup>

Rechtlich festgelegt wurden der Aufklärungsgegenstand, die Voraussetzungen für den Wegfall der Aufklärungspflicht sowie Form und Zeitpunkt der Aufklärung. Der Umfang der Aufklärungspflicht hat sich jedoch – entsprechend der geschichtlichen Entwicklung der Arzt-Patienten Beziehung im Laufe der Zeit geändert.

In einigen älteren Entscheidungen wurde eine Aufklärung des Patienten durch den Arzt – entsprechend dem Entscheidungsmodell des „Paternalistic decision making“ – nur dann erwartet, wenn der geplante Eingriff mit besonderen Gefahren für die Gesundheit des Patienten verbunden war.<sup>25, 26, 27</sup>

<sup>14</sup>OGH 20. 3. 1954, 1. Ob. 5/54

<sup>15</sup>OGH 16. 2. 1955, 2. Ob. 82/55

<sup>16</sup>OGH 18. 03. 1981, 1. Ob. 743/80

<sup>17</sup>OGH 21. 09. 1989

<sup>18</sup>OGH 25. 01. 1990, 7. Ob. 242/89

<sup>19</sup>OGH 25. 02. 1994, 1. Ob. 152/94

<sup>20</sup>OGH 31. 01. 1995, 4. Ob. 549/95

<sup>21</sup>OGH 11. 01. 1996, 2. Ob. 505/95

<sup>22</sup>OGH 03. 09. 1996, 11. Ob. 13/96b

<sup>23</sup>OGH 23. 01. 1997, 2. Ob. 12/97b

<sup>24</sup>Stampr, Johannes/Wolfgang, BB 1995, 453 -454

<sup>25</sup>RG 1947, 491 -494

<sup>26</sup>OGH 23. 05. 1984, 1. Ob. 150/84

<sup>27</sup>OGH 21. 09. 1989, 8. Ob. 379/89

<sup>28</sup>OGH 20. 3. 1954, 1. Ob. 5/54



In späteren Entscheidungen des OGH wurde dann die Aufklärung des Patienten als grundsätzlich immer erforderlich gehalten<sup>26</sup>. Allerdings wurde das Ausmaß der Aufklärung abhängig von der Person des Patienten, dem regelmäßige Kenntnisse fehlen würden, um die Mitteilungen des Arztes richtig einschätzen zu können durch eine zu weit gehende Aufklärung nachteilige Folgen erleiden könnte<sup>27, 28</sup>. Deshalb sei die Frage der Aufklärung nach den Umständen gewöhnlicher ärztlicher Übung mit Erläuterung Folger! Textmarke nicht definiert.<sup>29, 30, 31</sup> den Umständen des Einzelfalles entsprechend durch den Arzt zu beurteilen („Paternalistic decision making“<sup>32, 33, 34</sup>. Allgemein könne nur gesagt werden, dass die Aufklärung nicht vollständig zu erfolgen brauche<sup>35</sup>. Der Arzt sei nicht verpflichtet, den Patienten auf alle nur denkbaren nachteiligen Folgen des geplanten Eingriffs hinzuweisen, wenn mit diesen bei Würdigung des Falles und nach dem Stand der ärztlichen Erfahrung nicht zu rechnen sei<sup>36</sup>. Eine Aufklärungspflicht bestehe nicht hinsichtlich solcher nachteiliger Folgen des geplanten Eingriffs, deren Kenntnis an dem Entschluss des Patienten, in die Behandlung einzuwilligen, nichts ändern würde<sup>36</sup>. Hierbei wurde die Bestimmung des notwendigen Umfangs

<sup>26</sup> OGH 15.02.1956, 2 Ob 91/56  
<sup>27</sup> OGH 23.06.1964, 4 Ob 145/64  
<sup>28</sup> OGH 18.04.1973, 1 Ob 66/73  
<sup>29</sup> OGH 29.02.1956, 2 Ob 75/56  
<sup>30</sup> OGH 09.01.1957, 1 Ob 1/57  
<sup>31</sup> OGH 18.04.1973, 1 Ob 66/73  
<sup>32</sup> OGH 29.02.1956, 2 Ob 75/56, 52 20/16  
<sup>33</sup> OGH 09.01.1957, 1 Ob 1/57  
<sup>34</sup> OGH 18.04.1973, 1 Ob 66/73  
<sup>35</sup> OGH 18.03.1981, 1 Ob 743/80  
<sup>36</sup> OGH 23.06.1964, 4 Ob 145/64  
<sup>37</sup> OGH 18.04.1973, 1 Ob 66/73  
<sup>38</sup> OGH 18.03.1981, 1 Ob 743/80  
<sup>39</sup> OGH 29.03.1956, 2 Ob 75/56  
<sup>40</sup> OGH 18.04.1973, 1 Ob 66/73  
<sup>41</sup> OGH 18.04.1973, 1 Ob 66/73  
<sup>42</sup> OGH 18.03.1981, 1 Ob 743/80  
<sup>43</sup> OGH 18.04.1973, 1 Ob 66/73





ges der Aufklärung im Einzelfall durch den Sachverständigen (SV) im Sinne einer feststellungsfähigen Tatsache angesehen<sup>36,37</sup> und war als Teil der Beweiswürdigung der Unterrichte in der Revisionsinstanz nicht überprüfbar<sup>38</sup>.

Eine grundlegende Bedeutung in der geschichtlichen Entwicklung der österreichischen Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärung kommt einem Urteil des OGH vom 23.06.1982<sup>39</sup> (SZ 55/114) zu, mit dem dieser seine bisherige Rechtsprechung zur richterlichen Kontrolle der ärztlichen Aufklärung änderte: Demzufolge erfolgte die Beurteilung der ausreichenden Aufklärung über einzuweisende Patienten durch den Richter anhand der ausschließlich nach juristischen Kriterien zu entscheidenden Frage, ob eine wirksame Einwilligung des Patienten in den ärztlichen Eingriff vorliege. Als Folge dieser Entscheidung hat der OGH eine rechtliche Festlegung des Umfangs der Aufklärungspflicht vorgegeben und sich dabei stark an der Rechtsprechung in Deutschland orientiert.

Hierbei unterscheidet der OGH zwischen der Aufklärungspflicht über typische Risiken des jeweiligen Eingriffs und der über allgemein mit jedem ärztlichen Eingriff verbundenen Risiken<sup>40</sup> (Tabelle 2).

Ungeachtet dessen kommt naturgemäß dem medizinischen Sachverständigen durch Aufarbeitung der medizinischen Grundlagen in eine für das Gericht verständliche Sprache für die Einschätzung des Richters weiterhin ein hoher Stellenwert zu.

<sup>36</sup> OGH 16.02.1955, 2. Ob. 84/55

<sup>37</sup> OGH 15.02.1956, 2. Ob. 51/56

<sup>38</sup> OGH 29.02.1956, 2. Ob. 75/56

<sup>39</sup> OGH 16.02.1955, 2. Ob. 84/55

<sup>40</sup> OGH 21.06.1989, 4. Ob. 135/89

<sup>41</sup> OGH 23.06.1982, 4. Ob. 545/82

<sup>42</sup> OGH 07.06.1978, 7. Ob. 103/78



Typische Risiken	Allgemeine Risiken
<p>Typische Risiken sind Risiken, die speziell dem geplanten Eingriff anhaften und auch bei Anwendung aller größter Sorgfalt und fehlerfreier Durchführung nicht sicher zu vermeiden sind. Da diese Risiken den nicht informierten Patienten übersehen würden, weil er mit diesen Folgen der Behandlung überhaupt nicht rechnet, ist über typische Risiken eines ärztlichen Eingriffs immer und unabhängig von ihrer Komplikationshäufigkeit aufzuklären.</p> <p>Eine Aufklärungspflicht besteht daher auch dann, wenn der Eintritt des Risikos äußerst selten ist. Das typische Risiko muss jedoch von einiger Erheblichkeit und dadurch getriggert sein, die Entscheidung des Patienten, ob er in den geplanten ärztlichen Eingriff einwilligen will oder nicht, zu beeinflussen.</p> <p><small>Tab. 2: Einwirkung des Risikos eines Nebenfalls</small></p>	<p>Allgemein mit einem Eingriff verbundenen Risiken sind beispielsweise das Infektionsrisiko sowie das Thrombose- und das Embolieisiko, also Risiken, die ganz allgemein mit ärztlichen Eingriffen verbunden sind. Über diese Risiken ist der Patient nach der Rechtsprechung des OGH grundsätzlich aufzuklären, soweit Schäden nicht nur in äußerst seltenen Fällen auftreten und anzunehmen ist, dass sie bei einem verständigen Patienten für seinen Entschluss, in die Behandlung einzuwilligen, nicht einsehbar im Gewicht fallen.</p>

Für den behandelnden Arzt ist entscheidend, dass die Rechtsprechung keine generell gültigen und verbindlichen Normen für die Aufklärung festlegt<sup>64</sup>. Für den Umfang der ärztlichen Aufklärung gibt es keine generellen, verbindlichen Normen, sie hat sich immer an den Umständen des Einzelfalles zu orientieren<sup>65</sup> und „Für den als Rechtsfrage zu lösenden Umfang der unabhängigen Pflicht des Arztes auf sorgfältige ärztliche Aufklärung über Art, Schwere und Gefahren sowie schädliche Folgen einer Operation oder deren Unterlassung, sowie über

<sup>64</sup> OGH 12.09.1990, 1. ObGS 1/90.



alternative Behandlungsmethoden gibt es keine generellen verbindlichen Normen<sup>44</sup>. Die Aufklärungspflicht hat sich immer an den medizinischen Besonderheiten des Einzelfalles zu orientieren. Sie ist umso umfassender, je weniger dringlich der Eingriff ist. Sie nimmt mit dem Maße zu, in dem die unbedingte und lebensnotwendige Indikation des beabsichtigten Eingriffes abnimmt.“ Das heißt, der Umfang der Aufklärung ist einerseits auf die Dringlichkeit der medizinischen Maßnahme, andererseits aber auch auf die individuelle Lebenssituation des Patienten abzustimmen.

Neben der unzureichenden Aufklärung, kann eine „zu umfassende Aufklärung“ ebenso rechtlich ungenügend sein. „Da die Aufklärung dem Patienten verständlich sein muss, bedeutet auch eine schonungslose „Überaufklärung“ durch überflüssige Übersättigung von Informationen, die der Patient nicht verarbeiten kann, im Ergebnis eine Nichtaufklärung.“<sup>45</sup> Diese Vorgabe des österreichischen Rechtssystems ist aus medizinischer Sicht als nahezu praktisch nicht durchführbar anzusehen, da die maximale Aufnahmefähigkeit eines medizinisch Unkundigen rein aus physiologischen Gründen mit etwa 7 von einander unabhängigen Fakten beschränkt ist.<sup>46, 47, 48</sup>

Die Zunehmende Standardisierung medizinischen Handelns steht hier zu der rechtlichen Vorgabe einer zunehmenden Individualisierung der Aufklärung im Widerspruch. Die Folge ist eine Verunsicherung der aufklärenden Ärzte.

<sup>44</sup> [OGH 07.09.1993 10.0b003/93](#)  
<sup>45</sup> Prusch, Karin, Die ärztliche Aufklärung Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten, WUV Verlag 2004 2. Auflage S 118  
<sup>46</sup> [www.7magicalnumbers.com/plus-or-minus-seven-some-blinks-on-the-edges-for-processing-information/psychology-at-home-1946-11-16-17/](#)  
<sup>47</sup> [Psychology: Working Memory, Simon 1974, 200 \(1984\), 102-9](#)  
<sup>48</sup> [Buckley, The magical number seven: Still magic after all these years? Psychological Review 1956, 103 \(10\): 352-6](#)



#### 4. Entwicklung des Dokumentationsaufwandes

Eine wichtige, gesetzlich verankerte, Pflicht des Arztes stellt die schriftliche Dokumentation des Behandlungsverlaufes dar<sup>58,59</sup>. Dem Patienten ist Einsicht in die Krankenunterlagen zu gewähren. In den letzten Jahrzehnten ist, insbesondere im Bereich der Krankenhäuser, das Ausmaß der Dokumentation sprunghaft angestiegen. Durch fast flächendeckenden Einsatz von Computern ist die Dokumentation zudem technisch und zeitlich aufwändiger geworden. Ein wesentlicher Teil der Zunahme des Dokumentationsaufwandes in den letzten Jahren ist der verpflichtenden Qualitätssicherung zuzurechnen<sup>60</sup>.

Beispielhaft sei hier die Entwicklung des Qualitätssicherungsprogrammes der USA, die „Joint Commission on Accreditation of Hospitals“ angeführt. Die ursprünglichen Anforderungen im Jahr 1918 bestanden aus 5 Punkten (Abbildung 6). Damals entsprachen in ganz USA lediglich 89 amerikanische Krankenhäuser diesem Standard. 1926 umfasste der Standard 18 Seiten – der heutige Standard, dessen Einhaltung die Voraussetzung für das Betreiben eines Krankenhauses in den USA darstellt, erstreckt sich mittlerweile auf über 300 Seiten.

Darüber hinaus werden in nahezu allen Krankenhäusern in Österreich ähnlich komplexe Qualitätsmanagement-Systeme etabliert. So befindet sich beispielsweise das Modell der European Foundation for Quality Management beim Wiener Krankenhausverband<sup>61</sup>, der Niederösterreichischen Krankenhausabteilung und der Oberösterreichischen Gesundheits- und Spital AG in der Einführungsphase. Im Auftrag des Wiener Krankenhausverbandes Generaldirektion wurde im Dezember 2003 eine vergleichende Studie integrierter Bewertungsverfahren für Krankenhäuser unter Berücksichtigung von Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung und Umweltmanagement durchgeführt<sup>62</sup> in dem der Zeitaufwand für die Umsetzung des EFQM-Modells mit wenigen Tagen (Workshop-Methode) bis zu einigen Monaten (Bewer-

<sup>58</sup> § 10 Abs. 1 S. 1

<sup>59</sup> § 10 Abs. 1 S. 2

<sup>60</sup> § 10 Abs. 1 S. 3

<sup>61</sup> <http://www.wkfv.or.at/>

<sup>62</sup> <http://www.wkfv.or.at/Dateien/EFQM-Studie.pdf>

D. Audek, H. Audek  
Patientenbefragung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit



Angabe um den Europäischen Qualitätspreis) angegeben wird (Seite 76). Tatsächlich wird von dem EFQM-Modell bereits für die Anerkennung „Recognised for excellence“ eine durchgängige Dokumentation von relevanten Zielgrößen über einen Zeitraum von mindestens 4 Jahren verlangt. Auch an der Medizinuniversität Wien ist ein System zum Qualitätsmanagement, das sich am EFQM-Modell anlehnt in Entwicklung<sup>14</sup>; hier wurde die Anzahl der Arztstellen im Zeitraum von 2009 bis 2013 um über 200 reduziert.

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Personalentwicklung in den deutschen Krankenhäusern wieder. Abbildung 3 stellt die Entwicklung der Anzahl der Krankenhausmitarbeitenden von 1995 bis 2011 in Deutschland dar (Quelle: [Deutsche Krankenhausgesellschaft](#) 02.02.2014).

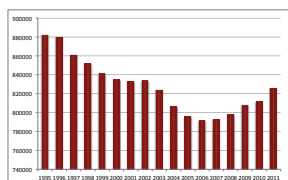


Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl der Krankenhausmitarbeitenden von 1995 bis 2011.

<sup>14</sup> EFQM Awards of Excellence, Quelle: Austria 2012

<sup>15</sup> Anmeldeamt der Medizinuniversität Wien, Endbericht 2008/2009 S.25



Dieser Abnahme des Krankenhauspersonals steht eine stetige Zunahme der in Krankenhäusern behandelten Patienten gegenüber. Abbildung 4 stellt die Anzahl von in deutschen Krankenhäusern seit 1994 behandelten Patienten pro Jahr dar (Quelle: [Deutsche Krankenhausgesellschaft](#) 02.02.2014)

In Abbildung 5 wird das Verhältnis der behandelten Patienten zu dem vorhandenen Personal in deutschen Krankenhäusern im Zeitraum von 1990 bis 2006 gegenübergestellt. Aus dem Kurvenverlauf ergibt sich klar, dass pro Patient weniger Zeiteinheiten verfügbar sind, insbesondere weil mit den zusätzlichen Krankheitsfällen nicht nur der Behandlungsaufwand am Patienten, sondern auch der administrative Aufwand ansteigt.

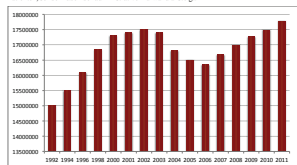


Abbildung 4 Anzahl der in deutschen Krankenhäusern pro Jahr behandelten Patienten

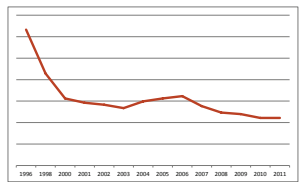


Abbildung 5: Verhältnis von Anzahl der behandelten Patienten über zu Anzahl der Mitarbeiter in deutschen Krankenhäusern



The Minimum Standard

1. That physicians and surgeons privileged to practice in the hospital be organized as a definite group or staff. Such organization has nothing to do with the question as to whether the hospital is "open" or "closed"; nor need it affect the various existing types of staff organization. The word STAFF is here defined as the group of doctors who practice in the hospital inclusive of all groups such as the "regular staff," the "visiting staff," and the "associate staff."
2. That membership upon the staff be restricted to physicians and surgeons who are
  - (a) full graduates of medicine in good standing and legally licensed to practice in their respective states or provinces,
  - (b) competent in their respective fields, and
  - (c) worthy in character and in matters of professional ethics, that in this latter connection the practice of the division of fees, under any guise whatever, be prohibited.
3. That the staff initiate and, with the approval of the governing board of the hospital, adopt rules, regulations, and policies governing the professional work of the hospital, that these rules, regulations, and policies specifically provide:
  - (a) That staff meetings be held at least once each month. (In large hospitals the departments may choose to be separately.)
  - (b) That the staff review and analyze at regular intervals their clinical experience in the various departments of the hospital, such as medicine, surgery, obstetrics, and other specialties; the clinical records of patients, fees and pay, to be the basis for such review and analyses.
4. That accurate and complete records be written for all patients and filed in an accessible manner in the hospital; a complete case record being one which includes identification data; complaint; personal and family history; history of present illness; physical examination; special examinations, such as consultations, clinical laboratory, X-ray and other examinations; provisional or working diagnosis; medical or surgical treatment; gross and microscopically pathological findings; progress notes; final diagnosis; condition on discharge; follow-up and, in case of death, autopsy findings.
5. That diagnostic and therapeutic facilities under competent supervision be available for the study, diagnosis, and treatment of patients, these to include, at least:
  - (a) a clinical laboratory providing chemical, bacteriological, serological, and pathological services,
  - (b) an X-ray department providing radiographic and fluoroscopic services,





Mittlere Folgen des zunehmenden Dokumentationsaufwandes und der Unterschätzung des tatsächlichen Aufwandes durch den Spitalerhalter waren in der jüngsten Vergangenheit eine Überlastung der Spitalärzte mit Routine-Dokumentationsstätigkeiten, die sogar zu einer Verschlechterung der Ausbildungssituation geführt hat. Beispielshaft seien hier drei Pressemeldungen angeführt<sup>11,12,13</sup>.

Für die Zukunft ist ein weiterer Ausbau des Qualitätsmanagements (Q.M.)<sup>14,15,16</sup> und Risikomanagements<sup>17</sup> geplant.

Diese aktuelle Entwicklung steht ohne einer entsprechenden Umstrukturierung des Systems (beispielsweise durch Einführung von Dokumentationspersonal für nicht unmittelbar ärztliche Dokumentation) klar im Gegensatz zu der gesetzlich und auch medizinisch geforderten Hinwendung zum Patienten.

## II. Problemstellung

Wie in dem Kapitel zur geschichtlichen Entwicklung dargestellt hat sich sowohl die Arzt - Patientenbeziehung als auch die rechtliche Situation in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt. All diesen Veränderungen gemeinsam ist die Forderung nach einer intensiveren Aufklärung und Transparenz der medizinischen Behandlung.

<sup>11</sup> ÖT3-Pressenotiz vom 15.01.2012: [Gravierende Mängel bei Terminiert- und Facharztambulanz im KKH](#)

<sup>12</sup> Der Standard 02.02.2012: [Lungärzte wollen keine "Systemerhalter" sein](#)

<sup>13</sup> Der Standard 04.03.2012: [Lungärzte: "Ich wollte nicht ständig Dienstverpflichtet sein"](#)

<sup>14</sup> Bundesgesundheitsministerium, Bundesgesundheitskommission 2012: [Der Gesundheitsbericht des BMG](#)

<sup>15</sup> Bundesgesundheitsministerium, Bundesgesundheitskommission 2012: [Fragestimmung KKH](#)

<sup>16</sup> Bundesgesundheitsministerium, Bundesgesundheitskommission 2012: [Einsatz für Gesundheitsfragen](#)

<sup>17</sup> Bundesgesundheitsministerium, Bundesgesundheitskommission 2012: [Gefahren von Infekten im Krankenhaus](#)

<sup>18</sup> Bundesgesundheitsministerium 2013: [Patientensicherheit Österreichische Strategie](#)



#### 1. Spezielle Situation in der Anästhesie

Gerade im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin ist es zu einer rasanten technischen Entwicklung und Lösung von Sonderfach Chirurgie gekommen. Gleichzeitig ist das Risiko eines chirurgischen Eingriffes nicht mehr nur durch die möglichen chirurgischen Komplikationen, sondern – häufig sogar ausgeprägter – durch die möglichen anästhesiologischen Komplikationen bestimmt. Während früher der Chirurg über den gesamten operativen Eingriff aufklären konnte, fehlen ihm namentlich die Fachkenntnisse über den anästhesiologischen Fachbereich aufzuklären. Insbesondere, aufgrund der Zunahme an älteren häufig multimorbiden Patienten nimmt das Operationsrisiko, bei gleichbleibendem chirurgischen Behandlungsrisiko, für die anästhesiologische Betreuung deutlich zu. Für die Praxis bedeutet das, dass die Patienten in ein chirurgisches Vorgehen einwilligen ohne das Gesamtrisiko des Eingriffes abschätzen zu können. Die Vorrichtung beim Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin erfolgt in aller Regel erst wenn eine Indikationsstellung durch den Chirurgen erfolgt ist und eine präzisierte Einwilligung des Patienten zu dem Eingriff vorliegt. Häufig sind Patienten dann sehr erstaunt wenn sie über ein hohes anästhesiologisches Risiko aufgeklärt werden, wo doch der Chirurg versichert hat, dass es sich nur um einen „kleinen risikolosen Eingriff“ handelt.

Als konkretes Beispiel der Besonderheit des Anästhesierisikos sei auf den Zeitraum der Narikoseeinstellung hingewiesen. Hier wird die spontane Atmung des Patienten unterbrochen und meist nach Einführen eines Beatmungsschlauchs in die Luftröhre durch eine Beatmungsgerät übernommen. Kommt es während diesem Zeitraum zu einer Komplikation, so kann das gravierende Folgen für den Patienten haben (Abbildung 7)



Abbildung 7: Folgen einer Sauerstoffunterversorgung für das Gehirn

Die Besonderheit liegt einerseits in dem extrem kurzen Zeitfenster bis zum Eintreten einer irreversiblen Schädigung, andererseits in der Tatsache, dass dieser Zustand durch den Anästhesisten im Rahmen der Narkoseeinstellung bewusst herbeigeführt wird – anders als bei einem Unfallfall, der ja von vorne herein „schicksalhaft“ in eine kritische Situation gekommen ist. Ein ähnlich kritischer Zeitpunkt ist die Entfernung des Beatmungsschlauches und der Übergang zu einer ausreichenden Eigenatmung. Da nun der Chirurg als primär behandelnder Arzt die Behandlung des Patienten einleitet, die Diagnose stellt und den Patienten über die chirurgischen Risiken, alternative Behandlungsmethoden und den gewöhnlichen Verlauf der Erkrankung aufklärt und oft über längere Zeit bereits baut sich naturgemäß eine Vertrauensbeziehung auf. Wird nun gemeinsam die Entscheidung zu einer Operation in Narkose getroffen, so kommt in aller Regel am Vortag zur Operation ein völlig unbekannter Anästhesist, der unter Zeitdruck den Patienten über vorher nicht bekannte Risiken des Eingriffes aufklärt. Dadurch werden angefallene potentielle Komplikationen von den Patienten häufig bagatelisiert oder nicht in ihrer vollen Tragweite wahrgenommen.



nommen. Dazu kommt noch, dass wie Untersuchungen gezeigt haben sich Patienten nachweislich aufklärte Komplikationen häufig nicht merken<sup>64</sup>. Dies spielt im rechtlichen Sinne zwar keine Rolle, da argumentiert wird, dass zum Zeitpunkt der Einwilligung die möglichen Komplikationen ja noch im Gedächtnis präsent sind, bei einer später aufgetretenen Komplikation kann sich der Patient aber dann unter Umständen nicht mehr an die Anführung im Aufklärungsgespräch erinnern. Zudem bleibt es fraglich, ob die Patient überhaupt mehr als sieben Einzelblätter überhaupt aufschreiben kann<sup>65</sup>. Gerade bei älteren, multimorbiden Patienten steigt die Anzahl der anästhesiologischen Risiken aber sprunghaft an. Dadurch entsteht die Gefahr, dass diesen Patienten im Rahmen eines Einzelgesprächs die für eine Entscheidung notwendigen Fakten gar nicht vermittelt werden können an. Die Folge wäre somit eine Überaufklärung, die rechtlich einer fehlenden Aufklärung gleich zu setzen ist. Der oben angeführte Zeitdruck entsteht dadurch, dass bei der Berechnung der OP-Kapazität zwar die Organisationszeiten im Operationsbereich (Ein-/Anschließen der Patienten, Reinigung des Operationsaales etc.) berücksichtigt werden, nicht jedoch der Zeitaufwand für die anästhesiologische Vorbereitung der Patienten. Die Anzahl der von Anästhesisten betreuten Patienten werden ja nicht durch die Abteilung für Anästhesie bestimmt, sondern durch das jeweilige chirurgische Fach, da die Anästhesie hier eine reine Servicefunktion übernimmt. Eine sorgfältig vorgenommene anästhesiologische Aufklärung der Patienten, die diesen eine echte Mitbestimmung bei der Wahl des Narkoseverfahrens ermöglicht und mögliche Risiken und Alternativen erklärt dauert inklusive der anästhesie-spezifischen Anamnese und Patientenuntersuchung je nach Komplexität des Falles zwischen 30 und 45 Minuten. Gerade bei kurz dauernden chirurgischen Eingriffen kann also die notwendige Zeit für die anästhesiologische präoperative Visite die Dauer der Operation übersteigen. Für die anästhesiologische Betreuung von Fachbereichen mit vielen kurz dauernden Operationen – wie z.B. die Gynä-

<sup>64</sup> [Muller, G. A. The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information? Psychological Review 1956; 63 \(2\): 81-101](#)

<sup>65</sup> [Baskin, Alan. The magical number seven: Still magic after all these years? Psychological Review 1966; 73\(2\): 83-104](#)

<sup>66</sup> [Baskin, Alan. Working Memory. Science 1967; 255 \(5046\): 556-558](#)



D. Andel, H. Andel  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit

logie oder HNO wäre für eine lege artis Aufklärung pro Stunde-einer Operationszeit mit etwa einer Stunde reiner anästhesiologischer Vorbereitungszeit, somit mit einer nahezu doppelten anästhesiologischen Personalbindung zu rechnen. Da diese Personalkapazität seitens der Krankenhäuser nicht vorgehalten wird beträgt in der Praxis die vorhandene Zeit pro Patient etwa 10 bis 15 Minuten.

Eine Abschätzung des Personalbedarfes sei anhand des AKH durchgeführt. Im Jahr 2011 wurden im AKH 1383 Operationen in Operationsräumen und 1425 Operationen in Eingriffsräumen durchgeführt<sup>17</sup>. Vernachlässigt man die Operationen in den Eingriffsräumen, die ja zum Teil ohne Anästhesisten durchgeführt werden und rechnet man für die Patientenaufklärung und Einwilligung im Schnitt 30 Minuten so ergeben sich als Zeitaufwand pro Jahr 16942 Stunden. Ausgehend von den durchschnittlich geleisteten Arbeitsstunden bei Unselbständigen in Österreich 31,4 Stunden pro Woche<sup>18</sup> wären somit 10,38 Mitarbeitende Anästhesisten durchgehend mit der Aufklärung von Patienten beschäftigt.

Durch die Verwendung von professionellen Aufklärungsbögen, die unter Mitarbeit von Juristen ausgearbeitet wurden zB von Diomed<sup>19</sup> wird bei den aufklärenden Anästhesisten häufig der Eindruck erweckt, dass eine Unterschrift des Patienten bereits eine ausreichende Aufklärung garantiert. Aus rechtlicher Sicht – gerade wenn aus Zeitmangel nicht eingehend auf die individuelle Situation des Patienten eingegangen wurde – reicht ein bloßes Ausfüllen oder Unterschreiben eines solchen Bogens jedoch nicht aus.

<sup>17</sup> [www.ogai.at/Dateien/2011](http://www.ogai.at/Dateien/2011)

<sup>18</sup> Statistik Austria:

[http://www.statistik.at/neuerscheinungen/erwerbstatistik/erwerbstatistik\\_ergebnisse/erwerbstatistik\\_ergebnisse/erwerbstatistik.html](http://www.statistik.at/neuerscheinungen/erwerbstatistik/erwerbstatistik_ergebnisse/erwerbstatistik_ergebnisse/erwerbstatistik.html)

<sup>19</sup> Diomed Anästhesie Aufklärungsbogen (Master) <https://www.bun.com/Uploads/AnasthesieAufklaerungsbogen.pdf>



## II) Hauptteil

### I. Notwendiger Umfang der Risikoaufklärung

1. Problemstellung  
Die die Aufklärung des Patienten das Ziel in der Wahrung der Entscheidungsfreiheit hat ist eine Wissensvermittlung betreffend der mit dem jeweiligen Eingriff verbundenen Risiken als Vorbereitung der konkreten Entscheidung des Patienten von entscheidender Bedeutung. Ohne, dass die Risiken dem Patienten bekannt sind kann er keine auf Daten und Fakten beruhende Entscheidung treffen – damit kann das gesetzlich festgelegte Selbstbestimmungsrecht als Voraussetzung für eine selbstwirksame Einwilligung in eine Heilbehandlung nicht ausgeübt werden. Es würde somit eine eigenmächtige Heilbehandlung im Sinne § 110 StGB<sup>76</sup> vorliegen. Somit hat eine mangelhafte Aufklärung – zumindest theoretisch – auch strafrechtliche Konsequenzen, die mit einem Strafrahmen von bis zu 6 Monaten Freiheitsstrafe festgelegt sind. In der Praxis handelt es sich jedoch in Österreich noch um „totes Recht“, das heißt, dass sich die Folgen einer mangelhaften Aufklärung auf den zivilrechtlichen Bereich beschränken. Dem gegenüber ist in Deutschland in diesem Zusammenhang die dort früher ebenfalls übliche, sich aber in den letzten Jahren mehrmals Fälle ersichtliche Praxis zu erwähnen, in der bei Verletzung der Aufklärungspflicht eine vorsätzliche Körperverletzung bejaht wird und dadurch im Falle des Todes des Patienten der Tatbestand der Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) angewandt wird. Dieser sieht – im Unterschied zur in aller Regel mit Geldstrafe geahndeten fahrlässigen Tötung – eine Mindeststrafe von drei Jahren Freiheitsstrafe ohne Bewährungsfrist, in milder schweren Fällen immerhin noch eine Strafuntergrenze von einem Jahr vor.<sup>77</sup>

<sup>76</sup> [Strafgesetzbuch § 110](#)  
<sup>77</sup> [Ulmerhimer, Klaus: Das Gewissen des Arztes in einer verrechtlichten und ökonomisch geprägten Medizin, \*Rechtsmedizin und Intensivmedizin\* 2012, S. 105](#)



Die Risikoaufklärung informiert den Patienten über mögliche Komplikationen der Behandlung, die auch bei einem Vorgehen mit größter ärztlicher Sorgfalt nach den Regeln der ärztlichen Kunst / der medizinischen Wissenschaft eintreten können. Der Gesetzgeber unterscheidet hierbei zwischen Komplikationen die häufig eintreten und solchen, die für einen Eingriff typisch sind. Für typische Risiken gilt, dass sie einen nicht informierten Patienten überraschend treffen weil er nicht damit rechnet. Über typische Risiken ist jedenfalls und unabhängig von der statistischen Wahrscheinlichkeit des Auftretens – also auch bei extremer Seltenheit – immer hinzuweisen (verschärft Aufklärungspflicht). Allerdings beschränkt auch hier die Einschränkung, dass das Risiko für den individuellen Patienten so erheblich ist, dass es geeignet ist seine Entscheidung zu beeinflussen.

Daneben existieren noch allgemeine Risiken – das sind solche, die mit jedem invasiven medizinischen Eingriff verbunden sind. Diese Gefahren werden im Allgemeinen als für den Patienten wenig überraschend angesehen.

Über Risiken, die äußerst selten vorkommen und es für den Arzt anzunehmen ist, dass für den Patienten ein Hinweis auf eine solche mögliche Schädigung nicht entscheidungsrelevant ist muss nicht aufgeklärt werden.

In jedem Fall muss aber auf die spezielle Situation des Patienten mit allfällig vorhandenen Vorerkrankungen (patientenspezifische Risiken) eingegangen werden, die zu einer Verschärfung des Risikocharakters für medizinische Eingriffe führen kann. Dies beinhaltet auch ein Eingehen auf die Lebensumstände des Patienten – soweit sie dem Arzt bekannt sind – hier muss speziell auf Risiken, die eine besondere Fähigkeit des Patienten betreffen (zB Heiserkeit bei Sängern, Handbeweglichkeit bei Pianisten) eingegangen werden.

Auch die Dringlichkeit des Eingriffs und die Schwere der Grunderkrankung haben einen wesentlichen Einfluss auf das notwendige Ausmaß der Risikoaufklärung. Je dringlicher der Eingriff und schwerwiegender die Folgen einer Unterlassung sind desto mehr tritt eine Aufklärung über mit dem Eingriff verbundene Risiken in den Hintergrund. Diesem Umstand



wurde beispielsweise in dem Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen<sup>74</sup> Rechnung getragen. Da diese Eingriffe weder sachlich notwendig noch zeitlich vordringlich sind, werden besonders hohe Anforderungen an den Umfang der Aufklärung gestellt. Unter anderem wurde eine Frist von zumindest zwei Wochen zwischen Aufklärung und Operation festgelegt. Zudem darf die Operation erst am Tag nach der Einwilligung des Patienten erfolgen. Vom Ansatz der Aufklärung her ist eine Totalaufklärung unter Berücksichtigung von extrem seltenen Risiken und selbst Unannehmlichkeiten gefordert. Obwohl in dem vorliegenden Gesetz die Aufklärung / Einwilligung zu einer für den chirurgischen Eingriff notwendigen anästhesiologischen Betreuung nicht erwähnt wird ist wohl davon auszugehen, dass die Verpflichtung zur erweiternden Aufklärung für anästhesiologische Maßnahmen in gleicher Weise wie für die chirurgischen Maßnahmen anzuwenden ist.

Für den Anästhesisten, der den Patienten vom Chirurgen mit bestehender Indikation zur Operation und meist schon erfolgter Zustimmung zu dem operativen Eingriff zugewiesen bekommt, ergeben sich hierbei folgende Besonderheiten: die Dringlichkeit der Operation wird durch den Chirurgen vorgegeben (und häufig nicht kommuniziert), im Unterschied zur chirurgischen Exploration, die ja eine Untersuchung zur Indikationsstellung des Eingriffes erfordert ist für die anästhesiologische Aufklärung und Einholung der Einwilligung zur Narkose ein deutlich geringeres Zeitkontingent vorgesehen. Dadurch wird das Erfassen der individuellen Lebenssituation des Patienten schwierig – wenn nicht sogar unmöglich.

Aus dem oben angeführten leitet sich ab, dass der notwendige Umfang der Risikoaufklärung immer individuell bestimmt werden muss und keine allgemein gültigen Regeln aufzustellen sind. Daran leitet sich aber für den behandelnden Arzt eine nicht zu vernachlässigende Rechenschaftspflicht ab. Wie oben angeführt trifft dies insbesondere für Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin im Rahmen der Narkosevorbereitung zu, da ihnen die Lebensumstände des Patienten völlig unbekannt sind und aufgrund der zeitlichen Vorgaben durch den Dienstgeber (siehe Einleitung spezielle Situation der Anästhesie) auch gar nicht die Mög-

<sup>74</sup> [AnschÖstG](#)





Ichheit bleibt neben den medizinischen Risikofaktoren (Patientenspezifische Risiken) auch noch die Lebensumstände des Patienten zu explorieren.

Da es kommt noch, dass seitens des Arztes eine Einschätzung von Intelligenzgrad und Bildung des Patienten erfolgen muss, da eine Überinformation, die der Patient nicht intellektuell verarbeiten kann ebenso sein Selbstbestimmungsrecht beeinträchtigt. Eine Aufklärung über den Umfang hinaus den ein Patient verarbeiten kann ist somit rechtlich einer unferlassenen Aufklärung gleichzusetzen. Ebenso ist der psychische Verfassung und Belastbarkeit des Patienten Rechnung zu tragen – die Aufklärung hat in „möglichst verständlicher und schonungsvoller Art“ zu erfolgen“.

Die hier an den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin von juristischer Seite her gestellte Aufgaben:

- Erfassung der aktuellen psychischen Verfassung des Patienten
  - Erfassung der aktuellen psychischen Belastbarkeit des Patienten
  - Exploration der Lebensumstände
  - Erfassung von Intelligenzgrad und Bildungsniveau
  - Erfassung des medizinischen Risikoprofiles
  - Erfassung der (chirurgischen) Dringlichkeit des Eingriffes
- in einem Zeitraum von 10 Minuten bis maximal 15 Minuten in dem ja gleichzeitig die komplette Aufklärung des Patienten inklusive der notwendigen Wissensvermittlung zu dem anästhesiologischen Vorgehen erfolgen muss ist in der Praxis nicht lösbar.

Speziell durch das Fehlen von einheitlichen Vorgaben über welche Risiken prinzipiell jeder Patient aufgeklärt werden soll entsteht eine für die praktische Arbeit am Patientenbett unbefriedigende Situation. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der vorliegenden Masterthese eine Befragung aller derzeit (Stand 15.10.2013) in der Gerichtsachverständigenliste geführten allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen für das Fachgebiet



Anästhesiologie und Intensivmedizin<sup>74</sup> im Hinblick auf die notwendige Risikoaufklärung durchgeführt

## 2. Methodik

Da der Bewertung über den notwendigen Umfang der Risikoaufklärung im Einzelfall eine rein ärztlichen Beurteilung zugrunde liegt (ärztliche Einschätzung des Patienten, ärztliche Einschätzung des individuellen Risikoprofiles des Patienten, ärztliche Einschätzung über das Ausmaß und die Schwere der zugrundeliegenden Erkrankung) wird als Entscheidungsgrundlage in aller Regel auf das Sachverständigenurteil zurückgegriffen werden müssen.

In Fällen wegen unzureichender Risikoaufklärung ist die „post hoc“ Bewertung des Sachverständigen ob über ein Risiko über das keine Aufklärung des Patienten erfolgt ist nach dessen Verwirklichung „ex ante“ eine Aufklärung hätte erfolgen müssen daher von entscheidender Bedeutung für den Ausgang des Rechtsstreits.

Aus diesem Grund wurde eine Liste mit bekannten anästhesiologischen Komplikationen (Abbildung 5) – aufgeschlüsselt nach deren Häufigkeit an alle in der Gerichtsachverständigenliste unter dem Fachgebiet Anästhesiologie und Intensivmedizin gelisteten Sachverständigen gesendet (Begleitschreiben siehe nächste Seite). Die Sachverständigen wurden ersucht zu beurteilen ob eine Komplikation ein typisches Risiko darstellt (verschärfte Aufklärungspflicht) und ob sie im Falle der Verwirklichung des Risikos „ex post“ eine „ex ante“ Aufklärung fordern würden.

<sup>74</sup> Sachverständigenliste für das Fachgebiet Medizin - Anästhesiologie, Intensivmedizin (15.10.2013)

D. Ansdl, H. Ansdl  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit



AN UNIV. PROF. DR. HARALD ANSDL, MDC  
FACHABTEIL FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVMEDIZIN  
ALLGEMEIN BEWEISLICH UND SONDERLICH BEWEISLICHE BEHANDLUNGSMAßNAHMEN  
BRUNNENPLATZ 7  
A 1200 WIEN

An  
«Ansdler»-Konten  
«Ansdler»-E-Mail  
«Ansdler»-Webseite  
Wien, am 16.10.2013

Betreff: Umfrage Sachverständige zum Umfang der Rückaufklärung Patienten  
Sehr geehrte «Ansdler»-Konten,

Im Rahmen meines Medizinischen Doktorstudiums an der Donauuniversität Krems schreibe ich gerade eine Masterarbeit zum Thema  
„Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit“

Die Masterarbeit wird in Zusammenarbeit mit der [ABGG, Eidgenössische Patientenkommission](#) der Schweiz durchgeführt.

Hintergrund: Die Chances einer Patienten einen Prozess wegen unangenehmer Aufklärung zu gewinnen liegen derzeit bei etwa 10%. Ein solches Resultat bei etwa 10%, für den Umfang der Rückaufklärung gibt es keine genaue gesetzliche Vorgaben – daher wird die Durchsetzung der Aufklärung über das Nachherliche nur während vor in erster Linie von langwierigen Sachverständigen abhängen.

Ziel dieser Umfrage ist es einen möglichst hohen Kenntnis über den Umfang der notwendigen Aufklärung unter den in Österreich tätigen Anästhesisten und Intensivmedizinern zu erheben. Die Ergebnisse der Umfrage sind für die ABGG, Eidgenössische Patientenkommission notwendig – selbstverständlich erhalten Sie ebenfalls ein Feedback über das Ergebnis. Dadurch soll eine bessere Rechtsicherheit für die endgültigen Aufklärung/Entscheidungen erreicht werden.

Beliebig habe ich einen Fragebogen mit bekannten Hintergrundinformationen zusammengefasst. Ich würde Sie um eine Rückmeldung, ob Sie sich „Rückaufklärung“ (erhöhte Aufklärungsverpflichtung) und würde die Sie als „Aufklärungspflichtig“ ansehen mit einem in weiteren Fall. Bitte um Ihre Rückmeldung über meine registrierte E-Mail-Adresse, die Sie die Aufklärungspflichtig ansehen über am Ende des Fragebogens haben. Bitte das entsprechende Ergebnis per Email ([haraldansdl@univie.ac.at](mailto:haraldansdl@univie.ac.at)) oder per Fax (+43 1 27989000/7) zurücksenden.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe  
Harald Ansdl

FAX: +43 1 27989000/7  
Email: [harald.ansdl@univie.ac.at](mailto:harald.ansdl@univie.ac.at)  
ISBN: + 43 276 976 1997



Die Liste umfasst folgende Gruppen, aufgeteilt nach Häufigkeit:

- Gruppe 1: Häufigkeit 1:10 bis 1:100 mit 15 bekannten Komplikationen
- Gruppe 2: Häufigkeit 1:100 bis 1:1000 mit 19 bekannten Komplikationen
- Gruppe 3: Häufigkeit 1:1000 bis 1:10 000 mit 18 bekannten Komplikationen
- Gruppe 4: Häufigkeit weniger als 1:10 000 mit 27 bekannten Komplikationen
- Sonstige: Möglichkeit Komplikationen aus dem eigenen Erfahrungsschatz als SV aufzuzählen



Komplexitätsaufgabebeschreibung	Ergebnis	
	Erreichte Punktzahl	Erreichte Punktzahl
<b>Gruppe 1: Gefährliche unerwünschte Wirkungen der Anästhesie (2-10 - 2-200)</b>		
Bewusst- oder Bewusstlosigkeits (Bewusstseins)		
Stimm- und Stimmlosigkeit (Stimmlosigkeit)		
Bei Kindern in der Aufsichtsphase: Würgen, Schreien, Toben		
Bei sehr alten Patienten und solchen mit Demenzerkrankungen für einige Stunden Verwirrtheit und Aggressivität		
Übelkeit und Erbrechen		
Hals- und Rachenblutungen		
Schleimbildung		
keine Komplikationen		
vorübergehende Blutdruck- und Pulsabfall (nach Regionalanästhesie)		
Blutverlust (bei allen nach Rückenmarksanästhesie)		
Müdigkeit, Schwindel oder Taubheitsgefühl, Muskelschwäche, Krämpfe oder Schmerzen im Bereich des Gliedmaßen (nach Regionalanästhesie)		
vorübergehende Nervenparese im Bereich (nach Regionalanästhesie am Arm oder Bein)		
vorübergehende Hämiparese (nach Regionalanästhesie am Arm oder Bein)		
vorübergehende einschwere Anurie (nach Regionalanästhesie am Arm oder Bein)		
vorübergehende Nüchternheit des Augenbilda (nach Regionalanästhesie am Arm oder Bein)		





Komplikationsbedingten Anästhesie	Schwere	
	Lebensbedrohlich	Lebensgefährlich
<b>Gruppe B: Mit schwerwiegenden Auswirkungen der Anästhesie (z.B. 200 - 2.000€)</b>		
Reaktion im Narke (Awaken)		
Leblicher von Operation oder Regenerativ in die Lunge (Vaporisiert) mit möglichem Lungenödem, Lungenblutungen, Lungenembolie und Atemstillstand mit kardialer Instabilität		
Blutige Verunreinigungen		
Leblicher mit Hypoxie (Hypox) Lebensbedrohlich nach Übertragung von Fremdblut oder Fremdblutbestandteilen		
Übertragung von Bakterien, Viren, Pilzen, Parasiten und Parasiten mit Bluttransfusionen, Kontakt oder Atemweg		
Bestehende Störungen (Hypoxie)		
Blutdruck		
Bestehende Atemnot		
Blutige Stühle (Häm) und Kreislaufstörungen (z. B. nach Anästhetika-Exposition)		
Pharmakologische Reaktionen		
Bestehende Übertragung, z. B. des Scharlachbakteriums oder des Zosterbakteriums und Behandlung der Anästhesie durch Regenerativstoffe am Arm oder Bein		
Übertragung von Luft in den Blutkreislauf mit erhöhter Anämie und Schilddrüsenfunktionsstörungen (nach Anästhetika-Exposition)		
Blutige Flüssigkeiten (Bluterguss) - nach Rückenmarkskanalar Regenerativstoffen		
Bluterguss (z.B. Übertragung) - nach Rückenmarkskanalar Regenerativstoffen		
Übertragung von Bakterien (z.B. Übertragung) - nach Rückenmarkskanalar Regenerativstoffen		
Übertragung (z.B. Übertragung) - nach Rückenmarkskanalar Regenerativstoffen		
Bluterguss, Häm- und Kreislaufstörungen, Kreislaufstörungen und Atemnot, wenn die Anästhesie in den Rückenmarkskanalar (z.B. nach Rückenmarkskanalar)		
Übertragung des Rückenmarks (nach Rückenmarkskanalar)		







D. Audek, H. Audek  
 Patientenführung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit

Komplexitätsaufgabe/Anforderung	Evidenz	Konsens	Bewertung	
			Struktur	Inhalt
Prinzip 3: Patienten führen: entsprechende Willensbildung (Anästhesie) vorangeht vor (2018)				
Planung und Einleitung der Periduralanästhesie				
Einleitung und Einleitung der Periduralanästhesie im Hinblick auf die Einleitung der Anästhesie				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				
Einleitung Periduralanästhesie bei Verschiebung (nach Konsens mit Regulator/Ärztin)				

Komplexitätsaufgabe/Anforderung	Evidenz	Konsens	Bewertung	
			Struktur	Inhalt
Kategorie				
Methoden / Formalien nach Sperrverfahren (Sonderfall)				

Abbildung 1: Schema Komplexitäten der intraoperativen anästhesiologischen Betreuung nach Häufigkeit gestuft



Die angeführten Komplikationen wurden, unabhängig von ihrer Häufigkeit, in Hinblick auf ihre Schwere in drei Gruppen eingeteilt:

- Geringfügige Komplikationen (Gruppe A)
- Erhebliche und zeitlich beschränkte schwere Komplikationen (Gruppe B)
- Schwere und schwerere bleibende Komplikationen (Gruppe C)

Als Komplikationen der Gruppe A wurden eingestuft:

Bluterguss oder Blutung (nach Blutergußpunktion)
Zittern und Frieren (Shivering)
bei Kindern in der Aufwachphase: Weinen, Schreien, Toben
Übelkeit und Erbrechen
Hals- und Rachenödemem
Schluckbeschwerden
mehrfache Blaugefäßpunktionen
Hautverhalt (vor allem nach rückenmarksnaher Regionalanästhesie)
Wärme-, Schwere- oder Taubheitsgefühl, Muskelzittern, Kribbeln oder Ziehen in den betroffenen Gliedmaßen (nach Regionalanästhesie)
vortibergendes Wärmegefühl im Gesicht (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals)
vortibergendes Hitzegefühl (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals)
vortibergendes Hängen des Auges (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals)
Juckreiz
schwere allergische Reaktionen
geplante Verlegung im Aufwachraum/Überwachung/Intensivstation *
Hinweis auf Schulrechnen bei LSK-Verfahren *
postoperative Schmerztherapie: wie weiter *
trockener Hals *

\* zusätzlich angegebene Punkte



Diese Gruppe umfasst Komplikationen, die für die Patienten unangenehm sein können, im Vergleich zu den normalen Nebenwirkungen eines mittelschweren chirurgischen Eingriffes jedoch vernachlässigbar gering und vor allem vorübergehend erscheinen. Die Information der Patienten erfolgt daher weniger im Sinne eines eingegangenen Risikos, sondern eher um eine nicht notwendige Beunruhigung der Patienten im Falle des Auftretens zu vermeiden. Die Gruppe umfasst 14 der 79 dokumentierten Komplikationen.



Als Komplikationen der Gruppe B wurden eingestuft:

bei sehr alten Patienten und solchen mit Demenzerkrankungen; für einige Stunden Verwirrtheit und Aggressivität
vortibergender Blutdruck- und Pulsabfall (bei Regionalanästhesie)
vortibergend erschwerte Atmung (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals)
Atembeschwerden
Kreislaufstörungen
Infektionen im Bereich der Einstichstelle (z. B. Venenentzündungen, Venenströmungen, Spritzenabszess, Absterben von Gewebe)
Heiserkeit (vortibergend)
Kopfschmerzen
Zahnabfälle (auch an Implantaten und fest sitzendem Zahnersatz) mit Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung
Zahnverlust mit Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung
Herzrhythmusstörungen (vortibergend)
vortibergende oder bleibende Nervenschäden nach Blutergusspunktion (z. B. Missempfindungen, Berührungsempfindlichkeit, Taubheitsgefühl)
Einklingen von Luft in den Brustfellraum mit erschwelter Atmung und Schmerzen
(Pneumothorax - nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals)
Krampfanzfall (bei Regionalanästhesie oder unbeachteter arterieller Injektion)
Rücken- und Kreuzschmerzen (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
starke Kopfschmerzen (vortibergend - nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Einklingen von Luft in den Brustfellraum mit erschwelter Atmung und Schmerzen
(Pneumothorax - nach mechanischer Bestimmung)
Hörstörungen (vortibergend - nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Gleichgewichtsstörungen (vortibergend - nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Sehstörungen (vortibergend - nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)



Die hier aufgeführten Komplikationen sind entweder von der Art her für die Patienten so belastend oder von der Schwere her so gravierend, dass Nachbegerichtliche mit zurechenbaren Risiken (zB Einlegen eines Drains bei Pneumothorax) notwendig wären. Die hier angeführten Risiken sind geeignet die Wahl des anästhesiologischen Vorgehens zu beeinflussen. Die Gruppe umfasst 20 der 79 dokumentierten Komplikationen.



Als Komplikationen der Gruppe C wurden eingestuft:

trampfarziger Verschluss der Luftwege (z. B. Laryngospasmus, Bronchospasmus)
Lähmungen oder Gefühlsstörungen an Armen oder Beinen durch Druck oder Zerrung bei der Lagerung
Stichende Nervenschäden, z. B. ohrenschmerz Schmerzen (nach Regionalanästhesie)
Stichende Gefühlsstörungen (nach Regionalanästhesie)
Wachheit in Narkose (Awareness)
Einfließen von Speichel oder Mageninhalt in die Lunge (Aspiration) mit möglicher Lungenentzündung, Lungenabszess, Lungenversagen und Notwendigkeit zur künstlichen Beatmung
längerfristige Verwirrheitszustände
Infektion mit Hepatitis-Viren (Vögel: Leberentzündung) nach Übertragung von Fremdblut oder Fremdbiotbestandteilen
Verletzungen von Rachen, Kehlkopf, Luftröhre und Stimmbändern mit Missempfindungen, Heiserkeit oder Atemnot
Stichende Stimmstörungen (Heiserkeit)
Stimmverlust
Stichende Atemnot
lebensgefährliche Herz- und Kreislaufreaktionen (z. B. nach unbeabsichtigter arterieller Injektion)
schwere allergische Reaktionen
Stichende Lähmungen, z. B. des Stimmbandervs oder des Zwerchfells mit Behinderung der Atmung (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals)
starke Kopfschmerzen (längerfristig - nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Krampfzustände, Herz- und Kreislaufstörungen, Bewusstseinsverlust und Atemversagen, wenn das Betäubungsmittel in den Blutkreislauf gelangt (nach Regionalanästhesie)
Verletzung des Rückenmarks (nach thorakaler Periduralanästhesie)
Herz-Kreislaufstillstand
Artemittelfall
Bildung von Blutgerinnseln (Thromben) evtl. dadurch Gefäßverschluss (Embolie) - mit Organschäden (z. B. LungeneMBOLIE, Schlaganfall mit bleibender Lähmung)



Allgemeine Blutvergiftung (Sepsis)
Entzündung von Organen, z. B. der Hirnhäute (Epiduritis)
Siechende Verschlechterungen des Gleichgewichtsempfindens (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Fremdblut oder Fremdblutbestandteilen
schwer wiegende Unverträglichkeitsreaktionen
Siechende Lähmungen nach Nervenverletzung, nach Blutergüssen, nach schwer wiegenden Entzündungen
stärkere Blutungen durch die Verletzung von Venen oder Arterien und des beschriebenen Gewebes (durch die Injektionsanode), die eine operative Behandlung notwendig machen
lebensbedrohliche Stoffwechselstörung mit Anstieg der Körpertemperatur (Maligne Hyperthermie) mit Notwendigkeit der intensivmedizinischen Behandlung - und evtl. Meiben Schäden an wichtigen Organen (z. B. Gehirn, Nieren)
Organschäden
Herzinfarkt
Siechend oder lang andauernd: Nerven, Schmerzen, Missempfindungen, Taubheitsgefühl und Lähmungen nach Haut-, Weichteil- und Nervenschäden
Nervenschäden mit Lähmung (nach Regionalanästhesie)
schwer wiegende Blutergussverletzung (nach Regionalanästhesie)
Infektion in Rückenmarksnähe (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Bluterguss in Rückenmarksnähe (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Nervenverletzungen (bei rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Verletzung und Erweiterung der Artnschlagader (so genanntes Pseudoaneurysma) mit den Folgen Missempfindungen im Arm oder Lähmung der Artnplexusnerven (bei Artnplexusanästhesie)
Siechende Verschlechterungen des Hörvermögens (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)



Mehrfache Verschlechterungen des Sehvermögens (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Mehrfache Potenzstörungen (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Mehrfache Harn- und Stuhlinkontinenz (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Querschnittslähmung (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Verletzung des Rückenmarks (nach lumbaler und kaudaler rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Hirnhautentzündung (Meningitis - nach rückenmarknaher Regionalanästhesie)
Hörsturz / Tinnitus nach Spinalanästhesie (Literatur)*
Blindheit nach Häufige*

\* zusätzlich angegebene Punkte

Die hier angeführten Komplikationen sind von der Art her so schwerwiegend oder können so schwerwiegende Folgen haben, dass sie größere Auswirkungen als ein elektiver Eingriff für sich selbst haben können. Die Komplikationen wären daher geeignet die Entscheidung des Patienten zu dem Eingriff selbst zu beeinflussen. Die Gruppe umfasst 45 von 79 dokumentierten Komplikationen.

Sowohl die Beurteilung einer „Aufklärungspflicht“, als Einteilung in Hinblick auf den Schweregrad ist auf einen „Standardpatienten“ für einen mittelschweren elektiven operativen Eingriff definiert. Naturngemäß muss im Einzelfall auf die individuelle Situation des Patienten (vorgesehener Eingriff, spezielle Risikosituationen, Auswirkungen von Komplikationen auf die Lebenssituation) eingegangen werden. Dies konnte bei dem Setting der Umfrage nicht berücksichtigt werden. Auf die Notwendigkeit der Individualisierung und sich daraus ergebende Konsequenzen wird aber bei der Darstellung und Diskussion der Ergebnisse detailliert eingegangen.

### 3. Ergebnisse

a) Sachverständige eintragen für den Bereich Anästhesiologie, Intensivmedizin:

In der Gerichtsachverständigenliste fanden Eintragungen in folgender Sprechreihenfolge:





- LGZ Wien 11 SV
- LG Korneuburg 01 SV
- LG St. Pöten 01 SV
- LG Wiener Neustadt 02 SV
- LG Linz 05 SV (davon 1 Einschränkung auf nur Intensivmedizin\*)
- LG Steyr 01 SV (davon 1 Einschränkung auf nur Intensivmedizin\*)
- LG Weh 01 SV
- LG Salzburg 02 SV (davon 1 Einschränkung auf nur Intensivmedizin\*)
- LGZ Graz 03 SV
- LG Klagenfurt 02 SV
- LG Innsbruck 01 SV

\* Die SV mit Einschränkung auf Intensivmedizin sind keine Fachärzte aus dem Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin, sondern Fachärzte aus einem anderen Sonderfach (Innere Medizin, Chirurgie) mit der Zusatzausbildung Intensivmedizin. Somit waren sie für die Beantwortung der rein anästhesiologischen Fragestellung nicht auszuwählen

Somit sind 30 SV in die Gerichtsachverständigenliste für den Fachbereich Anästhesiologie, Intensivmedizin eingetragen – davon 3 nur für das Teilgebiet Intensivmedizin. An die verbliebenen 27 SV wurde der Fragebogen versendet. Ein SV hat rückgemeldet, dass er ausschließlich Gutachter aus dem Fachbereich Notfallmedizin bearbeitet, eine SV hat rückgemeldet, dass sie bis März 2014 nicht in Österreich ist.

Es waren daher die Antworten von 25 SV zu berücksichtigen. Die Rücklaufquote betrug 64% (16 von 25) und ist daher als repräsentativ anzusehen. Bei zwei Antwortbögen waren nur die „Anästhesiespezifischen Komplikationen“, bei einem Bogen nur die „Aufklärungsrelevanten Komplikationen“ angeführt. Sowohl zu den eintreten möglichen Komplikationen, als auch generell wurden Rückmeldungen gegeben, die bei der Darstellung der Ergebnisse angeführt werden.



b) Darstellung nach dem Schweregrad

In den Abbildungen 9,10 und 11 betreffend der Einschätzung von Komplikationen der Gruppe A, Gruppe B und Gruppe C sind die Ergebnisse der Umfrage graphisch dargestellt. Die Höhe der blauen Balken entspricht der Prozentzahl der SV, welche die jeweilige Komplikation als anästhesiespezifisch einschätzen. Die roten Balken repräsentieren die Prozentzahl der SV, welche die jeweilige Komplikation als aufklärungsflüchtig einschätzen. Der Bereich zwischen 40% - 60% wurde graphisch gelb hervorgehoben um auszudrücken, dass die Wahrscheinlichkeit einer Einschätzung „pro“ oder „contra“ Aufklärungsflüchtigkeit vergleichbar groß wären. Das heißt, dass im Falle eines vom Gericht angeforderten Gutachtens genau so gut eine Mitaufklärung werden könnte um vorab abzuschätzen wie das Ergebnis der Bewertung der SV im Hinblick auf den notwendigen Umfang einer „lege artis“ Risikoaufklärung sein würde. Um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten wurden bei den Graphiken hier einige Bezeichnungen der Komplikationsmöglichkeiten gekürzt.

In der Gruppe A werden 6 der 14 möglichen Komplikationen (43%) im Hinblick auf eine Aufklärungsflüchtigkeit im Bereich zwischen 40% und 60% der SV unterschiedlich bewertet. Betrachtet man den selben Bereich in der Gruppe B werden betreffend der Aufklärungsflüchtigkeit 9 von 20 möglichen Komplikationen (45%) von jeweils etwa der Hälfte der SV unterschiedlich bewertet. In der Gruppe C liegen 17 von 45 (38%) der möglichen Komplikationen im ungewissen Bereich (40%-60%) im Hinblick auf die Bewertung einer Notwendigkeit zur Aufklärung durch den SV.

D. Audek, H. Audek  
 Patientenbefragung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit

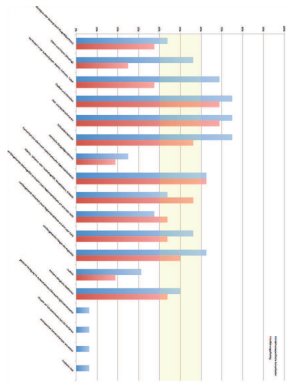


Abbildung 9: Bewertung der Gruppe A durch die DV

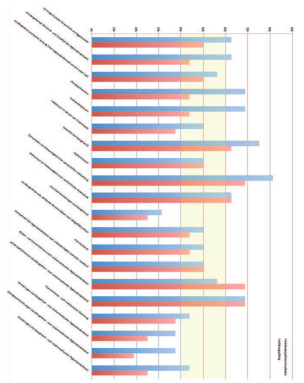


Abbildung 10: Bewertung der Gruppe B durch die DV

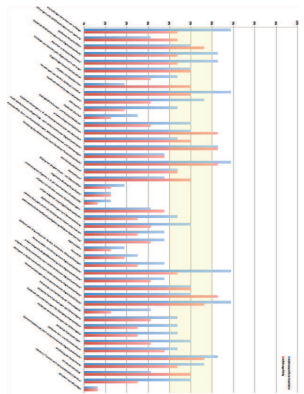


Abbildung 11: Bewertung der Gruppe C durch die SV



c) Einschätzung der Komplikationen im Verhältnis 1:10 - 1:100 (Gruppe 1)

Eine tabellarische Übersicht der Einschätzung möglicher Komplikationen aus dieser Gruppe ist in Abbildung 12 dargestellt. In der Gruppe werden 8 von 15 (53%) der möglichen Komplikationen von den Gutachtern nicht vollstehbar (zwischen 40% - 60%) als Aufklärungspflichtig angesehen.

Ein SV hat bei folgenden möglichen Komplikationen: vorübergehende Heiserkeit (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals), vorübergehend erschwerte Atmung (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals) und vorübergehendes Hängen des Augenlids (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals) vermerkt: „nur bei Regionalanästhesie am Hals“.

Ein SV hat bei der möglichen Komplikation: multiple Gefäßpunktion als Kommentar „Malpraxis“ angegeben. An anderer Stelle wurde von dem SV angeführt, dass über „Malpraxis“ nicht aufgeklärt werden kann. Es ist also wohl gemeint, dass dies ein nicht „lege artis“ Vorgehen ist und daher unabhängig ob zuvor darüber aufgeklärt wurde in jedem Fall als Kunstfehler zu werten wäre.

Ein SV hat grundsätzlich – zur gesamten Umfrage angemerkt:

- 1.) Eine Aufklärungspflicht besteht nur für mögliche Komplikationen, die für die geplante Narkoseart relevant sind.
- 2.) Man sollte auch den Ängsten, die mit einer überbordenden Aufklärung geschaffen werden können.
- 3.) Die Aufklärung muss auch Komorbiditäten berücksichtigen.
- 4.) Als SV kennt man ja den Ausgang (Anmerkung „ex post“). Da wäre es unfair vorher zu fordern (Anmerkung „ex ante“), dass alles abzufragen ist, auch wenn es vorher nicht relevant erschienen ist. Daher ist es ein bisschen unklar, wozu der Fragebogen jetzt (einem WR-A-Patienten in „weißem Saft“ wird wohl bezüglich Bildung auch an fürchtenhaftes aufzuklären sein; bei einem 80/15-Patienten mit gesundem Menschenverstand ist es als selbstverständlich anzunehmen, dass dieser weiß, dass Stechen blutig sein kann). Ich fürchte nämlich, dass die Liste letztendlich dazu führen könnte,





Komplexitätsabfrage Anästhesie	Patientenbefragung	
	Ergebnis n = 100	Ergebnis n = 100
<b>Gruppe 1: Gelegentliche unerwünschte Wirkungen der Induktion (2:20 - 3:20)</b>		
Bluterguss oder Würgung (nach Blutzugfunktion)	43,75%	37,50%
Zittern und Fröhen (Diversing)	56,25%	25,00%
Bei Kindern in der Aufwachphase: Würgen, Schreien, Toben	68,75%	37,50%
Bei sehr alten Patienten und solchen mit Demenzerkrankungen: Kurze Stunden Verwirrtheit und Aggressivität	62,50%	50,00%
Übelkeit und Erbrechen	75,00%	68,75%
Herz- und Rhythmusstörungen	75,00%	68,75%
Schilddrüsenbeschwerden	75,00%	56,25%
mehrfache Blutzugfunktionen	25,00%	18,75%
vorübergehender Blutdruck- und Pulsabfall (bei Regionalanästhesie)	62,50%	43,75%
Isosmitt (bei allem nach Rückenmarklicher Regionalanästhesie)	62,50%	62,50%
Blähnen, Schwellen oder Taubheitsgefühl, Muskelzittern, Kribbeln oder Zittern (in den betroffenen Gliedmaßen) (nach Regionalanästhesie)	43,75%	56,25%
vorübergehendes Würgereiz im Gesicht (nach Regionalanästhesie im Arm oder Hals)	37,50%	43,75%
vorübergehende Heiserkeit (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals)	56,25%	43,75%
vorübergehend erschwerte Atmung (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals)	56,25%	50,00%
vorübergehendes Würgen des Augapfels (nach Regionalanästhesie im Arm oder Hals)	62,50%	50,00%

Abbildung 12: Einschätzung der IV in der Komplexitätsgruppe 1





4) Einschätzung der Komplikationen im Verhältnis 1:100 - 1:1000 (Gruppe 2)

In dieser Gruppe möglicher Komplikationen liegt die Beurteilung der Aufklärungspflicht bei 11 von 19 (58%) Komplikationen im unsicheren Bereich (40% - 60%). Somit herrscht in dieser Gruppe die größte Unsicherheit der SV hinsichtlich einer möglichen Aufklärungspflicht bei den angeführten Komplikationen.

Zur aufgeführten Komplikation: Lähmungen oder Gefühlsstörungen an Armen oder Beinen durch Druck oder Zerrung bei der Lagerung führt ein SV an: „Mal – Praxis kann nicht aufgeklärt werden“.

Zur angeführten Komplikation: Kopfschmerzen wird durch einen SV angemerkt: „Speziell nach Spinalanästhesie / intrinischer spinaler Punktion bei Periduralanästhesie“.

Zur möglichen Komplikation: krampfartiger Verschluss der Luftwege (z.B. Laryngospasmus, Bronchospasmus) führt ein SV an: „Speziell bei Operationen im HNO-Bereich aufklärungspflichtig“.

Bei der Komplikation: Eindringen von Luft in den Brustfellraum mit erschwelter Atmung und Schmerzen (Pneumothorax - nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals) merkt ein SV an: „nur bei Regionalanästhesie am Hals“.

Zu den Komplikationen: Atembeschwerden, Kreislaufreaktionen, Infektionen im Bereich der Einstichstelle (z. B. Venenreizungen, Venenentzündungen, Spitzendruck, Absterben von Gewebe) führt ein SV an: „Globale Aufklärung“ (gemeint wird damit eine allgemeine Information ohne ins Detail zu gehen, auch um den Patienten nicht unnötig zu verunsichern).



Komplikationshäufigkeiten Anästhesie	Patientenbefragung	
	Ergebnis n (%)	Referenzwert n (%)
<b>Gruppe 2: Schwere unerwünschte Wirkungen der Anästhesie (1.500 - 11.000)</b>		
Herzschmerzen	68,75%	43,75%
Herzrhythmusstörungen	68,75%	43,75%
Infektionen im Bereich der Brusthöhle (z. B. Ventilations-, Katheterassoziierte, Sepsis, Abszessen von Gewebe)	50,00%	37,50%
Blutdruck (vorübergehend)	75,00%	62,50%
Kopfschmerzen	50,00%	50,00%
Leberna	31,25%	18,75%
schwere allergische Reaktionen	50,00%	43,75%
Blutdruck (nach Anregung des Patienten und bei chronischen Zahnwunden) mit Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung	81,25%	68,75%
Zahnverlust mit Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung	62,50%	62,50%
Herzrhythmusstörungen (vorübergehend)	31,25%	25,00%
Kranzgefäß Verschluss der Luftröhre (z. B. Laryngospasmus, Bronchospasmus)	68,75%	43,75%
Blutdruck (bei akuten Nervenverletzungen nach Rumpfoperationen z. B. Myorektomie, Brust- und Rückenoperationen, Tumoroperationen)	50,00%	43,75%
Blutungen oder Gefäßbrüche an Armen oder Beinen durch Druck oder Zerrung bei der Lagerung	31,25%	43,75%
Erhöhter oder erniedrigter Sauerstoffpartialdruck im Blut (z. B. durch unzureichende Ventilation)	50,00%	43,75%
Blutdruck (Pneumothorax - nach Regionalanästhesie am Arm oder Bein)	50,00%	56,25%
Blutdruck (Pneumothorax - bei chronischen Schmerzen (nach Regionalanästhesie))	62,50%	43,75%
Blutdruck (nach Regionalanästhesie (nach Regionalanästhesie))	62,50%	43,75%
Kranzgefäß bei Regionalanästhesie oder verabschiedeter Regionalanästhesie	50,00%	50,00%
Rücken- und Kreuzschmerzen (nach Rückenmarkskatheter Regionalanästhesie)	56,25%	68,75%
Blutdruck (nach Regionalanästhesie - nach Rückenmarkskatheter Regionalanästhesie)	68,75%	68,75%

Abbildung 13. Einschätzung der IV in der Komplikationsgruppe 2



e) Einschätzung der Komplikationen im Verhältnis 1:1000 - 1:10.000 (Gruppe 3)

In der Gruppe 3 liegen 5 von 18 (28%) möglichen Komplikation hinsichtlich ihrer Einschätzung um Aufklärungsgehalt im „nicht vorhersehbaren“ Bereich (40% - 60%). In dieser Gruppe herrscht somit die größte Übereinstimmung der SV im Hinblick auf die Aufklärungsgehalt möglicher Komplikationen.

Zu der Komplikation: Einfließen von Speichel oder Magensaft in die Lunge (Aspiration) mit möglicher Lungentzündung, Lungenabszess, Lungenerguss und Notwendigkeit zur künstlichen Beatmung führt ein SV an: „Speziell dann aufklärungsgehaltig, wenn Pat. nachweislich nicht nüchtern und Regionalanästhesie welcher Art auch immer nicht möglich ist“. Ein zweiter SV vermerkt zu dieser Komplikation: „aufklärungsgehaltig nur bei nicht nüchternen Patienten“

Bei der Komplikation: Infektion mit Hepatitis-Viren (Folge: Leberentzündung) nach Übertragung von Fremdblut oder Fremdblutbestandteilen wird von einem SV angemerkt: „Nicht spezifisch anästhesiegepflichtig“ kann bei jeder Transfusion durch andere Fachkollegen auch passieren - jedoch aufzuklären, wenn Transfusion wegen der Schwere des Eingriffs wahrscheinlich“.

Ein SV vermerkt zu der Komplikation: schwere allergische Reaktionen: „Bei Polyallergikern präventiv sinnvoll, über potentiell allergische Reaktionen aufzuklären“

Zu der Komplikation: Mehbende Lähmungen, z. B. des Stimmbandes oder des Zwerchfells mit Behinderung der Atmung (nach Regionalanästhesie am Arm oder Hals) führt ein SV an „Globale Aufklärung“ (siehe dazu Erklärung unter Gruppe 2).



Komplikationsfulgeln Anästhesie	Prävalenz (n=1000)	Prävalenzquotient (n=1000)
<b>Gruppe 2: Sehr seltene unerwünschte Wirkungen der Anästhesie (1:1.000 - 1:20.000)</b>		
Reizhusten in Narkose (Hawkes)	62,50%	43,75%
Leitfäden von Speichel oder Mageninhalt in die Lunge (Aspiration) mit möglicher Lungenentzündung, Lungenabszess, Lungenschwamm und Notwendigkeit zur künstlichen Beatmung	50,00%	50,00%
Bingerförmige Verwirrheitszustände	43,75%	31,25%
Infektion mit Hepatitis-Viren (Pflüger-Lienerentzündung) nach Drainierung von Fremdkörper oder Fremdkörperabszessen	18,75%	50,00%
Verletzungen von Rücken, Kehlkopf, Luftlöcher und Stirnhöhlen bei Manipulationsgängen, Nasenbrücke oder Nasennase	68,75%	50,00%
Schleimde-Straßmanntungen (Hawkes)	56,25%	31,25%
Stimmverlust	43,75%	18,75%
Schleimde Ataxie	25,00%	12,50%
Schlaganfälle Herz- und Kreislaufreaktionen (z. B. nach Überdosierung anästhetischer Wirkstoffe)	50,00%	31,25%
Stimmdepressionen	50,00%	62,50%
Schleimde-Überdosierungen, z. B. des Stirnhöhlenabszesses oder des Darmtrahls mit Behinderung der Atmung (nach Regionalanästhesie im Arm oder Bein)	43,75%	50,00%
Erdringen von Luft in den Brustkorbraum mit erschwelter Atmung und Schmerzen (Pneumothorax - nach thoraxnaher Blockade)	43,75%	37,50%
Starke Kopfschmerzen (Bingerförmig - nach Rückenmarknaher Regionalanästhesie)	62,50%	62,50%
Erdringen von Blut in den Brustkorbraum (nach Rückenmarknaher Regionalanästhesie)	37,50%	25,00%
Erdringen von Blut in den Brustkorbraum (nach Rückenmarknaher Regionalanästhesie)	37,50%	18,75%
Erdringen von Blut in den Brustkorbraum (nach Rückenmarknaher Regionalanästhesie)	43,75%	25,00%
Erdringen von Blut in den Brustkorbraum (nach Rückenmarknaher Regionalanästhesie)	37,50%	37,50%
Verletzung des Rückenmarks (nach thoraxnaher Regionalanästhesie)	68,75%	62,50%

Abbildung 14: Einschätzung der PV in der Komplikationsgruppe 2



0) Einschätzung der Komplikationen im Verhältnis unter 1:10.000 (Gruppe 4)

In dieser Gruppe schätzen in 9 von 27 (33%) Fällen etwa gleich viele SV die angeführten Komplikationen als Aufklärungs- oder nicht Aufklärungspflichtig ein.

Für die Komplikation: Herzinfarkt führt ein SV an: „bei Risiko“, ein zweiter führt hierzu an: „Aufklärungspflichtig bei positiver kardialer Anamnese“.

Die Aufklärungspflicht für die angeführten Komplikationen: bleibende Lähmungen nach Nervenverletzung nach Blutergüssen und nach schwer wiegenden Estrindungen, stärkere Blutungen durch die Verletzung von Venen oder Arterien und des benachbarten Gewebes (durch die Injektionsnadel), die eine operative Behandlung notwendig machen beschreibt ein SV als „Global“ – Erklärung siehe oben unter Gruppe 2.

Eine Aufklärung über die Komplikationen: Herz-Kreislaufstillstand, Atemstillstand, Bildung von Blutergüssen (Thromben) evtl. dadurch Gefäßverschluss (Embole) – mit Organschäden (z. B. Lungenembolie, Schlaganfall mit bleibender Lähmung), Allgemeine Blutvergiftung (Sepsis) und Estrindung von Organen, z. B. der Herzinnenhaut (Endokarditis) lehnt ein SV mit der Begründung einer „totalen Verunsicherung des Patienten“ ab.

Zur Komplikation Atemstillstand merkt ein SV an: „Im Rahmen der normalen Aufklärung über Allgemeinanästhesie zu erwähnen, da ein Atemstillstand Folge der verabreichten Medikamente ist. Folglich handelt es sich um keine Komplikation im hier gelassenen Sinne“.

Eine Anmerkung eines SV zur Komplikation: schwer wiegende Blutergüsse/Verletzung (nach Regionalanästhesie) besagt: „Kommt schon in Gruppe 2, Zeile 33 vor!“.

Zu der Möglichen Komplikation: Querschnittslähmung (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie) merkt ein SV an: „Im Rahmen der Komplikation 'Spinaler Hämatom' Zeile 78 mit zu erwähnen, wie auch über die nachfolgende potentielle neurochirurgische Intervention“.

Die Möglichkeit einer Aufklärung über die Komplikationen: Infektion in Rückenmarksteile (nach rückenmarknaher Regionalanästhesie) und Hirnhautentzündung (Meningitis – nach rückenmarknaher Regionalanästhesie) lehnt ein SV mit der Begründung: „Mal-Praxis (Hygiene)“ – ab.



Komplexitätsmaßstab für die Anästhesie	Prozentwert Tageskategorie	Prozentwert Anästhesie
<b>Gruppe 4: Keine weitere unmittelbare Maßnahmen für den Patienten notwendig (01.12.2007)</b>		
Bei Gesamtwert	43,75%	43,75%
Konventionell	37,50%	50,00%
Blutung von Blutgerinnseln (Thrombolysen) und Bluttransfusionen (Erythrozyten) bei Spinalanästhesie Bluterguss mit Intubation (Luftröhre)	18,75%	12,50%
Ergebnis (Reinigung, Einsetzen)	12,50%	12,50%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	12,50%	6,25%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	31,25%	37,50%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	43,75%	25,00%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	50,00%	31,25%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	37,50%	25,00%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	37,50%	31,25%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	18,75%	12,50%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	25,00%	18,75%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	37,50%	25,00%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	68,75%	43,75%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	37,50%	31,25%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	50,00%	50,00%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	50,00%	62,50%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	68,75%	56,25%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	31,25%	12,50%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	43,75%	31,25%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	43,75%	25,00%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	43,75%	25,00%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	50,00%	31,25%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	43,75%	37,50%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	62,50%	56,25%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	56,25%	43,75%
Erstellung von Brüchen, z. B. des Beckenbodens (Präparation)	91,25%	90,00%



g) Sonst angeführte Komplikationen

Bei der Gruppe der sonst angeführten Komplikationen handelt es sich nicht um Komplikationen, die aus der Literatur bekannt sind, sondern um Beobachtungen aus der eigenen Praxis. Mit Ausnahme der Komplikation: Hörsturz / Tinnitus nach Spinalanästhesie wurden die anderen angeführten Komplikationen nicht an alle SV geschickt, daher sind die Angaben in Hinblick auf Aufklärungspflicht oder Anästhesiespezifität nicht repräsentativ für die Einschätzung der SV.

Zu der Komplikation: Hörsturz / Tinnitus nach Spinalanästhesie gibt ein SV an: „Hatte ich schon als Gutachter“.

Komplikationskategorie/Anzeichen	Anzahl	
	Erstmal	Wiederholt
<b>sonstige</b>	<b>50,00%</b>	<b>25,00%</b>
Hörsturz / Tinnitus nach Spinalanästhesie (2malig)	6,25%	6,25%
Blutiger oder eitriger Ausfluss (Schleim) nach Anästhesie	6,25%	6,25%
Blutdruck nach Anästhesie	6,25%	6,25%
Blutdruck vor Anästhesie	6,25%	0,00%
Blutdruck nach Anästhesie bei 100 mmHg	6,25%	0,00%
Blutdruck nach Anästhesie bei 100 mmHg	6,25%	0,00%
Blutdruck nach Anästhesie bei 100 mmHg	6,25%	0,00%
Blutdruck nach Anästhesie bei 100 mmHg	6,25%	0,00%

Abbildung 16: sonst angeführte Komplikationen



#### 4. Diskussion

Der Bewertung des notwendigen Umfangs der Aufklärung durch den SV kommt immer eine wesentliche Bedeutung zu. Namentlich muss sich das Gericht nicht in jedem Fall den Ausführungen des SV anschließen (freie Beweiswürdigung). Jedenfalls ist für den aufklärenden Anästhesisten ein Eingehen auf die individuellen Begleitumstände und aktuelle Situation des Patienten von entscheidender Bedeutung. Dazu gehört neben der Art und Dringlichkeit der Operation auch eine Einschätzung der Lebensumstände des Patienten. Die Art der Kommunikation ist ja auch bekanntlich entscheidend für das Zustandekommen einer Klage.

Dies wurde auch in den Antwortschreiben mehrerer SV hervorgehoben. Beispielsweise sei hier in anonymisierter Form das Schreiben eines SV ausgangsweise angeführt:

*„Dazu ein Vorfall im Zusammenhang der Klage gegen einen Arzt wegen eines Pneumothorax im Zusammenhang eines ZTK: bevor ich die Situation schildere die Tatsachen: es wurde alles richtig gemacht, der Pneumothorax rechtzeitig erkannt, richtig behandelt, nur nicht dadringehend aufklärt.“*

*Und nun die Situation im Rahmen der Verhandlung: Frage des Richters an mich als SV: „vorher hätte der Anästhesist aufklären müssen?“ Ich: „Herr Rat, jetzt gehe ich Ihnen ein Beispiel der von Ihnen – vielleicht juristisch gesehen – erforderlichen Aufklärung“. Komme das ist alles so geschrieben wie es war, natürlich muss man Laien – Juristen mit einfachen deutschen Übersetzungen unserer Nomenklatur beistehen: Und das war also so: „Ich sage dem Patienten, dass ich ihn in den Hals mit einer etwas dickeren Nadel – natürlich nach einer LL – stechen muss. Kann sein, dass ich die Halschlagader treffe, aber das ist nicht gefährlich, es bildet sich lediglich vielleicht ein großer Bluterguss, kann auch sein, dass ich in das Rippenfell bzw. auch in die Lunge steche, aber ich bemerke das natürlich auch gleich, ggf. etwas später mittels eines Röntgens. Denn dann kann es nämlich sein, dass Luft in die Brusthöhle gelangt, die ggf auch auf das Herz drückt, daher dann Atemnot und ev. auch Kreislaufbeschwerden hervorgerufen, aber, weil ich das ja erkenne, muss ich dann einen*





*Schmerz in die Brusthöhle empfinden, natürlich auch mit einer LA, und dann kommt die Luft wieder herein. Der Schmerz muss dann kurz drinnen bleiben, bis die Luft ...", „hören Sie auf" sagte der Richter, „das habe ich ja gar nicht aus". „Sehen Sie, Herr Rat, und all das verlangen Sie von uns!"*

*Das also zu einer meiner Anästhesien aus meinem Leben als ST.*

*Ich selbst, als immer noch selbstständig tätige Anästhesistin in Privat-KH und andererseits als ST bin immer wieder in der Zwieschalt – wie wir alle. Sage ich alles, was man – vielleicht – sagen – aufklären müsste, versichere ich den Patienten darauf, dass er/sie sich so aufregt (denn eigentlich brauche er/sie ja die Narkose), dass dies nicht von Vorteil ist.*

*Dabei: die beste Lösung meiner Meinung ist der persönliche Kontakt, das persönliche Gespräch, beruhigend, angenehmes Klima das Beste – aber das geht in einem öffentlichen KH leider nicht. Präanästhesieambulanz, andere Anästhesisten als jene, die dann tatsächlich die Anästhesie durchführen – alles ein Problem. Und dazu: unsere österreichischen Patienten sind besonders launig, was Aufklärung betrifft, d.h. sie wollen nichts hören und sehen, aber dann, wenn was schief geht, klagen."*

In diesem Auswortscheiben werden gleich mehrere wesentliche Umstände angesprochen. Zunächst, wie bereits oben angemerkt die wesentliche Bedeutung eines persönlichen Kontaktes, das persönliche Gespräch, das beruhigende Einwirken auf möglicherweise verängstigte Patienten und das Schaffen eines angenehmen Klimas.

Als zweiter wichtiger Punkt werden hier die Voraussetzungen in Privatkrankehäusern angesprochen. Einerseits ergeben sich andere Möglichkeiten / Rahmenbedingungen für das Aufklärungsgespräch. Hier wird der betreuende Anästhesist – im Unterschied zum öffentlichen Krankenhaus selbst mit dem Patienten das Aufklärungsgespräch führen, andererseits entsteht aber ein direkter privatrechtliches Verhältnis direkt mit dem Patienten oder aber über den Operateur die Belegarzt – Problematik bei der Haltung der Anästhesisten / Chirurgen im Privatspital wird weiter unten genauer angesprochen. Im öffentlichen Krankenhaus ist der Anästhesist nur Erfüllungsgehilfe des Krankenhausärztes und geht dabei kein unmittelbares



Vertragsverhältnis mit dem Patienten ein. Hier wird in aller Regel auch das Aufklärungsgespräch nicht mit dem Anästhesisten geführt, der später die anästhesiologische Betreuung übernimmt.

Der dritte ganz wesentliche Punkt der in dem Antwortschreiben angesprochen wird ist die Situation des Patienten vor der Operation. Nicht selten sind die Patienten vor einem operativen Eingriff besorgt und verunsichert. Klärt man nun rechtlich korrekt auf, so muss man je denfalls über ernste Komplikationen, wie zum Beispiel die Möglichkeit einer schweren Hirnschädigung mit dauerhafter Pflegebedürftigkeit aufklären (siehe auch Abbildung 7). Da diese Komplikation extrem selten (ohne spezielle Risikofaktoren) etwa 1:100.000 vorkommt muss man 999.999 Patienten extrem versichern um in dem einen verbleibenden Fall eine Verletzung wegen mangelhafter Aufklärung zu vermeiden<sup>75</sup>.

Neben dem Inhalt des ärztlichen Aufklärungsgesprächs ist die Form – das heißt die Art der Kommunikation mit den Patienten von entscheidender Bedeutung.

Unabhängig von der Notwendigkeit einer „ex ante“ individuellen Einschätzung des Risikoaufklärungsumfanges bestehen doch für die „ex post“ Beurteilung erhebliche Bewertungsunterschiede zwischen den einzelnen SV<sup>76</sup>.

Hierbei ist hervorzuheben, dass das individuelle Eingehen auf den einzelnen Patienten von allen SV als wesentlich einzustufen ist. Dies deckt sich auch mit der Ansicht der österreichischen Patientenanwälte, dass in mehr als 70% der Fälle qualitative und quantitative Kommunikationsdefizite Auslöser für Beschwerden und Behandlungsfehlerverurteile sind<sup>77</sup>.

Somit erscheint klar, dass zur Verhinderung eines Rechtsstreites sowohl von den SV, als auch von den Patientenanwälten weniger die fachlichen/sachlichen Inhalte des Aufklärungsgesprächs, sondern viel mehr die „soft skills“ der aufklärenden ärztlichen Mitarbeitenden als we-

<sup>75</sup> [Seite 14 01 2006 2 000 2842006](#)

<sup>76</sup> Prutsch, Karin, Die ärztliche Aufklärung Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten, WUV Verlag 2004 2. Auflage S 6



senflich erachtet werden. Ist es aber erst einmal zu einem Rechtsstreit gekommen, so ist aufgrund der divergenten Einschätzung der SV das Ergebnis des Gutachtens zum derzeitigen Zeitpunkt kaum vorhersehbar und wesentlich von dem individuellen Zugang des begutachtenden SV abhängig.

Als Ergebnis der Umfrage ist – in enger Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft (ÖGAI) – eine „Kalibrierung“ der derzeit in der Gerichtsachverständigenliste eingetragenen SV angesichts um hier eine Vereinheitlichung der Beurteilungsgrundlagen und damit eine höhere Rechtsicherheit zu schaffen.

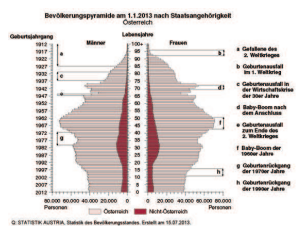
Für bei der Quality Austria tätige Auditoren findet ein mal pro Jahr ein verpflichtendes Treffen statt um einen Abgleich der Bewertungsrichtlinien zu schaffen. Dadurch soll eine auf Dauer vorhersagbare gleichartige Einschätzung von Qualitätsmanagementsystemen auf hohem Niveau sichergestellt werden. Auf dem Gebiet der SV gibt es zwar zur Sicherung der Qualität der Sachverständigenarbeit seit 2002 einen Bildungsprozess<sup>79</sup>, eine Abstimmung der Beurteilungsrichtlinien zwischen den SV der selben Fachrichtung existiert zum derzeitigen Zeitpunkt jedoch noch nicht. Generell wäre daher – auch aufgrund der deutlich unterschiedlichen Einschätzungen der befragten SV - zu überlegen ob nicht für SV – ähnlich wie für Auditoren im Bereich des Qualitätsmanagements – jährliche Treffen zur Kalibrierung sinnvoll wären.

Unabhängig von den obigen Überlegungen muss allerdings festgehalten werden, dass eine Aufklärung, die in vollem Umfang den gesetzlichen Anforderungen entspricht – zumindest im Rahmen der derzeit bestehenden Rahmenbedingungen in öffentlichen Krankenhäusern nicht möglich ist. Naturgemäß wird mit zunehmendem Alter des Patienten das anästhesiologische Risiko ebenfalls ansteigen. Dies deshalb, weil die Anzahl der Begleiterkrankungen und damit zusätzlich auftretenden Risikofaktoren zunehmen. Daher wird mit zunehmendem Alter der Umfang der notwendigen Risikoaufklärung zunehmen und die Menge an zu vermeidenden

<sup>79</sup> <http://www.sachverstaendigen.at/Bildung.aspx> (02.02.2014)



medizinischen Detailwissens ebenfalls ansteigen. Aufgrund der Altersverteilung (siehe Abbildung 17) ist in den nächsten Jahren mit einem stetigen Zunehmen des Alters der anesthesiologisch zu betreuenden Patienten zu rechnen.



Entsprechend der Altersentwicklung ist eine Zunahme des (Ziel-) Aufwandes der Risikoführung zu erwarten.



Zentraler ist der Umstand zu berücksichtigen, dass die Aufnahme- und Merkfähigkeit im Alter abnimmt (Abbildung 18)<sup>78</sup>.

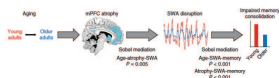


Figure 6. Model schematic of mediation findings. Aging is associated with gray matter atrophy which mediates the degree of SRA disruption, with SRA in turn mediating the degree of impaired memory retention.

Abbildung 18. Zusammenhang zwischen Alter und Merkfähigkeit Mander et al 2013

Somit gilt es neben der Herausforderung über eine größere Zahl von Risikofaktoren anzuklären gleichzeitig die betagte Aufnahme- und Merkfähigkeit zu berücksichtigen.

Wenn schon derzeit nicht ausreichende Zahl von Personalressourcen bereit stehen, so ist für die zukünftig zu erwartende Entwicklung ein Beibehalten der jetzigen Art der Aufklärung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sowohl aus rechtlicher, aber auch aus inhaltlicher Sicht zum Scheitern verurteilt. Es werden daher neue Wege zu suchen sein um, mit den gleichen – oder sogar verminderten Personalressourcen – eine effektivere, nachvollziehbare individuelle Patientenaufklärung sicherstellen zu können. Eine denkbare Möglichkeit ist der vermehrte Einsatz von Multimedialetheten, der – angepasst an den jeweiligen Patienten, so-

<sup>78</sup> Mander, Bryce et al.: Differential atrophy associated with age and impaired hippocampal-dependent memory in aging humans. *Neurosci*. 2013, 16, 357–364 (URL: <https://doi.org/10.1016/j.neurosci.2013.05.043>)



wie den geplanten Eingriff in anschaulicher Form Wissen und einen fassbaren Überblick zu vermitteln vermag. Hierbei wäre den Patienten die Möglichkeit zu geben ohne zeitliches Limit, in einer gewohnten, ruhigen Umgebung, mit ausreichendem Abstand zu einem geplanten Eingriff ein profundes Wissen um sein persönliches Risikoprofil und die allgemeinen und speziellen Risiken der Operation bzw. der perioperativen Phase zu erwerben.

Hierzu wurden bereits von der [DGRfB-Arbeitsgruppe "Perioperative Patientenmanagement"](#) (Zugriff auf den Link: 04.01.2014) eine Reihe von Videosclips erstellt, die in einer geeigneten audiovisuellen, patientenspezifischen Zusammenstellung zur Veranschaulichung des angesprochenen Konzeptes dienen könnten. Beispielshaft seien hier einige der bereits bestehenden Videosclips angeführt:

- [Vorhaben vor einer Operation](#)
- [Das Präanästhesiegespräch](#)
- [Ablauf einer Allgemeinanästhesie](#)
- [Ablauf einer peripheren Nervenblockade](#)
- [Ablauf einer Rückenmarksnahen Schmerzschaltung](#)
- [Ablauf des Managements nach einer Operation](#)
- [Risiko von prä- oder intraoperativen Maßnahmen](#)
- [Risiko peripherer Nervenblockaden](#)
- [Risiko der Sedationstherapie](#)
- [Risiko der Allgemeinanästhesie](#)
- [Risiko von Hämodynamikstörungen](#)
- [Risiko von Gefäßverletzungen](#)
- [Risiko von Sonden- und Schläuchen](#)

Als weiteres Hilfsmittel könnte den Patienten ein Merkblatt vorab mitgegeben werden, in dem der Ablauf allgemein beschrieben wird und häufige Fragestellungen strukturiert vorgegeben



werden, um den Patienten anzuleiten individuelle Fragen vorz formulieren und schriftlich festzuhalten. Hierzu bestehen bereits Ansätze im [Patientenhandbuch des Maximalen Patienten](#) [siehe hier](#) (Zugriff auf den Link 04.01.2014)<sup>70</sup>. Das eigentliche Aufklärungsgespräch mit den Patienten würde dann mit bereits vorab informierten Patienten, die auch Zeit und Hilfestellung zum Formulieren und Überlegen allfälliger Fragen hatten, erfolgen.

Ein Vorteil dieses Modells wäre es eine „state of the art“ erfolgende Wissensvermittlung auf höchstem Niveau für alle Patienten sicherzustellen. Durch ein individuelles Beantworten der von den Patienten formulierten Fragestellungen wird zudem ein Eingehen auf die ganz spezielle Situation des Patienten gewährleistet. Durch das Patientenhandbuch hätten die Patienten auch die Möglichkeit während des Krankenhausaufenthaltes Inhouse, die ihnen nicht mehr unmittelbar aus dem Gedächtnis abrufbar geblieben sind noch einmal nachzufragen.

Durch die Möglichkeit Wissen über das peroperative Risiko zu erwerben, aber auch von sich aus darauf verzichten zu können bzw. das Informationsangebot in jeder persönlich zu bestimmenden Intensität dararbeiten zu können wird die Gefahr der Überinformation weitgehend beseitigt.

Ein Gegenargument für die Sinnhaftigkeit einer derartigen frühzeitigen Risikoaufklärung könnte sein, dass eine allzu frühe Aufklärung den Kranken eine erhebliche seelische Belastung auferlegen könnte<sup>71</sup>. So wird etwa argumentiert, dass bei einer Aufklärung Wochen vor dem Eingriff passieren kann, dass er sich im Laufe der Zeit in Angsterkrankung hineinmündet und zunehmend verunsichert wird. Mit einer so frühen Information würde dem Patienten daher keineswegs immer ein Gefallen getan, bisweilen das Ziel freier Ausübung des Selbstbestimmungsrechts gerade verfehlt<sup>72</sup>. Diese Argumentation könnte dann erheblich werden,

<sup>70</sup> Etti, Brigitte et al. [Zugriff auf Patientenhandbuch des Maximalen Patienten](#) [URL: <http://www.patientenhandbuch.maximaler-patient.de/>] (02.02.2014)

<sup>71</sup> Lasch/Welting Arns, zu BGB LM § 823 (4a) BGB Nr. 139; Lasch BFG 1997, 3, 8.

<sup>72</sup> Dausch NJW 1979, 1805, 1807; Hippel NJW 1988, 762, 765; Zaehrfel an der Forderung, dass die Aufklärung so früh wie möglich vorzunehmen sei, auch bei § 111 Arzthaftungsrecht RdA, 235 Fn. 210; „Der BGH unterschätzt mit solch weitgehenden Wagniswägungen aber viel leicht doch die Belastbarkeit des Patienten im Einzelfall“, ausgehend von der Begr. vom 11.09.2010 in: [Blauginger § 823 \(damals zustimmend\)](#)



wenn durch die frühzeitige Aufklärung des Eintretens einer psychischen Veränderung mit Krankheitswert zu befürchten ist. Dabei kann auf die restriktiven Regeln beim therapeutischen Privileg verwiesen werden.

Im Falle der frühzeitigen Bereitstellung der oben angeführten Medieninhalte bleibt es jedoch im Rahmen der Selbstbestimmung des Patienten wann und wie viel an Informationen er für sich selbst abrufen – es wäre lediglich auf eine geeignete Strukturierung des Informationsmaterials zu achten, sodass der Patient eine Auswahl über den Umfang speziell der Aufklärungsinhalte zu den bestehenden Risiken treffen kann (zB Auswählmenü welche Inhalte angesehen werden).

Dereiz liegen allerdings noch kaum wissenschaftlich validierte Untersuchungen zum Aufnahmeverhalten der Patienten im Zusammenhang mit der gewählten Art der Aufklärung vor. Aus diesem Grund würde die nachfolgende Untersuchung zur Ermittlung der Nachhaltigkeit einer Patientenaufklärung durchgeführt.

## II. Form der Patientenaufklärung

### 1. Problemstellung

Als Folge der Strategie des österreichischen Gesundheitssystems, das eine zunehmende Information der Patienten im Sinne eines „Empowerment“ vorzieht<sup>62</sup> wird auch eine umfangreichere Wissensvermittlung an die Patienten notwendig werden. Dies ist zwar prinzipiell in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Grundlagen, die ja eine profunde Aufklärung der Patienten als Basis für das Selbstbestimmungsrecht vorsehen, aufgrund des großen, ständig zu-

Fdn: 1107: „Wenn es um das Selbstbestimmungsrecht des Patienten geht, so hat dieser, soweit er das Recht in Anspruch nimmt, auch die mit der Information anberührenden psychischen Belastungen zu tragen.“

<sup>62</sup> Bundesgesundheitsministerium 2013 [Patientenempowerment Österreichische Strategie](#)





nehmenden Grundwissens und der immer komplexeren Behandlungsmethoden besteht jedoch die Gefahr der zunehmenden Überforderung medizinisch nicht vorgebildeter Patienten.

Bislang existierende Studien legen nahe, dass trotz standardisierter Aufklärung selbst schwerwiegende Komplikationen durch die Patienten selbst während des Spitalsaufenthaltes nicht reproduziert werden können. In einer klinischen Studie an 70 Patienten<sup>17</sup> waren 95 Prozent der Patienten schon am Tag nach der Kataraktoperation trotz standardisierter Aufklärung am Vortrag nicht im Stande wenigstens 3 von 5 wesentlichen Komplikationen (Erblindung, Erblindung, Infektion, Todefall, Komplikation) zu rekonstruieren. Über 50 Prozent behaupteten gar nicht über Risiken aufgeklärt worden zu sein und ebenso viele versetzten etwas über die Wahrscheinlichkeiten von Komplikationen erfahren zu haben. In anderen psychologischen Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten bereits einen Tag nach dem Gespräch bestenfalls noch ein Drittel dessen reproduzieren können, was ihnen der Arzt mitgeteilt hat<sup>18</sup>. Da im Rahmen klinischer Studien ein besonders korrektes Vorgehen gewählt wird (Studienbias) ist davon auszugehen, dass im klinischen Alltag zumindest gleich schlechte, wenn nicht sogar schlechtere Ergebnisse zu erwarten sind. Offen bleibt bei der oben genannten Studie die Frage wie viel der Information den Patienten zum Zeitpunkt der Unterschrift auf der Einverständniserklärung zur Operation tatsächlich bewusst war. In einer vergleichbaren Studie an 105 Patienten ohne neuropsychologischen Einschränkungen konnten 65% der Patienten bereits 2 Stunden nach dem Aufklärungsgespräch nicht mehr als 2 von 6 wesentlichen Komplikationen auflisten<sup>19</sup>. Daher ist anzunehmen, dass im Falle einer möglicherweise erst Tage danach auftretenden, Verwirklichung einer während des Aufklärungsgesprächs genannten Komplikation den Patienten eine Aufklärung darüber nicht mehr einnehmlich ist.

<sup>17</sup> Kadner, Wöflgung, et al. Einfluss der kognitiven Dissonanz auf präoperative Entscheidungsmechanismen von Patienten, *BfM* 2021/34  
<sup>18</sup> Deutsch *NW* 1979, 1905, 1907

<sup>19</sup> Krupp et al. „Informed Consent in Neurosurgery: Patients' Recall of Preoperative Discussion“, *Acta Neurochir* 2010, 142: 219-219



Aus sein rechtlicher Sicht wird zwar im Allgemeinen davon ausgegangen, dass eine einmal erfolgte Aufklärung und Einwilligung bis zum Eingriff fortwirkt, wenn der Patient die Inhalte zum Zeitpunkt seines Einverständnisses erfasst hat, selbst wenn er sie bereits zum Zeitpunkt der Operation bereits vergessen hat. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht insbesondere die Wertung des Patienteneinwilligungsgesetzes, die eine Vorabklärung und Verweigerung von Hochbehandlungen über einen Zeitraum von bis zu 5 Jahren für wirksam erklärt. Auch in diesem Falle ist davon auszugehen, dass die Erklärenden innerhalb dieser Frist die ärztliche Aufklärung und ihre Einwilligung vergessen.

In der Praxis wird es allerdings schwierig zu differenzieren sein ob der Patient die Inhalte einer umfangreichen Aufklärung primär gar nicht erfassen konnte oder lediglich (kurz) nach der erfolgten Einverständniserklärung vergessen hat.

Wichtig wäre es daher Wege zu finden um den Patienten umfangreicheres und komplexeres Wissen verständlich zu vermitteln, aber auch eine größere Nachhaltigkeit bei der Wissensvermittlung sicherzustellen. Aus der Literatur ist eine Reihe von Publikationen bekannt, die durch den Einsatz moderner multimedialer Methoden eine Verbesserung der Wissensaufnahme durch die Patienten zeigen konnten<sup>17,18</sup>.

Zudem dürfte sich die Anwendung von Videomaterialien und multimedialen Inhalten positiv auf die Zufriedenheit der Patienten auswirken<sup>19</sup>. Im Bereich der Anästhesie scheint das Vorführen eines Filmes zu einer besseren Wissensaufnahme zu führen<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> Flury et al., „Interventions to improve Research Participants' Understanding in Informed Consent for Research: A Systematic Review“, JAMA. 2004; 292: 1599-1601

<sup>18</sup> Bollschweiler et al., „Improving Informed Consent of Surgical Patients Using a Multimedia-Based Program“, Ann Surg. 2008; 248: 202-211

<sup>19</sup> Jansson et al., „The Use of Multimedia in the Informed Consent Process“, JAMA. 1998; 279: 245-256

<sup>20</sup> Eggen-Carlsson, et al., „A Multimedia Tool for the Informed Consent of Patients prior to Gastric Bypass“, Obesity. 2007; 15: 2866-2873

<sup>21</sup> Dome, Mary, et al., „The use of a Video to Convey Preanesthetic Information to Patients Undergoing Ambulatory Surgery“, Anesth Analg. 1996; 87: 331-63



Daneben existieren aber auch Studien, die durch den Einsatz multimedialer Methoden keine Verbesserung der Wissensaufnahme im Vergleich zu einer Aufklärung anhand eines Aufklärungsbogens zeigen konnten<sup>30, 31</sup>.

Da viele der vorliegenden Publikationen bereits über 10 Jahre alt sind und in den letzten Jahren der Zugang zu multimedialen Inhalten über das Internet deutlich leichter möglich ist, dadurch wesentlich mehr Patienten diese Art der Wissensvermittlung praktisch nutzen, wäre es möglich, dass sich die Datennlage mittlerweile deutlich verändert hat. Deshalb wurde an der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie eine Studie zur Erhebung des Effektes einer zusätzlichen multimedialen Aufklärung auf den Wissenszustand von Patienten, die sich einem operativen Eingriff unterziehen müssen durchgeführt.

## 2. Methodik

Die klinische Studie wurde im Rahmen einer Diplomarbeit mit einem Medizinstudenten durchgeführt. Hierbei wurde der in der Folge angeführte Projektplan bei der Ethikkommission der medizinischen Universität Wien vorgelegt und genehmigt (ECS 1299/2012). Das Studienprotokoll wurde durch den Diplomanden unter Anleitung der betreuenden Ärzte ausgearbeitet, wobei auf die Korrektur inhaltlicher Fehler, nicht aber auf die verwendeten Formulierungen geachtet wurde, da die Diplomarbeit eine eigenständige wissenschaftliche Tätigkeit des Studierenden darstellen soll.

<sup>30</sup> Cohn, Elizabeth, et al., Improving Participant Comprehension in the Informed Consent Process *Journal of Nursing Scholarship*, 2007, 36, 3, 219–230

<sup>31</sup> Owe, Ian, et al., Improving informed consent to chemotherapy: A randomized controlled trial of written information versus an interactive multimedia CD-ROM, *Patient Education and Counseling* 2009, 74: 197–204

<sup>32</sup> Zava, David, et al., Video as a Patient Teaching Tool: Does It Add to the Preoperative Anesthetic Visit? *Anesth Analg* 1996;84: 1205–8



Die Ergebnisse der Studie werden von den Studierenden in einer eigenen, von der vorliegenden Masterthese unabhängigen Diplomarbeit ausgearbeitet und bei der Medizinuniversität Wien vorgelegt.

Die Durchführung der Studie erfolgte unter engermaschiger fachlicher Kontrolle durch die im Studienprotokoll angeführten betreuenden Ärzte. In Abbildung 6 ist das im für die Studie verwendete Case Report Formular dargestellt. Der verwendete Fragebogen mit den möglichen Antworten ist in Abbildung 7 dargestellt.



**PROJEKTPLAN**

**Patientenaufklärung mittels Multimediapräsentation**

em. Philipp Nemeč  
unter Anleitung durch  
Univ. Lektor Dr. Dorothea Andel,  
ao. Univ. Prof. Dr. Harald Andel MSc





## 1.1 Zusammenfassung / Abstract

**Hintergrund:** In der Literatur finden sich Hinweise dafür, dass die gesetzlich vorgeschriebene Patientenaufklärung häufig nicht die gewünschte Effekte erzielt, und die Patienten sich wenig an die ihnen dargebotenen Informationen über Risiken und Komplikationen erinnern können. Ein Ansatz um die Qualität der Aufklärung zu verbessern sind Multimedia-Inhalte, die unterstützend eingesetzt werden können.

**Ziele:** Wir wollen in dieser randomisierten prospektiven Studie zeigen, dass sich durch den Einsatz von multimedialen digitalen Inhalten anstelle eines schriftlichen Aufklärungsbogens sowohl die Qualität der Aufklärung als auch die Patientenzufriedenheit in der Anästhesie verbessern lässt.

**Methoden:** Zu diesem Zweck werden wir eine Multimedia-Präsentation erstellen, die den Patienten über die Narkose und damit verbundenen Risiken und Komplikationen informiert. Auch die Sicherheitsklärung bezüglich des Verhaltens des Patienten vor und nach dem Eingriff wird auf diesem Weg übermittelt. Der Patient bekommt die Präsentation vor dem persönlichen Gespräch mit dem Anästhesisten zur Verfügung gestellt. Die Kontrollgruppe bekommt statt der Multimedia-Präsentation einen derzeit üblichen schriftlichen Aufklärungsbogen ausgedruckt.

Um die Effektivität und die Nachhaltigkeit des Wissenstransfers zu überprüfen erfolgt eine Abfrage mittels eines Fragebogens direkt nach dem Gespräch und am 3. postoperativen Tag.

Die erhobenen Parameter umfassen zum Beispiel die Qualität der Präsentation oder die Kenntnis einer bestimmten Nebenwirkung.



**2.1 Inhaltsverzeichnis**

1. Zusammenfassung / Abstract .....	1
2. Inhaltsverzeichnis .....	2
3. Einleitung .....	3
4. Hintergrund .....	3
5. Fragestellung und Ziele .....	5
6. Gliederung .....	5
7. Fallzahlberechnung und Statistik .....	7
8. Studienpopulation .....	7
9. Ethische Gesichtspunkte .....	8





10. Zusammen der Studie .....	- 8 -
11. Dokumentation, Datensicht, Publikation .....	- 8 -
12. Literaturangabe .....	- 10 -

### 2.3 Einleitung

In der Literatur finden sich Hinweise dafür, dass die gesetzlich vorgeschriebene Patientenaufklärung häufig nicht den gewünschten Effekt erzielt. Kemp et al. (1) haben gezeigt, dass insgesamt nur 18% der dargestellten Informationen im Gedächtnis behalten werden und sich 65% der Patienten nur an 2 von 6 typischen Risiken erinnern können.

Führt sich der Patient ungenügend aufgeklärt schweicht das nicht nur das Vertrauensverhältnis, es ist auch ein häufiger Grund für rechtliche Auseinandersetzungen (2, 3).

In den Bemühungen die Qualität der Patientenaufklärung zu verbessern setzt man in letzter Zeit immer öfter auf Multimedia-Inhalte. Durch die große Verbreitung von Computern steigt die Akzeptanz bei Ärzten und Patienten, und mehrere Studien belegen, dass man damit Erfolge erzielen kann (4-6). Wir wollen versuchen diese Erfolge mit einer eigenen, einfachen Multimedia-Präsentation zu reproduzieren, und den Patienten dadurch zu einer besseren Aufklärung verhelfen.



#### 4.1 Hintergrund

Die Patientenaufklärung ist eine ethische und rechtliche Voraussetzung für die vor jedem geplanten medizinischen Eingriff am Menschen notwendige Einwilligung. Dies hat den Sinn, dass der aufgeklärte Patient eine selbstständige Entscheidung über seine Behandlung treffen kann. Die Aufklärung muss alle notwendigen Informationen enthalten, die der Patient braucht um das Wesen sowie die Bedeutung, Notwendigkeit und Tragweite der medizinischen Behandlung richtig einschätzen zu können. Ebenso muss sich der Patient das Eingriffsrisiko bewusst machen können, und nach ihrer möglichen Gefährdung, Komplikationen und Alternativen informiert werden. Dem Patienten soll es möglich gemacht werden vor dem Hintergrund der eigenen persönlichen Wertvorstellungen alle Für und Wider gegeneinander abzuwägen um dann gemeinsam mit dem Arzt die Therapie zu planen.

Zusätzlich zu dieser Selbstbestimmungsaufklärung, bestehend aus Diagnose, Therapie (Therapeutische Möglichkeiten und Alternativen) und Risikoaufklärung, muss Patientenaufklärung auch noch die sogenannte Sicherungsaufklärung enthalten. Sie beinhaltet Informationen darüber wie sich der Patient vor und nach dem Eingriff zu verhalten hat um nicht sich oder andere Personen zu gefährden und den Heilungsverlauf zu unterstützen. (7)

Standardmäßig wird bei medizinischen Eingriffen beizutrage auf eine stufenweise Aufklärung gesetzt. Dabei kommt es zu einer Kombination von schriftlichen Aufklärungsbögen und persönlichem Aufklärungsgespräch mit einem Arzt. Die schriftlichen Aufklärungsbögen dienen dabei der Vorinformierung.

##### Anästhesie Aufklärung

Die Aufklärung bei Hilfsbehandlungen wie der Anästhesie stellt oft den letzten Schritt der Stufenaufklärung dar, und erfolgt meist am Tag vor der Operation, nach der Aufklärung über den therapeutischen Eingriff. Da der Patient zu diesem Zeitpunkt bereits über eine Erkrankung aufgeklärt wurde erfüllt die Diagnoseaufklärung, und die Aufmerksamkeits richtet sich auf die Therapie-, Risiko- und Sicherungsaufklärung.



**Multimedia**

Mehrere Studien haben gezeigt, dass sich mit Multimedia-Inhalten bessere Ergebnisse erzielen lassen als mit dem herkömmlichen Aufklärungsverfahren (14). Manche Studien sagen zwar auch, dass es zu keiner Verbesserung kommt (8), in einem Systematischen Review von 2010 zeigen Schenker et al. (9) jedoch deutlich auf, dass vor allem das Verständnis des Eingriffes und die Kenntnis von Risiken durch Multimedia-Inhalte verbessert werden konnten.

1987, in einer der ersten wissenschaftlichen Arbeiten zu dem Thema, wurde von Gaikay et al. ein Video verwendet, um die Patienten über die Anästhesie aufzuklären (5). Zhou et al. (10) konnten 1996 ebenfalls mit einem Video zeigen, dass der Einsatz dieser Methode zu einer signifikanten Verbesserung der Sicherheitsaufklärung geführt hat, und von den Patienten gut akzeptiert wurde. Neuere Arbeiten zeigen dass sich die multimediale Möglichkeiten in den letzten Jahren weiterentwickelt haben. Eggers et al. (5) haben bereits 2007 sehr erfolgreich ein interaktives Computerprogramm benutzt, um Patienten über heriotische Operationen aufzuklären. Sie konnten damit sowohl das Verständnis der dargebotenen Information als auch die Patientenzufriedenheit verbessern.

**5.) Fragestellung und Ziele**

Wir wollen zeigen, dass durch eine Multimediale Aufklärung, das Wissen über die Anästhesie verbessert werden kann. Dadurch soll es zu einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit kommen.

Nach-Hypothese:

Es besteht kein Unterschied zwischen dem Einsatz schriftlicher Aufklärungsmaterialien und der Multimedia-Methode in der objektiven Qualität der Aufklärung (Was hat sich der Patient gemerkt).



Als Nebenkriterium werden wir erheben, ob es einen Unterschied in der Patientenzufriedenheit gibt.

#### 6.1 geplante Durchführung

An einer Universitätsklinik für Anästhesie und Allgemeine Intensivmedizin soll anhand einer prospektiven randomisierten Studie untersucht werden, ob sich die Qualität der Patientenaufklärung durch den Einsatz einer Multimediale Präsentation verbessern lässt. Dazu wird die Qualität der bisher eingesetzten Stoffenaufklärung evaluiert und der neuen Methode gegenüber gestellt.

#### Präsentation

Die Multimediale Patientenaufklärung wird inhaltlich auf den bisherigen schriftlichen Aufklärungsbogen basierend erstellt, und mit multimedialen Inhalten ergänzt. Dies soll sicherstellen, dass alle juristisch relevanten Inhalte enthalten sind. Die technische Umsetzung erfolgt mit der Software „iBooks Author“ von Apple. Der Gesamtumfang wird 20 Minuten nicht übersteigen. Folgende Prinzipien werden wir beim Erstellen der Präsentation befolgen:

- Ansprechstarke Bilder
- Leicht verständliche Sprache in Schrift und Ton
- Einfache und intuitive Navigation



Des Weiteren wird es die Möglichkeit geben einzelne Abschnitte (und auch die gesamte Präsentation) zu wiederholen. Auch das Überspringen von einzelnen Passagen wird möglich sein.

Dem Patienten wird ein „Pad“ Tablet-Computer mit Kopfhörer zur Verfügung gestellt, auf dem er sich die Präsentation in Ruhe ansehen kann. Am Ende wird der Patient aufgefordert sich eventuelle Fragen zu notieren.

#### Fragebogen

Sowohl unmittelbar nach dem persönlichen Aufklärungsgespräch mit dem Anästhesisten als auch am ersten postoperativen Tag werden die Patienten einen Fragebogen erhalten. Damit werden wir einerseits den objektiven Erfolg der Aufklärung überprüfen indem wir Fakturwissen abfragen, andererseits aber auch subjektive Bewertungen der Patienten darüber erheben, wie sehr sie mit ihrer Aufklärung zufrieden sind. Außerdem werden wir einige Fragen über die Multimediale Präsentation an sich stellen. Durch die Tatsache, dass wir die Daten zweimal erheben, können wir die Nachhaltigkeit der Informationen überprüfen.

Snyder-Ramos et al. (11) haben einen Fragebogen für die Anästhesieaufklärung entwickelt, der bei uns in einer erweiterten Form eingesetzt wird.

Folgende Punkte werden wir erheben:

Multiple Choice Fragen – Vier Antwortmöglichkeiten, von denen Eine immer „Weiß ich nicht / Ich kann mich nicht erinnern“ lautet.

- Allgemeines Wissen über die Narkose
- Ablauf-spezifisches Wissen
- Wissen um Komplikations-Risiken



Allgemeine Fragen – Bewertung mittels einer Skala die sechs Abstufungen zwischen „Ich stimme zu“ und „Ich stimme nicht zu“ misst.

- Zufriedenheit mit der Aufklärung
  - Qualität der Präsentation
- Demographische Parameter
- Alter, Geschlecht, Ausbildung, Muttersprache, Vorhergehende Anästhesie

## 7.) Fallzahlenrechnung und Statistik

### Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Fragebogen wird unter Verwendung von SPSS (Statistical Package for Social Sciences), einem computerunterstützten Datenanalyseverfahren erfolgen.

Um die Ergebnisse zu vergleichen, werden wir für jede der beiden Gruppen den Mittelwert für die Anzahl der richtig beantworteten Fragen bestimmen.

Die Ergebnisse werden mittels T-Test zum Vergleich der Mittelwerte in unabhängigen Gruppen (sofern eine Normalverteilung vorliegt) oder Wilcoxon-Mann-Whitney-Test (falls das Ergebnis nicht normalverteilt ist) analysiert werden, wobei eine Signifikanzniveau von 5 % festgelegt wird.

Um die Größe der benötigten Stichprobe zu berechnen haben wir anhand der in der Literatur vorhandenen Daten eine Power-Analyse auf ein Niveau von 0,8 durchgeführt. Bei einem angenommenen Unterschied der beiden Testgruppen von 25% benötigen wir eine Stichprobe von mindestens 102 Patienten.

Für den Fall, dass einige Patienten ihre Teilnahme an der Studie vorzeitig beenden wird die Stichprobe zusätzlich noch um 10 Patienten erhöht.



**8.3 Studiengruppepopulation**

**Patienten**

Wir werden 112 Patienten untersuchen, bei denen ein stationärer chirurgischer Eingriff mit Vollnarkose geplant ist. Die Patienten werden randomisiert in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Kontroll-Gruppe wird mit dem üblichen schriftlichen Standard- Aufklärungsbogen und anschließendem persönlichen Gespräch mit einem Anästhesisten aufgeklärt, der Test-Gruppe wird vor dem Gespräch eine multimediale Präsentation gezeigt.

**Rekrutierung**

Zur Rekrutierung werden wir Patienten bei denen eine Operation in Allgemeinanästhesie geplant ist fragen, ob sie Interesse haben an einer Studie über eine neue Methode der Patientenaufklärung in der Anästhesie teilzunehmen.

**Einschlusskriterien**

- Informierte Einwilligung
- Unterschriebener Aufklärungsbogen
- Aufklärung am Vortag der OP

**Ausschlusskriterien**

- Unter 18 Jahre
- Nicht fähig zur Erfassung des Umfangs und der Tragweite der Studie
- Unüberwindbare sprachliche Barrieren

**9.1 Ethische Gesichtspunkte**

Da die Multimediale Präsentation sich inhaltlich auf herkömmlichen schriftlichen Aufklärungsbogen basiert, und nach der Präsentation noch ein Gespräch mit einem Anästhesisten folgt, ist die Wahr-

D. Andel, H. Andel  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit



sicherheit eines Schadens für die Patienten in Form einer ungenügenden Aufklärung als nahezu gering einzuschätzen. Andere Schäden oder Risiken für die Patienten sind nicht zu erwarten.

Der potentielle Nutzen für die Patienten besteht in einer besseren Aufklärung und höherer Patientensicherheit.

Die Arbeit an der Diplomarbeit und der klinischen Studie erfolgt in Übereinstimmung mit den „good clinical practice“-Richtlinien der Medizinischen Universität Wien und der Deklaration von Helsinki.

#### 18.) Zeiträume der Studie

Der geplante Zeitraum der Studie beträgt 3 Monate.

#### 11.) Dokumentation, Datenschutz, Publikation

Die Aufzeichnung der erhobenen Daten erfolgt zunächst personenbezogen als Fragebogen, dann durch die Spinalanästhesie-Patientenidentifizationsnummer (personally anonymized) in Form eines Fallberichts. Die Speicherung der personenbezogenen Daten erfolgt in Form einer verschlüsselten passwortgeschützten Datei.

Die Daten werden nur in der personally anonymisierten Form und ausschließlich von den Studentinnen und vom Diplanden bearbeitet.





## 12 | Literaturangabe

1. Krupp W / Spaniol O / Lutzack W / Seifert V. Informed consent in neurosurgery: patients' recall of preoperative discussion. *Acta Neurochir (Wien)*. 2005;142(2):213-8. discussion 6-9.
2. Wilhelm D / Gilen S / Wenzler H / Kaufeldt M / Schneider A / Schmidt A, et al. Extended preoperative patient education using a multimedia DVD-impact on patients receiving a laparoscopic cholecystectomy: a randomised controlled trial. *Langenbecks Arch Surg*. 2009 Mar;394(2):227-33.
3. Gantschi OP / Stenzen MN / Herrmann C / Calusch D / Fournier JY / Hildebrandt G. Web-based audiovisual patient information systems: a study of preoperative patient information in a neurosurgical department. *Acta Neurochir (Wien)*. 2010 Apr; 52.
4. Herrmann M. [3-dimensional computer animation—a new medium for supporting patient education before surgery. Acceptance and assessment of patients based on a prospective randomized study—picture versus text]. *Chirurg*. 2002 May;71(5):500-7.
5. Eggers C / Obsten R / Koefer A / Thomas W / Koehl K / Hoelscher AH, et al. A multimedia tool for the informed consent of patients prior to gastric banding. *Obesity (Silver Spring)*. 2007 Nov;15(11):2866-73.
6. Gyonker D / Lavrentschuk N / Wong P / Parker F / Bohm DM. Improving informed consent for patients undergoing radical prostatectomy using multimedia techniques: a prospective randomized crossover study. *BJU Int*. 2010 Mar; 19.
7. Ajjour G / Klähnka A / Kierecka-Pulker M / Menner M. *Handbuch Medizinrecht: für die Praxis*. Wien: Manz; 2009.
8. Gasky NJ. Evaluation of the effect of a pre-operative anaesthesia videotape. *AANA J*. 1987 Aug;55(4):341-5.
9. Scheiker Y / Fernandez A / Sidani R / Schilling D. Interventions to Improve Patient Comprehension in Informed Consent for Medical and Surgical Procedures: A Systematic Review. *Med Decis Making*. 2010 Mar; 31.



D. Audek, H. Audek  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit

10. Zvara DA / Morley DD / Brooker BF / McKinley AC. Video as a patient teaching tool: does it add to the preoperative anesthetic visit? *Anesth Analg*. 1996; May;82(5):1065-8.

11. Seyde-Ramos SA / Seimick H / Böttiger BW / Mutsch J / Martin E / Bauer M. Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Qualität der Narkoseaufklärung. *Der Anaesthetist*. 2003;52(9):818-20.



Patientenaufklärung mittels Multimediale Simulation		Institutionsname:	
Case Report Form		Ort:	
Daten zum Probanden			
Name (Vor- und Nachname)		Geburtsdatum:	
Geburtsort:		Geburtsland:	
Höchste abgeschlossene Ausbildung:		Merkmal:	
Merkmal:		Merkmal:	
Führen Sie diesen Test:		Bewerte:	
Daten zur Intervention			
Art der Anästhesie:		Bewertung:	
Dauer der Anästhesie:		Bewertung:	
Bewertung der Qualität der Aufklärung:		Bewertung der Qualität der Intervention:	
Bemerkungen:			
Datum und Unterschrift des Probanden:			
Datum:		Unterschrift:	



Patientenaufklärung mittels Multimediaskription	Patientennummer: Datum:
Fragebogen	
Wie oft wurden die Schritte in Vollbreite operiert? Wie oft die Schritte in eingeschränkter Ausdehnung? Was ist Ihre Muttersprache?	
Bitte antworten auf jeder Frage nur ein Häkchen mit einem Kreuz und beschriften Sie über jede Frage.	
1. Was ist ein Anästhesist? <input type="checkbox"/> Ein Schwestern / Ein Pfleger. <input type="checkbox"/> Ein Arzt / Ein Arzt. <input type="checkbox"/> Eine Medizinstudentin / Ein Medizinstudent. <input type="checkbox"/> Weder richtig / Ich kann nicht sicher entscheiden. 2. Was ist sich der Anästhesist während einer Operation auf? <input type="checkbox"/> Er ist für einen Teil der Zeit für den Fall bereit, um Ihre Atemweggeräten, Körperfunktionen zu überwachen. <input type="checkbox"/> Er arbeitet dem OP, um die Qualität der Narkoseüberwachung überprüften. <input type="checkbox"/> Er kümmert sich gleichzeitig um andere Patienten. <input type="checkbox"/> Weder richtig / Ich kann nicht sicher entscheiden. 3. Wie sehen Sie während der Vollbreite? <input type="checkbox"/> Ich werde vollständig über einen Schirm beobachtet. <input type="checkbox"/> Ich werde ganz normal gesehen. <input type="checkbox"/> Ich sehe nur während der Operation keine Wirkung. <input type="checkbox"/> Weder richtig / Ich kann nicht sicher entscheiden. 4. Was können Sie zu verstehen bekommen nach einer Operation liegen? <input type="checkbox"/> Sie können verfrachtet werden. <input type="checkbox"/> Sie sind stöcker Bestandteil des Intensivstationen. <input type="checkbox"/> Sie sind etwas, die den Kopf über Nacht. <input type="checkbox"/> Weder richtig / Ich kann nicht sicher entscheiden.	



<p>5. Was trifft zur Dauer der Narkose zu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Die Dauer der Narkose wird vor der Operation festgelegt und kann dann nicht mehr verändert werden.</li> <li><input type="checkbox"/> Die Dauer der Narkose kann während der Operation beliebig verlängert werden.</li> <li><input type="checkbox"/> Die Dauer der Narkose kann nicht vorab festgelegt und beliebig verlängert werden.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Wird nicht/ich kann nicht wissen.</b></li> </ul>
<p>6. Weshalb ist Narkose bei einer Operation so wichtig?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Damit die Narkose besser wirken kann.</li> <li><input type="checkbox"/> Um das Narkosemittel einzulassen.</li> <li><input type="checkbox"/> Das Zurückbleiben von Narkosemittel in die Lunge wird so verhindert.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Wird nicht/ich kann nicht wissen.</b></li> </ul>
<p>7. Was sind die Nebenwirkungen der Prämedikation oft am verbreitetsten oder kann von dem Kopf gegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eine Nasenblutungsgefahr.</li> <li><input type="checkbox"/> Ein Schwindelgefühl.</li> <li><input type="checkbox"/> Ein Schweißausbruch.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Wird nicht/ich kann nicht wissen.</b></li> </ul>
<p>8. Was kommt der Plastikschlauch bei der Intubationssonde zu liegen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Über die Nase ins Rachen.</li> <li><input type="checkbox"/> Über den Mund zur Atemkammer.</li> <li><input type="checkbox"/> Über den Mund in die Luftröhre.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Wird nicht/ich kann nicht wissen.</b></li> </ul>
<p>9. Wie häufig sind Narkosemittelzusätze bei Narkosen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 : 1000</li> <li><input type="checkbox"/> 1 : 10.000</li> <li><input type="checkbox"/> 1 : 100.000</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Wird nicht/ich kann nicht wissen.</b></li> </ul>
<p>10. Weshalb braucht man bei der Narkose vor einer Operation auf?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bis 30 Minuten vor der Operation darf sich eine Zigarette rauchen.</li> <li><input type="checkbox"/> Bis kurz vor der Operation darf sich Medikation mit einem Schluck Wasser einnehmen.</li> <li><input type="checkbox"/> Bis 2 Stunden vor der Operation darf ich normal essen.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Wird nicht/ich kann nicht wissen.</b></li> </ul>



Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen an, wie sehr die Aussage für Sie zutrifft.

1. Die Nebenwirkung ist von einem Arztlich kontrolliert.	Antwort trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antwort trifft zu
2. Die Nebenwirkungen werden gut zu vermeiden.	Antwort trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antwort trifft zu
3. Nebenwirkungen können während der Nebenwirkung nicht gelindert werden.	Antwort trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antwort trifft zu
4. Nach der Nebenwirkung wurde ich über die Vorgehensweise bei einer Nebenwirkung informiert.	Antwort trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antwort trifft zu
5. Der Nach der Nebenwirkung wurde ich über die Vorgehensweise informiert.	Antwort trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antwort trifft zu
6. Mit der Aufklärung über die Nebenwirkung war ich zufrieden.	Antwort trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antwort trifft zu



Sie beantworten die jetzt nach und nach folgenden Fragen zur Qualität der Präsentation.  
 Beantworten Sie die folgenden Aussagen (100% ja, 0% nicht für Antwort 0% ja nicht)

1. Die Präsentation hatte insgesamt eine hohe Qualität. Antwort trifft nicht zu	Antwort trifft zu
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Die Präsentation hatte ein ansprechendes Design. Antwort trifft nicht zu	Antwort trifft zu
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Die Bedeutung der Präsentation war deutlich und leicht zu erkennen. Antwort trifft nicht zu	Antwort trifft zu
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Die Präsentation hatte ein gutes Informationsniveau. Antwort trifft nicht zu	Antwort trifft zu
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Ich habe diese Präsentation in Rahmen der Arztbesprechung genutzt und hilfreich. Antwort trifft nicht zu	Antwort trifft zu
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Abbildung 20: Die bei der Studie Multimedialösungen zur Patientenaufklärung verwendeten Fragebogen

Vor dem Einschließen der Patienten in die Studie wurden sie anhand des in Abbildung 8 dargestellten Patienteneinwilligungsformulares über die Studie und den damit verbundenen Aufwand aufgeklärt. Die unterschriebene Einwilligungserklärung war Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung.



#### Patienteninformation und Einwilligungserklärung zum Teilnehmen an der klinischen Studie

##### Patientenaufklärung mittels Multimedialität

Sie gelten Teilnehmern, wie gutest Teilnehmern?  
Wir haben Sie an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem audiovisuellen Interviewgespräch.  
Der Teilnahme an dieser klinischen Prüfung erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie aussteigen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Aussteigen aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Behandlung.  
Klinische Studien sind notwendig, um wirksame neue medizinische Untersuchungsverfahren zu gewinnen. Unvermeidbar Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie, die Teilnehmerin an dieser klinischen Studie, schriftlich erklären, dass auch Sie die Risiken für die Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich Akzeptiert haben, durch und gegen die Teilnahme an der Studie, wenn Sie dies wünschen.  
Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur  
wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben,  
wenn Sie bereit sind, die Teilnahme zu unterzeichnen und  
wenn Sie sich über die Rechte der Teilnehmer an dieser klinischen Studie im Klaren sind.  
In dieser klinischen Studie, sowie bei Untersuchungen und Einwilligungsformulare, werden von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?  
Wenn Sie zum Patienten einer Person eine Operation in Vollnarkose prüfen ist, muss sie (er) nicht nur über die Operation aufgeklärt werden, sondern auch über die Notwendigkeit der Teilnahme an der Untersuchung. Die Untersuchung dient dem Zweck, die Notwendigkeit der Teilnahme zu prüfen und wie sich die Patienten (die Patienten) vor und nach der Narkose verhalten, wie sie sich nach der Narkose verhalten.  
Der Zweck dieser klinischen Studie ist der Vergleich von zwei verschiedenen Möglichkeiten der Narkoseanwendung. Wie werden herkömmlich aus werden der besten Möglichkeiten der Narkoseanwendung gelöst ist und welche Methode die Patienten bevorzugen.





**2. Was heißt die klinische Studie „A“?**

Diese klinische Studie wird an der Medizinischen Universität Wien durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr 117 Personen daran teilnehmen.  
Der Teilnahme an dieser klinischen Studie wird voranschicklich drei Tage davor.

**Zielsetzung der Studie und Zweck der Studie**

Für diese klinische Studie werden während einer Kontrollstudie zwei verschiedene Methoden der Narkoseanwendung verglichen. Sie werden zufällig in eine der beiden Möglichkeiten der Narkoseanwendung eingeteilt und dann mit einem Narkosemittel der Narkose versetzt. In beiden Fällen soll die Narkoseanwendung so ablaufen, dass Sie einen Informationsverlust zur Verfügung gestellt bekommen, um sich über Fragen über die Narkose anzufragen und danach ein persönliches Gespräch mit einem Arzt anfordern zu können. Informationen und Fragen zu bekommen. Der Unterschied zwischen den beiden Möglichkeiten der Narkoseanwendung besteht in der Anzahl der Informationsverluste. Eine Gruppe bekommt einen weiteren Informationsverlust, die andere Gruppe einen weiteren. Einmal mit einer Informationsverluste und einmal mit zwei Informationsverlusten. Die Narkoseanwendung erfolgt dabei im Rahmen der routinemäßigen Behandlung von der Operation.

Anschließend erhalten Sie einen Fragebogen über die Aufklärung, mit dem wir überprüfen, wie Sie es empfinden haben und Sie zufrieden sind mit der Aufklärung sowie zwei Tage später erhalten wir erneut einen Fragebogen zum Abschluss. Damit überprüfen wir, wie Sie es mit der Narkoseanwendung für sich nachher empfinden.

Die Erhebung dieser Zeitpunkte, einschließlich der Antworten des Patienten ist von unabhängiger Bedeutung für die Ergebnisse der Studie.

**3. Wozu soll die Studie über Teilnahme an der klinischen Studie?**

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser klinischen Studie gesundheitliche Vorteile erwarten werden. Es ist jedoch möglich, dass Sie durch die Teilnahme an dieser klinischen Studie ein unangenehmes Wissen über den Ablauf der Narkose bekommen.

**4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?**

Gesundheitliche Risiken, Beschwerden oder Begleiterscheinungen sind nicht zu erwarten.

**5. Zeitliche Einbußen von Arbeitskraft?**

Die an der Teilnahme dieser klinischen Studie nicht zu erwarten.

**6. Wie ist es zum Ende der Studie von Spontananfragen, Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen?**

Die an der Teilnahme dieser klinischen Studie nicht zu erwarten.



**7. Wann wird die klinische Studie vorabigebildet?**

Sie können jederzeit nach einer Angabe von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der klinischen Studie ausscheiden ohne dass Ihnen dadurch irgendwelcher Nachteil für Ihre weitere medizinische Betreuung entsteht.

Die Patientenaufklärung ist eine Voraussetzung, die notwendig ist, um die klinische Studie zu starten, und Sie sind verantwortlich für die Teilnahme an der klinischen Studie. Auf diese Weise können Sie Ihre Teilnahme an der klinischen Studie von den Risiken abwägen.

Es ist aber auch möglich, dass Sie während der Teilnahme an der klinischen Studie weitere Informationen erhalten, die Sie über Ihre Teilnahme an der klinischen Studie berücksichtigen können.

4) Sie können die Informationen der klinischen Studie nicht empfangen.  
5) Die behandelnde Art hat den Eindruck, dass eine weitere Teilnahme an der klinischen Studie nicht in Ihrem besten Interesse ist.

**8. In welcher Weise werden die Risiken dieser klinischen Studie gemindert?**

Nicht gesundheitlich oder sonst andersartig verbunden ist, haben nur die Prüfer und deren Mitarbeiter Zugang zu den persönlichen Daten, in denen Sie an der Studie teilnehmen. Diese Daten werden strengstens geschützt.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum auftritt, wird durch die Teilnahme an der Studie nicht beeinflusst. Auch in anderen Verfahrensbereichen der klinischen Studie werden Sie nicht an der Studie teilnehmen können.

**9. Sind die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?**

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Es gibt keine Kostenersatz und keine Vergütung.

**10. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen**

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie stehen Ihnen die Prüfer und deren Mitarbeiter gerne zur Verfügung. Auch Fragen der Ehepartner der Prüfer und Teilnehmer an dieser klinischen Studie werden, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Dr. Doreen Audek  
Telefonnummer: 0505-14000-1010

Name der Kontaktperson: Dr. Harald Audek  
Telefonnummer: 0505-14000-1010



Name der Kontrollperson: Caud und Philipp Name:  
Ständig erreichbar unter: 09045-40-0173004

11. Neben welcher **beidseitig** **Kette** von der Teilnahme an der klinischen Studie **abgesetzt** werden?  
Die ist in Rahmen dieser klinischen Studie nicht vorgesehen.

12. **Einwilligungserklärung**

Name des Patienten in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie „Patientenaufklärung mittels Mehrsprachigkeit“ teilzunehmen.

Ich bin von Herr/ Frau (Herr/Frau) \_\_\_\_\_, sachlich und unabhängig über den Ablauf der Studie, mögliche Belastungen und Risiken sowie über meine Aufgaben und Aufgaben der klinischen Studie, und ich bin mich dieser möglichen Anforderungen bewusst. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt vier Sprachen umfasst, sorgfältig durchgelesen. Ich verstehe die Inhalte vollständig und bin mir der Bedeutung der Aussagen bewusst. Ich habe niemandem meine Teilnahme an der Studie angedeutet. Ich habe niemandem keine weiteren Angaben gemacht.

Ich werde die ärztlichen Anweisungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, befolgen. Ich bin mir bewusst, dass ich jederzeit meine Teilnahme an der Studie jederzeit abbrechen kann, ohne dass mir dafür Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung entstehen.

Ich bin mir bewusst, dass es vorzuziehen ist, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie erzielten Daten nicht veröffentlicht werden. Die die Möglichkeit der Datenübertragung zu überprüfen, dürfen Änderungen der Aufgaben und der sonstigen Inhalte beim Protokolländerung in meine persönlichen Unterlagen einfließen.

Mein Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen der Datenschutzgesetze befolgen.  
Eine Kopie dieser Patienteneinwilligung und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfer.

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift des Patienten)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Arztes)



### 3. Ergebnisse

Es nahmen insgesamt 113 Patienten an der Studie teil, von denen 104 den ersten Teil der Befragung gütig abgeschlossen haben und für die weiteren Analysen herangezogen werden konnten. Die restlichen neun Patienten wurden ausgeschlossen weil sie entweder nicht oder nicht vollständig aufgeklärt wurden, die Teilnahmebereitschaft zurückzogen oder nicht für den Fragebogen zur Verfügung standen.

Von den 104 Patienten wurden 49 (47,1 %) mit einem herkömmlichen Patienteninformationbogen aufgeklärt (Kontrollgruppe) und 55 Patienten (52,9 %) erhielten einen Tabletcomputer mit der von uns erstellten multimedialen Patienteninformation (Multimedialgruppe).

Die Analysen umfasste 32 Männer (30,8%) und 72 Frauen (69,2%). Die weiblichen Studienteilnehmerinnen sind zu gleicher Anzahl in beiden Gruppen zu finden (jeweils 36 Patienten). 19 Männer (59,4 %) sahen die Multimediale Präsentation, 13 (40,6 %) wurden der Kontrollgruppe zugeordnet.

Das Durchschnittsalter eingeschlossenen Patienten betrug  $46,1 \pm 15,2$  Jahre (Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung). Bei den Männern betrug das Durchschnittsalter  $43,3 \pm 16,7$  Jahre und war damit etwas höher als das Durchschnittsalter der Frauen ( $45,1 \pm 14,5$  Jahre). Der jüngste Patient war 19 Jahre alt, der älteste war 80. Die Hälfte der Patienten war 48 Jahre oder älter. Die Patienten der Multimedialgruppe waren im Durchschnitt  $44,8 \pm 15,5$  Jahre alt, die der Kontrollgruppe  $47,5 \pm 14,9$  Jahre alt.

82,7% der Studienteilnehmer, also 86 Personen, gaben Deutsch als ihre einzige Muttersprache an. Zwei weitere Patienten gaben an zweisprachig erzogen worden zu sein, und Deutsch als eine von zwei Muttersprachen gelernt zu haben. Damit haben 88 Patienten (84,6%) Deutsch auf Muttersprachniveau beherrscht. Die zweisprachigste Muttersprache war Serbisch mit 7,7% (8 Patienten) gefolgt von Französisch, Polnisch und Tschechisch mit jeweils 1,9% (jeweils 2 Patienten). In der Kontrollgruppe waren 45 Patienten mit Deutsch als Muttersprache (inklusive zweisprachig) und 4 Patienten die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen (2 Französisch, 1 Tschechisch, 1 Serbisch). In der Multimedialgruppe gab es 43 Patienten mit Deutsch



als Muttersprache (inklusive zweisprachig) und damit etwa gleich viele wie in der Kontrollgruppe und 12 Patienten die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen (7 Serbisch, 2 Polnisch, jeweils 1 Spanisch, Tschechisch und Ungarisch) siehe Abbildung 22.

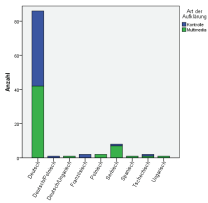


Abbildung 22: Verteilung der Sprachkenntnisse in den Studiengruppen

In der Kontrollgruppe hatten die Patienten im Durchschnitt schon 2,61 ± 2,14, in der Multimodalgruppe 2,8 ± 2,92 Operationen in Vollnarkose erlebt (Abbildung 23).

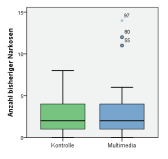


Abbildung 23: Verteilung von vorangegangenen Qualifikationen

97 der 104 Patienten haben die Frage nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung gültig beantwortet, 5 Patienten machten keine Angabe und zwei Patienten gaben eine unklare Angabe die nicht zugeordnet werden konnte ab. Diese 7 Patienten, davon 4 in der Multimedia-Gruppe und 3 in der Kontrollgruppe wurden im Folgenden nicht berücksichtigt.

In Abbildung 24 ist die Verteilung der Patienten nach der „International Standard Classification of Education“ (ISCED) der UNESCO aufgeführt: 6 Patienten (5,9%) erreichten ISCED Stufe 2, 45 (43,3%) erreichten ISCED Stufe 3, 10 Patienten (9,6%) fielen in ISCED Stufe 4, 33 (31,7%) erreichten ISCED Stufe 5 und 3 Patienten (2,9%) schlossen ein Doktrats Studium ab und erreichten damit ISCED Stufe 6. Im Durchschnitt erreichten die 97 Patienten einen ISCED Level von  $3,81 \pm 1,07$ .

D. Audek, H. Audek  
 Patientenzufriedenheit und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit

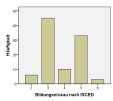


Abbildung 24: Verteilung nach der „International Standard Classification of Education“ (ISCED)

In der Kontrollgruppe betrug der Bildungsgrad im Durchschnitt  $3,76 \pm 1,04$ , in der Multimedialgruppe  $3,86 \pm 1,11$ . (Abbildung 25)

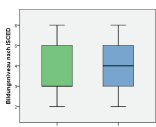


Abbildung 25: Vergleich der Bildungsgrade in den Studiengruppen

Die 104 Patienten erreichten bei der Beantwortung des Fragebogens 1 im Durchschnitt  $8,0 \pm 1,481$  Punkte, der schlechteste Wert waren 3 Punkte (1,9%), der beste Wert waren 10 Punkte (10,6%). 28,8% kamen auf 7 oder weniger Punkte. Der Median betrug 8 und wurde von 26,9% der Studienteilnehmer erreicht, 44,3% erreichten 9 oder 10 Punkte (Abbildung 26).

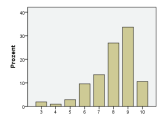


Abbildung 26: Gesamterhebung der Punkte bei Fragebogen 1

Beim Fragebogen 1 zeigt sich für die Kontrollgruppe ein durchschnittliches Ergebnis von  $8,06 \pm 1,18$  Punkten. Das schlechteste Ergebnis waren 5 Punkte, das beste Ergebnis waren 10 Punkte. Der Median betrug 8 Punkte (34,7% der Patienten). 26,5 % erreichten 7 oder weniger Punkte und 38,8 % erreichten 9 oder 10 Punkte (Abbildung 27).

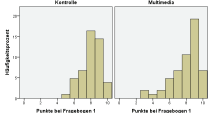


Abbildung 27: Vergleich der Punkte in der Kontrollgruppe und der Maligne bei Fragebogen 1

In der Maligne-Gruppe erreichten die Patienten im Durchschnitt  $7,95 \pm 1,72$  Punkte. Die schlechtesten Werte waren 3 Punkte. Der beste Wert waren 10 Punkte. Der Median betrug





überdies 8,39,9 % erreichten 7 oder weniger Punkte und 49,3 % erreichten 9 oder 10 Punkte (Abbildung 24).

Die 73 Patienten die auch den zweiten Fragebogen gültig beantwortet haben erreichten im Durchschnitt 7,95  $\pm$  1,39 Punkte, der schlechteste Wert waren 4 Punkte, der beste Wert waren 10 Punkte. Der Median betrug 8, 27,4 % der Befragten erreichten einen Wert von 7 oder darunter, 39,7 % erreichten 9 oder 10 Punkte (Abbildung 28).

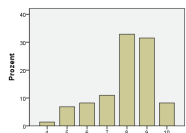


Abbildung 28: Gesamterreichung der Punkte bei Fragebogen 2

Von den 49 Patienten der Kontrollgruppe haben 35 Patienten (71,4 %) auch den zweiten Fragebogen beantwortet. Sie erreichten im Durchschnitt 8,09  $\pm$  1,1 Punkte. Der schlechteste Wert waren 5 Punkte, der beste Wert betrug 10 Punkte. Der Median betrug 8 Punkte, 17,1 % erreichten 7 oder weniger Punkte, 34,5 % erreichten 9 oder 10 Punkte (Abbildung 29).

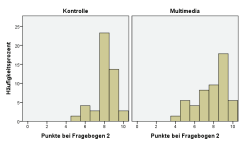


Abbildung 26: Verteilung der Punkte in der Mediation und der Kontrolle bei Fragebogen 2

In der Mediationgruppe (55 Patienten) haben 18 (32,7 %) auch den zweiten Fragebogen beantwortet. Das durchschnittliche Ergebnis waren 7,82 ± 1,64 Punkte. Das schlechteste Ergebnis in dieser Gruppe waren 4 Punkte, das beste Ergebnis waren 10 Punkte. Der Median betrug 8 Punkte; 36,4 % hatten 7 oder weniger Punkte, 44,7 % erreichten 9 oder 10 Punkte (Abbildung 26).

Zwischen den beiden Studiengruppen gab es in Bezug auf die beiden Fragebögen 1 und 2 keinen signifikanten Unterschied (Abbildung 30 und 31).

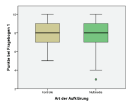


Abbildung 30: Vergleich der Punktzahl bei Beantwortung des Fragebogens 1

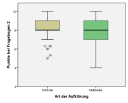


Abbildung 31: Beispiel der Punktbewertung bei Beantwortung des Fragebogens 2

Männer erreichten bei der Beantwortung des Fragebogens 1 insgesamt  $8,06 \pm 1,34$  Punkte. Davon in der Kontrollgruppe  $8,38 \pm 1,19$  und in der Multimediagruppe  $7,84 \pm 1,41$ . Frauen erreichten im Durchschnitt insgesamt  $7,97 \pm 1,55$  Punkte, davon in der Multimediagruppe  $8,0 \pm 1,87$  und in der Kontrollgruppe  $7,94 \pm 1,17$  (Abbildung 32).

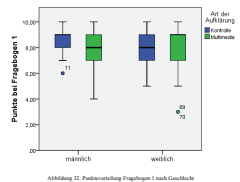


Abbildung 32: Punkteverteilung Fragebogen 1 nach Geschlecht

Männer erreichten bei der Beantwortung des Fragebogens 2 in der Kontrollgruppe 8.1 ± 0.99 und in der Multimediale Gruppe 7,77 ± 1,17. Frauen erreichten in der Multimediale Gruppe 8,08 ± 1,15 und in der Kontrollgruppe 7,84 ± 1,84 (Abbildung 33)

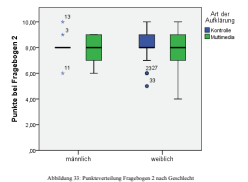


Abbildung 35: Punkterreichung Fragebogen 2 nach Geschlecht  
 Die erzielten Punkte in Abhängigkeit vom Patientalter sind für Fragebogen 1 in Abbildung 34 und für Fragebogen 2 in Abbildung 35 dargestellt.

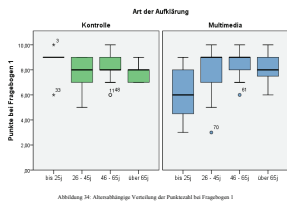


Abbildung 14: Altersabhängige Verteilung der Punktezahl bei Fragebogen 1

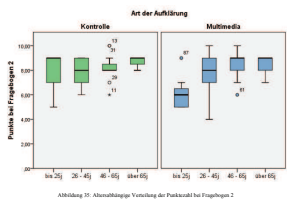


Abbildung 15: Altersabhängige Verteilung der Punktezahl bei Fragebogen 2



#### 4. Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung fand sich kein Unterschied zwischen den Patienten der Kontrollgruppe und der Multimedialegruppe in Hinblick auf die Erfassung des Aufklärungsinhaltes. Die Verwendung einer Multimedialepräsentation in der verwendeten Form zusätzlich zu einer konventionellen Aufklärung bringt daher methodisch keinerlei Vorteile. Aus rechtlicher Sicht wäre es jedoch vorstellbar, dass ein Nachweis einer zusätzlichen multimedialen Aufklärung durch Vorlage der Multimedialepräsentation für den Krankenträger den Nachweis einer ausreichenden Aufklärung des Patienten erleichtern könnte.

Da über ein Drittel der Patienten bereits unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch weniger als 70% der gestellten Fragen richtig beantwortet konnten ist anzunehmen, dass sie zum Zeitpunkt der Unterschrift nicht genügend Informationen aufgenommen hatten um im vollen Umfang eine Entscheidung im Sinne eines „informed decision making“ treffen zu können. Um eine ausreichende Wissensvermittlung zu erzielen werden also zukünftig andere Wege beschritten werden müssen.

Als mögliche Wege wäre hier beispielsweise eine Wissensvermittlung durch „Lehrfilme“ die den Patienten bereits im Vorfeld bereitgestellt werden müssten (siehe auch weiter oben).



### III. Besonderheiten in Belegspitälern

Im Unterschied zu den öffentlichen Krankenhäusern, in denen ein Vertrag zwischen den Patienten und dem Krankenhausträger zur kompletten medizinischen Behandlung besteht und die dort angestellten Ärzte rechtlich lediglich Erfüllungsgehilfen des Krankenhausträgers sind, herrscht in Belegspitälern das Wahlarztprinzip. Hier beschränkt sich der Vertrag des Patienten mit den Krankenhäusern auf den „nicht-ärztlichen Bereich“ inklusive der Verpflegung, Bereitstellung von Krankenzimmern, Apparaten und Instrumenten.

Üblicherweise entsteht dann – betreffend der ärztlichen Versorgung – nur mit dem Belegarzt eine Vertragsbeziehung, die derzeit meist nicht in schriftlicher Form ausgearbeitet wird. Dies gilt auch für befragene Konsiliarärzte, die zwar häufig vom Belegspital beigestellt werden, rechtlich aber als Erfüllungsgehilfen des Belegarztes anzusehen sind. Aus rechtlicher Sicht unterstehen diese nachgeordneten Personen im Rahmen der Behandlung des Patienten, jedenfalls aber im Zuge einer vom Belegarzt vorzunehmenden Operation, den Weisungen und Anordnungen des Belegarztes<sup>57</sup>. Konsequenter Weise werden hinzugezogene Dritte – unabhängig davon ob sie vom Belegspital heringestellt, oder vom Belegarzt direkt hinzugezogen werden – als Erfüllungsgehilfen des Belegarztes angesehen und schuldhaftige Pflichtverletzungen dem Belegarzt angelastet<sup>58</sup>. Vergleiche dazu auch OGH 27.10.1999: „Nun ist davon auszugehen, dass ein Belegarzt gegenüber den ihm zur Verfügung gestellten nachgeordneten Ärzten und gegenüber den Schwestern und Pflegekräften sowie dem medizinisch-technischen Personal im Umfang seines Arbeitsbereichs **fachlich** weisungsberechtigt ist.“<sup>59</sup>

Aus medizinischer Sicht ist die Annahme einer fachlichen Anordnungsbefugnis eines Facharztes aus einem chirurgischen Sonderfach gegenüber einem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin jedoch keinesfalls halbar, da hierfür das notwendige ärztliche Facharzt-

<sup>57</sup> Franzisk. März, Die ärztliche Aufklärung Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten, WVU Verlag 2004, 2. Auflage S 66

<sup>58</sup> [OGH 6 1111a](#)

<sup>59</sup> [OGH 27.10.1999](#)





Wissen fehlt und er diese fachliche Leistung weder erbringen noch beeinflussen darf<sup>67</sup>. Somit bleibt zwar die im obigen Urteil angenommene fachliche Weisungsbefugnis gegenüber den Operationsgehilfen oder allfälligen chirurgischen Assistenzkräften unbestritten, eine fachliche Weisungsbefugnis an einen Facharzt eines anderen Sonderfaches muss jedoch aus medizinischer Sicht abgelehnt werden. Dementsprechend bleibt auch die Zuordnung einer fehlerhaften Intubation durch eine Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin an den chirurgischen Belegarzt aus ärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar<sup>68</sup>. In dem gegenständlichen Urteil wird angeführt: „Der Belegarzt habe es grundsätzlich in der Hand, die ihm bei der Operation assistierenden Personen individuell auszuwählen und in deren Vorrichtungen durch die Erteilung von Weisungen konkret einzugreifen.“ Diese Annahme trifft jedoch für die Intubation eines Patienten nicht zu. Hier geht das Gericht jedoch von einer „organisationsrechtlichen“ des Belegarztes aus – selbst wenn ihm, als Facharzt für Orthopädie, die fachliche Kompetenz einer Beurteilung aus medizinischer Sicht komplett fehlt. Das vorliegende Urteil ist aus Sicht eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin nach deshalb nur schwer nachvollziehbar, da wörtlich angeführt wird: „Sie (die Anästhesistin) riet wegen einer allfälligen Narbenbildung nach einer Schilddrüsenoperation im Kehlkopfbereich zu einem „Kreuzschnitt“ anstelle einer Intubation. Die Klägerin bestand jedoch auf einer „Vollmarkose“.“ Somit hat die Priorität entgegen der fachlich begründeten Empfehlung der Anästhesistin das Risiko eines Zahnschadens bewirkt in Kauf genommen.

In Österreich besteht daher der Rechtsatz: „Der Belegarzt hafte für das schuldhaft und schadensursächliche Verhalten aller wirtschaftlich selbständigen Ärzte, die im Zuge der Operationsvorbereitung bestimmte, für die Erfüllung des Behandlungsvertrags unerhebliche ärztliche Leistungen unter seiner Oberleitung in Fragen der Operationsorganisation erbringen.“<sup>69</sup>

<sup>67</sup> Art 66 § 1 Abs 1  
<sup>68</sup> OGH 12n265/177m  
<sup>69</sup> OGH 10n1137/02



Dies steht im Gegensatz zur deutschen Rechtsprechung, die eine Haftung des Belegarztes nur dann und insoweit bejaht, als es der Belegarzt tatsächlich in der Hand hat, das Verhalten der mitwirkenden Ärzte durch Weisungen konkret zu beeinflussen, dies wird gegenüber Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtung im Allgemeinen bzw. zwischen Chirurg und Anästhesist im Besonderen in Abrede gestellt. Auch bei amerikanischen Gerichten, die für ihre strenge Haltung im Hinblick auf die Arzthaftung bekannt sind, wird die Meinung vertreten, dass es unverzichtbar sei, den operierenden Chirurgen für einen Fehler des Anästhesisten haftbar zu machen<sup>98</sup>.

Unabhängig von der Frage, ob im Falle eines sich verwickelnden Risikos der Operateur oder der Anästhesist haftbar wird ist festzuhalten, dass die Verantwortung für eine rechtskonforme Aufklärung gänzlich auf Seiten des Arztes liegt. Somit kann in diesem Bereich tätigen Fachärzten für Anästhesiologie und Intensivmedizin nur empfohlen werden ein ganz besonderes Augenmerk auf eine umfassende, zeitlich im ausreichendem Abstand zur geplanten Operation durchgeführte Aufklärung zu legen und diese auch geeignet zu dokumentieren. Insbesondere bei Operationen die rein ästhetische Gründe haben sollte dieser Grundsatz penibel berücksichtigt werden.

Dies ist deshalb besonders hervorzuheben, da es in vielen Belegspitälern üblich ist die Aufklärung zur Anästhesie erst am Tag der Operation durchzuführen. Zudem legen meist – aus Kostengründen – keine Standardbögen zur Narkosevorbereitung auf, sondern „selbstgezeichnete“ einseitige Einverständniserklärungen, die eine Dokumentation einer ausreichend Aufklärung über das Anästhesierisiko zusätzlich erschweren. Hinzu kommt noch, dass in Belegspitälern nahe zu ausschließlich rein elective Eingriffe durchgeführt werden, für die eine besonders eingehende Aufklärung über mögliche Risiken zu fordern ist.

Einschränkend für die Aufklärungsverpflichtung im Hinblick auf eine allfällige Aufklärung am Tag der Operation kann hier lediglich eine ambulante Operation ohne schwerwiegenden

<sup>98</sup> Prutsch, Sarrs, Die berufliche Aufklärung Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten, WUV Verlag 2004, 2. Auflage S 69



Eingriff gehend gemacht werden. Für solche Eingriffe kann nach Ansicht der Rechtsprechung eine Aufklärung am Operationstag selbst auch rechtzeitig erfolgt sein, wenn dem Patienten die notwendige Entscheidungsfreiheit verbleibt<sup>153</sup>. Es muss dem Patienten allerdings deutlich gemacht werden, dass nicht nur das Risiko beschrieben wird, sondern die Aufklärung die eigene Entscheidung ermöglichen soll. Hierzu dazu bedarf es ausreichender Zeit<sup>154</sup>. Es nicht jedoch aus dem Patienten klarmachen, dass er unter keinen/er Zeitdruck steht<sup>155</sup>. Die Aufklärung ist dagegen verspätet, wenn beim Patienten der Eindruck hervorgerufen wird, der Eingriff solle unmittelbar anschließend durchgeführt werden und er könne sich nicht mehr aus dem in Gang befindlichen Geschehensablauf lösen<sup>156</sup>.

Allgemein empfehlenswert wäre es zukünftig die Haftungsbeziehungen im Belegspitalen durch klare vertragliche Beziehungen zwischen allen mit der Behandlung der Patienten Betrauten zu regeln<sup>157</sup>. Da einerseits die Spitalträger von Belegspitalen von dem derzeit bestehenden System profitieren, andererseits werden den Belegärzten, noch den in diesem Bereich tätigen Fachkräften für Anästhesiologie und Intensivmedizin die rechtlichen Konsequenzen im vollen Umfang bewusst sind ist mit einer Änderung der bestehenden Situation in naher Zukunft nicht zu rechnen.

<sup>153</sup> BGH VersR 2003, 1441, 1443; VersR 1994, 1235, 1236; NW 1994, 3009, 3011; NJW 1995, 2410, 24 11; NJW 1996, 777, 779; OLG Braunschweig 1999, 1370; OLG Koblenz MSZ 2008, 507.

<sup>154</sup> BGH NW 1994, 3009, 3011; 1995, 2410, 24 11; 1996, 777, 779; OLG 1998, 2743, 3003, 2 17, 218.

<sup>155</sup> OLG Oldenburg VersR 1998, 760, 770.

<sup>156</sup> BGH NW 1994, 3009, 3011; 1995, 2410, 24 11; 1996, 777, 779; OLG Koblenz NW-RR 2002, 816, 818.

<sup>157</sup> Prütisch, Karis, Die ärztliche Aufklärung Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten, WCV Verlag 2004, 2. Auflage S 70.



#### IV. Aufklärung im Schockraum

Die Patienteneinwilligung und das Einholen der Einwilligung im unfähigkeitsrechtlichen Schockraum sollen hier als Beispiel für das Vorgehen bei Patienten in Ausnahmezuständen dienen. In aller Regel werden Patienten nach Unfällen mit so schweren Verletzungen, dass sie nicht mehr bei Bewusstsein sind oder bereits Vorort vom Notarzt intubiert werden müssten ohne jede Einverständniserklärung behandelt. Aus rechtlicher Sicht entspricht ein solches Vorgehen bei Bewusstlosigkeit oder Geschäftsunfähigkeit des Patienten einer „Geschäftsführung ohne Auftrag“ und ist, auch bei Kindern<sup>104</sup>, gesetzlich konform<sup>105</sup>.

Hierbei ist die vom Gesetzgeber im StGB gewählte Form im Sinne einer Ausnahme der ansonsten mit einem Strafrahmen von bis zu 6 Monaten belegten „Jugendschuldigen Heilbehandlung“ bemerkenswert. Im Gesetz heißt es: „Hat der Täter die Einwilligung des Behandelnden in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufbruch der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelnden ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§ 6) hätte bewusst sein können.“ Besonders erwähnenswert scheint hier auch die Bezugnahme auf die notwendige Sorgfalt unter Bezugnahme auf § 6 StGB: „Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt außer acht lässt, zu der er nach den Umständen verpflichtet und nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt ist und die ihm zuzurechnen ist, und deshalb nicht erkennt, dass er einen Sachverhalt verursachen könne, der einem gesetzlichen Tatbild entspricht.“ Dies deutet, weil für einen Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Patient „nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt“ wohl sehr weit zu spannen sein wird, da er ja in seiner Ausbildung darauf vorbereitet wird solche Situationen zu beherrschen. Zudem kann ein Patient, der schwer verletzt ist für eine

<sup>104</sup> [§ 323b StGB](#)  
<sup>105</sup> [§ 323b StGB](#) Abs. 3  
<sup>106</sup> [§ 323b StGB](#) Abs. 2  
<sup>107</sup> [§ 323b StGB](#)



Krankenstatus, die sich auf die Behandlung genau solcher Patienten eingerichtet ist keine „unvorhersehbare Ausnahmesituation“ darstellen.

Während bei schwer verletzten Patienten die Thematik einer gerechtkonformen Aufklärung bzw. Einholung einer Einverständniserklärung in der Praxis wohl nicht relevant ist, gibt es doch eine Gruppe von Patienten, die diesbezüglich besondere Überlegungen hinsichtlich des derzeit üblichen Vorgehens bedürfen. Es handelt sich hierbei um jene Patienten, die nach einer leichteren Verletzung – beispielsweise einem Sturz mit einem hilflosen Bruch des Oberarmschädels – zur Aufnahme in den Schockraum kommen. Das derzeit – zumindest im AKH Wien – übliche Vorgehen ist es, diese Patienten, nach Einholen der üblichen präoperativen Befunde unmittelbar einer operativen Versorgung zuzuführen. Hierbei erfolgt sowohl die chirurgische, als auch die anästhesiologische Aufklärung bzw. Einholung der Einverständniserklärung unmittelbar vor der Durchführung des Eingriffes. Die betroffenen Patienten sind meist ältere Personen mit einer Reihe von Nebenerkrankungen, die sich unzureichend – nur durch die Entfernung aus ihrer gewohnten Umgebung – in einer psychischen Ausnahmezustand befinden, bei denen alleine eine akute Hospitalisierung bis zu dem Krankheitsbild eines Delir führen kann<sup>102,103</sup>. Nicht selten ist daher für den Arzt, der das Aufnahmegericht führt klar erkennbar, dass eine Geschäftsunfähigkeit bzw. keine ausreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten vorliegt.

Hierbei liegt die Einschätzung der konkreten Einsichts- und Urteilsfähigkeit in der Beurteilungskompetenz des behandelnden Arztes. Vom Gesetzgeber wird gefordert, dass der Patient – bezogen auf die konkrete Behandlung – sich der Bedeutung und Tragweite seiner Einwilligung bewusst ist und die damit geschuldeten Körperverletzung im Wesentlichen abschätzen und sein Verhalten nach dieser Einsicht anzurichten kann. Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist dann gegeben, wenn der Patient Grund und Bedeutung einer Behandlung einsehen und

<sup>102</sup> Gillick, Marini, et al.: *Advance consent of hospitalized in the elderly*, Soc Sci Med 1982, 16: 1033-38.

<sup>103</sup> Isari, Rubecca, et al.: *Delirium in elderly general medical inpatients: a prospective study*, Internal Medicine Journal 2007, 37: 406-411



nach dieser Einsicht seinen Willen bestimmen kann. Sie setzt sich also aus einem kognitiven und einem volitären Element zusammen, die beide gegeben sein müssen, um die Einwilligungsfähigkeit bejahen zu können. Die Beurteilung hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, zu denen auch zB die Schwere des Eingriffs zählt. Bei geringfügigen Eingriffen ist daher die Einsichts- und Urteilsfähigkeit eher zu bejahen als bei schwer wiegenden<sup>122</sup>. In der Praxis liegt bei den zugrundeliegenden Erkrankungen in jedem Fall ein schwerwiegendes Eingriff mit einer entsprechenden Möglichkeit an schwerwiegenden Komplikationen vor, da bereits das vergleichsweise harmlose Einsetzen einer „PEG-Sonde“ in den Gewebesmaterialien ausdrücklich als eine solche schwerwiegende medizinische Behandlung definiert wird. Daher wäre es grundsätzlich erforderlich einen gesetzlichen Vertreter des Patienten aufzuklären und dessen Zustimmung einzuholen. Im Regelfall gibt es aber keinen gesetzlichen Vertreter, der entscheidungsbefugt wäre: Zwar sind nahe Angehörige (Eltern, volljährige Kinder, im selben Haushalt lebende Ehegatten und bereits 3 Jahre im selben Haushalt lebende Lebensgefährten) grundsätzlich vertretungsbefugt, dies gilt jedoch nur, wenn die von Arzt empfohlene Heilbehandlung „gewöhnlich nicht mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder Persönlichkeit“ verbunden ist. Jeder operative Eingriff ist jedoch mit „einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder Persönlichkeit“ verbunden, daher sind auch nahe Angehörige nicht vertretungsbefugt.

Daher ist weder eine gestreckte Aufklärung, noch eine rechtswidrige Einwilligung dieser Patienten möglich. Somit würde jeder invasive Eingriff einen Tötungsdelikt nach § 311 StGB<sup>123</sup> oder nach § 110 StGB<sup>124</sup> mit einem Strafrahmen von bis zu einem Jahr Haft darstellen. Dies deshalb, weil aus medizinischer Sicht in diesen Fällen sehr wohl zu hinterfragen ist,

<sup>122</sup> Kietzka in Aigner/Kietzka/Kietzka-Pulzer/Memmer, Handbuch Medizinrecht (2012) Kap. 1.4.4.2.3

<sup>123</sup> § 311 StGB

<sup>124</sup> § 110 StGB



ob die „Annahme, dass durch den Aufschub der Behandlung des Lebens oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre“ in jedem Fall zu rechtfertigen ist.

Soweit keine behandlungseinschlägige Vororgansvollmacht oder verbindliche Patientenverfügung besteht, bedarf es eines gerichtlich bestellten Sachwahrer. Nach § 203 Abs 2 ABGB darf der Sachwahrer in eine solche Heilbehandlung jedoch nur dann einwilligen, wenn durch unabhängige Ärzte in einem ärztlichen Zeugnis bestätigt wird, dass die behandelte Person tatsächlich nicht über die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt und die Vornahme der Behandlung zur Wahrung ihres Wohles erforderlich ist. Nur in Fällen in denen die Behandlung so dringlich ist, dass die Zeit für die Bestellung eines Sachwahrers, oder die Kontaktaufnahme mit einem bereits bestellten Sachwahrer nicht ausreicht, so ist die Vornahme im Anwendungsbereich des KAKaG gem § 8 Abs 3 auch ohne Aufklärung und Einwilligung zulässig<sup>151</sup>. Der Patient wird in diesen Fällen kraft vermunteter Einwilligung behandelt<sup>152</sup>.

Zwar stellt prinzipiell der Facharzt für Unfallchirurgie die Indikation zu einem operativen Vorgehen, es bleibt aber die Frage offen wie ein Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin handeln soll, dem bekannt ist, dass gleichartige Patienten ebenso erst an einem Folgentag operiert oder überhaupt konservativ – ohne Operation im Streckbett – erfolgreich behandelt werden. Insbesondere ist hierbei die „strukturelle Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit des Behandelten durch einen Aufschub“ zu hinterfragen.

Hierbei ist anzumerken, dass in ÖGH-Urteilen wörtlich nur die vitale Bedrohung, nicht aber „Beschwerden“ – im Sinne von Gesundheitsstörungen angeführt werden: Nur bei einer dringenden Operation, die für den Patienten vitale Bedeutung hat, ist die Aufklärungsspflicht des Arztes nicht zu überspannen. Insbesondere ein jugendlicher Patient soll nicht durch die Aufklärung über selten verwickelte Operationsrisiken beunruhigt und dazu veranlasst werden, eine dringliche Operation nicht vornehmen zu lassen. Auch für ängstliche, der Vernunft aber keineswegs beraubte Personen gilt bei nicht dringlichen Operationen, dass sie selbst die Abwägung

<sup>151</sup> Klutetska in Aigner/Klutetska/Klutetska-Puller/Memmer, Handbuch Medizinrecht (2012) Kap. 1.4.4.2.3  
<sup>152</sup> Dwaritsch/Sprickhoff, Medizinrecht Rz 659



gung vornehmen sollen, ob sie trotz des statistisch umwahrnehmbaren Risikos nachweiliger Folgen die geplante Operation vornehmen lassen oder aber mit den bisherigen Beschwerden weiterleben möchten.<sup>117</sup>

In der klinischen Praxis richtet sich der Zeitpunkt der Operation – gerade bei hinführem Bruch des Oberschenkel – nämlich häufig nach dem aktuellen Arbeitsaufkommen und dem Operationsprogramm des Folgeringes. Wie weit gilt hier für einen Anästhesisten, dass er „die Sorgfalt außer acht lässt, zu der er nach den Umständen verpflichtet und nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt ist und die ihm zuzurechnen ist, und deshalb nicht erkennt, dass er einen Sachverhalt verwirklichen könnte, der einem gesetzlichen Tathat entspricht?“

Anscheines gilt für akute Operationen unmittelbar nach Einlieferung des Patienten, für die bekannt ist, dass ein konservatives Vorgehen häufig gleich gut – oder sogar bessere Ergebnisse erzielen kann – als Operationen nach Bänderverletzung am Knie.

In der Praxis ist in solchen Fällen wohl die Wertigkeit einer Unterschrift auf dem Aufklärungsbogen, selbst nach anfänglicher Aufklärung der Patienten, aus rechtlicher Sicht zu hinterfragen. Für den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin wird hierbei eine gute Dokumentation der Indikation zur sofortigen Operation bei sonstiger Gefahr einer „erhofften Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit des Behandelten durch einen Auschluss“ durch den behandelnden Facharzt für Unfallchirurgie wesentlich sein. Dies deshalb, da der Patient bei dem sich ein schwerwiegendes Risiko verwickelt in jedem Fall im Nachhinein anführen kann, dass er in der bestehenden Ausnahmesituation den Inhalt des Aufklärungsgesprächs nicht habe erfassen können und er falls er gewusst hätte, dass ihm diese Komplikation zuzurechnen könnte den Eingriff in jedem Fall abgelehnt hätte. Im Einzelfall erscheint es daher als ratsam ein allfälliges Gespräch mit dem Unfallchirurgen in dem die Indikationsstellung zur sofortigen Operation, unter Hinweis auf die Gesetzeslage, nochmals hinwärtig wird – im Sinne der notwendigen Sorgfalt – zu dokumentieren.

<sup>117</sup> OGH 17.01.2001 6 Ob 318/00n





Besonders kritisch sind jene Situationen zu beurteilen, in denen der betroffene, wenn auch nicht einseh- und urentscheidfähige, Patient in Sinne einer „Manifestation des natürlichen Willens“ zu erkennen gibt, dass er die Behandlung ablehnt. Dies deshalb, weil in diesen Fällen nicht nur die Zustimmung eines Sachwalters ausreicht sondern, eine rechtmäßige Zustimmung sogar der Genehmigung des Gerichts bedarf. In diesen Fällen wird selbst eine dringliche Indikationsstellung durch den Facharzt für Unfallchirurgie nicht ausreichen, solange nicht eine unmittelbare vitale Gefährdung besteht.

Naturngemäß gilt diese Empfehlung für alle medizinisch ähnlich gelagerten Fälle, da ja die Indikation zur Operation immer durch den Operateur gestellt wird und dem Anästhesisten – selbst wider besseren Wissens – nach dem Arztesetz keine Beeinflussung fachfremder Entscheidungen zusteht<sup>13</sup>. Um so wichtiger wird hier die detaillierte Dokumentation der Kommunikation von rechtlichen und medizinischen Risiken aus fachlich-anästhesiologischer Sicht an den Operateur sein.

<sup>13</sup> [Andel KH 2011](#)



#### IV. Vorgehen bei beschworenen Patienten

Voraussetzung für die Einwilligung durch Dritte ist prinzipiell eine Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Hierbei liegt – wie bereits weiter oben ausgeführt – die Einschätzung der konkreten Einsichts- und Urteilsfähigkeit in der Beurteilungskompetenz des behandelnden Arztes. Das heißt, dass der behandelnde Arzt sich in jedem Fall vergewissern muss ob der Patient – bezogen auf die konkreteste Behandlung – sich der Bedeutung und Tragweite seiner Einwilligung bewusst ist und die damit geschuldeten Körperverletzung im Wesentlichen abschätzen und sein Verhalten nach dieser Einsicht beurteilen kann.

Eine weitere Voraussetzung für die Einwilligung durch Dritte ist, dass keine verbindliche Patientenverfügung vorliegt, die im gegenständlichen Fall bei der Behandlung des Patienten zu berücksichtigen ist (zur Bedeutung einer verbindlichen Patientenverfügung für den Anästhesisten siehe weiter unten).

Sofern beide oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind ist zunächst zu klären wer für die Einwilligung in die Behandlung zuständig ist. Bei Minderjährigen sind dies die Pflege- und Erziehungsberechtigten – in der Regel die Eltern (zur anästhesiologischen Aufklärung- Einwilligung bei Minderjährigen siehe weiter unten). Für „nicht schwerwiegende Behandlungen“ können die nächsten Angehörigen ihre Zustimmung erteilen<sup>128</sup>. „Die Vertretungsbefugnis des nächsten Angehörigen umfasst auch die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung, sofern diese nicht gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist und der vertretenen Person die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt.“<sup>129</sup> Hierzu ist allerdings anzumerken, dass praktisch jede Behandlung durch einen Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin „gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist“ und daher eine Zustimmung der nächsten Angehörigen – gestützt auf §284b ABGB - in aller Regel für Eingriffe bei denen eine Minder-

<sup>128</sup> [§ 1284b ABGB](#)



lung eines Anästhetikums notwendig ist nicht zulässig ist. Im Falle des Vorliegens einer rechtmäßigen Vorsorgevollmacht, die Einwilligungen in medizinische Behandlungen nach §283 Abs 2<sup>139</sup> mit einschließt ist die Zustimmung des bevollmächtigten Vertreters einzuholen<sup>141</sup>.

Sofern ein Sachwalter bestimmt ist, dessen Wirkungskreis die Entscheidung über medizinische Belange mit einschließt, ist zusätzlich zum Einverständnis des Sachwalters das Vorliegen eines vom behandelnden Arzt unabhängigen Arzt notwendig, der „in einem ärztlichen Zeugnis bestätigt, dass die behandelte Person nicht über die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt und die Vornahme der Behandlung zur Wahrung ihres Wohles erforderlich ist“. Liegt ein solches Zeugnis nicht vor bedarf es der Zustimmung des Gerichts<sup>142</sup>. Diese Bedingungen treffen – wie bereits oben angeführt – deshalb zu, weil nahezu jede anästhesiologische Behandlung bzw. jeder chirurgischer Eingriff mit einer „nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit“ verbunden ist, oder zumindest das Risiko auf das Auftreten einer solchen Beeinträchtigung mit einschließt.

Sofern kein Sachwalter bestimmt ist und in der Einschätzung des behandelnden Anästhesisten für den konkreten Eingriff keine Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten vorliegt so ist zunächst eine Sachwalterbestellung beim zuständigen Bezirksgericht anzuregen. Eine Ausnahme bietet hierbei jede Situation in der durch den mit der Einholung der Einwilligung verbundenen Aufschub das Leben des Patienten gefährdet würde oder die Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit bestehen würde<sup>143</sup>.

In der klinischen Praxis ergeben sich für den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin hierbei eine Reihe von Herausforderungen. Zunächst stellt sich die Frage in wie weit er darauf vertrauen darf, dass sich der behandelnde Chirurg vergewissert hat, dass eine ausreichende Belag für den gesetzlichen Vertreter vorliegt. Reicht das Vorliegen einer „Ein-

<sup>139</sup> § 283 Abs. 2  
<sup>140</sup> § 283 Abs. 2  
<sup>141</sup> § 283 Abs. 2  
<sup>142</sup> § 283 Abs. 2

<sup>143</sup> § 283 Abs. 3



...mung als Sachwalter für medizinische Belange<sup>24</sup> aus, oder muss auch das Vorliegen eines ertlichen Zeugnisses durch einen unabhängigen Arzt, bzw. im Falle des Fehlens die Zustimmung des Gerichtes in der Krankenkarte vorliegen?

Analog zur Einholung des Einverständnisses für eine intra- und postoperative Anästhesiologische Betreuung bei Geschäftsfähigen bzw. bei Einsichts- und Urteilsfähigen Patienten stellt eine an den Patienten angepasste Aufklärung für eine rechtsverbindliche Einwilligung in den geplanten Eingriff dar. Häufig hat zwar ein entsprechendes Gespräch zwischen dem Sachwalter und dem behandelnden Chirurgen unter Einbeziehung des Patienten stattgefunden, eine Einbeziehung des Anästhesisten ist jedoch nicht erfolgt.

Korrektur: Weist man sich der behandelnde Anästhesist zunächst mit dem betroffenen Patienten auseinander um sich selbst ein Bild über dessen Einsehens- und Urteilsfähigkeit zu bilden. Hierbei muss weiter versucht werden dem Patienten das aus anästhesiologischer Sicht geplante Vorgehen zu vermitteln und erfasst werden ob der Patient mit dem Vorgehen einverstanden erscheint. Gelingt der Anästhesist zur Ansicht, dass der Patient das anästhesiologische Vorgehen ablehnt („Manifestation des natürlichen Willens“), so ist – unabhängig von dem Einverständnis des Sachwalters und dem allfälligen Vorliegen eines ärztlichen Attestes – ein Beschluss des Gerichtes einzuholen<sup>25</sup>. Ebenso wird es in der zu fordernden Sorgfaltspflicht des Anästhesisten liegen sich zu vergewissern, dass das vorliegende ärztliche Attest auch die anästhesiologisch zu setzenden Maßnahmen mit einschließt.

Bei der Aufklärung des Sachwalters über die bestehenden anästhesiespezifischen Risiken und möglichen Alternativverfahren muss sich der Anästhesist zunächst ein Bild über das Vorwissen des Sachwalters machen, da auf den konkreten Wissensstand (inkl. Auffassungsgabe, Sprache und Bildungsstand) einzugehen ist. Bei „professionellen“ Sachwaltern, die über längere Zeit häufig mehrere Personen betreuen wird wohl von einem umfassenderen Vorwissen hinsichtlich der bestehenden Risiken als bei einem Jagdbiologen, der mit der Sachwalterschaft beauftragt ist auszugehen sein. Die ärztliche Aufklärung hat hier – ebenso wie bei der Aufk-

<sup>24</sup> § 1906 SGB I Abs 2



zung eines Patienten - in Form eines vertrauensvollen Gesprächs zwischen Arzt und Patient zu erfolgen<sup>122</sup>. Zudem wird aufgrund der persönlichen Betroffenheit bei nahen Verwandten mehr Bedacht auf eine ausreichend große Zeitspanne zwischen dem Aufklärungsgespräch und der geplanten Operation als bei einem persönlich weniger beteiligten Sachwalter zu legen sein. Dies ist deshalb von praktischer Bedeutung, da nicht selten erst am Nachmittag des Vortages zur Operation auffällt, dass nach dem Gespräch zwischen dem Sachwalter und einem Anästhesisten stattgefunden hat und der Sachwalter am Nachmittag - außerhalb seiner Geschäftszeiten - dann nicht mehr erreichbar ist. Nicht selten findet daher das anästhesiologische Aufklärungsgespräch bei hauptberuflich tätigen Sachwaltern dann erst am Tag der Operation statt. Jedenfalls wird aber auch hier auf die individuelle Situation des Patienten mit seinem spezifischen Risikoprofil und auf die möglichen Auswirkungen eines sich verwickelnden Risikos auf seine Lebensumstände einzugehen sein.

Nicht selten findet eine Aufklärung - vor allem bei „professioneller“ Sachwaltern am Telefon statt. Dies ist - zumindest bei zufällig gelagerten Fällen<sup>123</sup> ausreichend<sup>124</sup>, solange dieses Vorgehen im Einvernehmen mit dem Sachwalter ist.

Liegt eine Patientenverfügung<sup>125</sup> vor, so ist für den Anästhesisten zunächst zu prüfen ob sie in der gegenwärtigen konkreten Situation zur Anwendung kommen soll (Abbildung 3c). Sofern anhand der abgebildeten Checkliste eine unmittelbare Wirksamkeit abzulesen ist muss weiter geklärt werden ob es sich um eine verbindliche oder beachtliche Patientenverfügung handelt<sup>126</sup>, die auch auf den konkreten gegenständlich geplanten chirurgischen Eingriff anzuwenden ist.

<sup>122</sup> BGH, ANW 1285, 1389 - UM § 285 [8] ZPO Nr. 60; NW 2003, 20 12; BGH NW 2006, 2100; BGH NW 2000, 1784 BGH, NW 1985, 1899 - UM § 285 [8] ZPO Nr. 60; NW 2003, 2052

<sup>123</sup> BGH VersR 2010, 1183

<sup>124</sup> <https://www.rechtspraak.de>

<sup>125</sup> Artg 17.02.2009: <https://www.rechtspraak.de> Autonomieerklärung und Selbstbestimmung

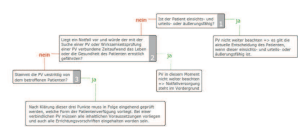


Abbildung 16 Prüfung ob eine Patienteneinwilligung in der zusammenfassenden Anwendung Endok  
 Eine Checkliste für die Überprüfung, ob eine verbindliche oder befristete Patienteneinwilligung vorliegt. April 2014

Vom Bundesministerium für Gesundheit wurde, neben dem oben zitierten Leitfaden für Ärzte auch eine Checkliste veröffentlicht an Hand derer zu klären ist ob eine vorliegende Patienteneinwilligung zu befristen ist und ob sie als verbindlich oder befristet einzuschätzen ist (siehe Abbildungen 17)<sup>128</sup>

Im Falle einer mutmaßlichen Behandlungsverweigerung zu den notwendigen anästhesiologischen Maßnahmen ist nach dem Willen des Patienten vorzugehen<sup>129</sup>. Im Zweifelsfall – insbesondere je mehr Kriterien für eine verbindliche Patienteneinwilligung fehlen – ist jedoch immer dem Grundsatz „in dubio pro vitae“ zu folgen.

<sup>128</sup> BMG 19.02.2009: [Checkliste für die Überprüfung, ob eine verbindliche oder befristete Patienteneinwilligung vorliegt](#).  
[http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/02/09\\_02\\_19\\_02\\_09\\_bmfj\\_09.html?\\_\\_blob=publicationFile](#)  
<sup>129</sup> [http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/02/09\\_02\\_19\\_02\\_09\\_bmfj\\_09.html?\\_\\_blob=publicationFile](#)

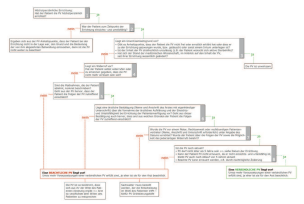


Abbildung 37 Prüfung ob eine Patientenverfügung verbindlich oder hinsichtlich ist  
 von: [Thüringer für die Therapieplanung, ob eine verbindliche oder hinsichtlich Patientenverfügung vorliegt](#) (2017)  
 © 2014

Sofern ein Vorsorgebevollmächtigter bestimmt wurde, muss geprüft werden ob die Vorsorgevollmacht den konkreten Fall mit einschließt. Insbesondere bei Ablehnung des geplanten Eingriffes durch den Vorsorgebevollmächtigten muss geprüft werden ob die Ablehnung dem Wohl und Willen des Patienten entspricht. Sofern diesbezüglich Zweifel bestehen gilt wiederum der Grundsatz „in dubio pro vitae“.



#### V. Besonderheiten bei Zeugen Jehovas

In aller Regel wird ein Mitglied der Religionsgemeinschaft der Zeugen Jehovas eine verbindliche Patientenverfügung vorlegen bzw. mit sich führen. Somit entsprechen die rechtlichen Rahmenbedingungen bei Zeugen Jehovas denen bei Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung. In der Praxis ist es wichtig zu wissen, dass es offensichtlich unterschiedliche „Schulmeinungen“ innerhalb der Glaubensgemeinschaft gibt. So erklären sich einige Zeugen Jehovas mit der Verwendung von Zellen (Abbildung 18) einverstanden – andere nicht. Ähnliches gilt für Gentherapie oder Transfusionskonzentrate. Diese Details sind in aller Regel nicht aus der vorliegenden Patientenverfügung ersichtlich, es wird daher im Einzelfall genau abzuklären sein welche Maßnahmen der Patient zulässt.

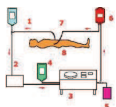


Abbildung 18: Schematische Darstellung eines Zelltransfusionsverfahrens. 1) Spindel aus dem Operationsgebiet mit Depressionshilfe, 2) Zellsuspension, 3) Zellsuspension zur Transfusion der roten Blutkörperchen, 4) Waschlösung, 5) Wasch-, 6) Zellsuspension, 7) Rückstromkonzentrat, 8) Rückstromkonzentrat, 9) Rückstromkonzentrat, 10) Rückstromkonzentrat. Die Zellen sind durch die Zellen, die durch die Anwendung dieser Methode die Verbindung zwischen Blut und Körper herstellen können.

Liegt ein Notfall vor und wäre das Leben oder die Gesundheit des Patienten durch eine Überprüfung der Wirksamkeit der Patientenverfügung gefährdet, so steht die „lege artis“-Notfallversorgung im Vordergrund. Das heißt die Gabe von Blut bzw. Blutprodukten ist rechtlich unbedenklich.





Für alle anderen Situationen ist, sofern eine verbindliche Patientenverfügung vorliegt die Ver-  
abreichung von Fremdblut nicht statthaft. Hier besteht aus anästhesiologischer Sicht insofern  
eine Konfliktssituation, als sich die Situation ergeben kann, dass der Facharzt für Anästhesio-  
logie wider sein Gewissen und wider dem Stand der Wissenschaft handeln muss. Da eine  
solche Handlungsweise nicht durch den Arbeitgeber angeordnet werden kann, besteht für den  
Anästhesisten die Möglichkeit, da ja kein Notfall vorliegt<sup>141</sup>, die Übernahme der Behandlung  
abzulehnen. Dies mit der Begründung, dass einerseits eine dementsprechliche Anordnung an  
einen Facharzt wider „lege artis“ zu handeln nicht zulässig ist und andererseits das Bewusstsein  
im Stich lassen eines Patienten mit dem eigenen Gewissen nicht verträglich ist. Die Mög-  
lichkeit einen Patienten abzuweisen besteht für den Krankenhausträger jedoch nicht, da dieser  
auch zur Übernahme der Behandlung verpflichtet ist wenn Behandlungsbedarf besteht<sup>142, 143</sup>.  
Der daraus resultierende Konflikt ist – soweit feststellbar – in Österreich noch nicht ansichts-  
geklärt. Ähnlich ist die Situation bei einem Patienten, der sich einer Routineoperation unterziehen  
muss und das vom Anästhesisten vorgeschlagene Verfahren ablehnt – wie beispielsweise  
die Patientin im oben angeführten Fall des Zahnschadens im Belegspital. In der Praxis kommt  
es gelegentlich vor, dass ein Patient zB einen Kreuzritsch ablehnt obwohl für ihn dies das lege  
artis Vorgehen wäre – beispielsweise bei Vorliegen einer chronisch obstruktiven Lungener-  
krankung. Nun könnte der Facharzt für Anästhesiologie bei einer nicht dringlichen Operation  
die Durchführung einer Allgemeinnarkose ablehnen, da dies nicht lege artis ist. Zu dieser  
Problematik kommen auch noch die deutlich erhöhten Behandlungskosten – so ein Patient  
muss in aller Regel nach einer Allgemeinnarkose für mehrere Tage auf eine Intensivstation –  
während nach einem Kreuzritsch eine solche Behandlung meist unterbleiben kann. Nun kostet  
ein Tag Intensivaufenthalt im AKH Wien etwa € 2000,- also gut € 1000,- pro Tag mehr als  
ein Aufenthalt auf der Normalstation. Ähnlich ist die Situation bei Zeugen Leberis, die mit  
extrem niedrigen Mengen an roten Blutkörperchen eine deutlich längere und intensivere Be-  
handlung benötigen. Hier wäre zumindest zu fordern, dass der durch die jeweilige – dem Pati-

<sup>141</sup> [Kardisch 148](#)

<sup>142</sup> [Kardisch 141](#) Abs 1

<sup>143</sup> [Kardisch 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155](#)



einen zurechnende Entscheidung – einstuftende Mehraufwand nach finanziell abzugeben. Dies analog zu anderen Bereichen der medizinischen Behandlung – wie beispielsweise der Zahnbehandlung.

Kommt es nun tatsächlich zu der Situation, dass das Überleben eines zu diesem Zeitpunkt nicht mehr Urteils- Entscheidungsfähigen Patienten von der Transfusion von Fremdblut abhängt besteht für den behandelnden Anästhesisten die Möglichkeit des „natürlichen Willens“ des Patienten zu prüfen. Der natürliche Wille ist der Wille, der in einem die freie Willensbestimmung ausschließlichen Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit gefasst wird. Der natürliche Wille des Patienten ist beispielsweise als beherrschendes aufzufassen sondern im Rahmen des Verhältnismäßigkeitsprinzips zu beachten und kann, sofern er der Patientenverfügung entgegen steht diese widerrufen.<sup>184, 185, 186</sup> Kommt der Anästhesist zu der Auffassung, dass der natürliche Wille des Patienten der Patientenverfügung, die eine Verabreichung von Fremdblut unterzagt widerspricht, so wird diese bis zur Erstellung einer neuen Patientenverfügung aufgehoben. Entsprechend der Definition des natürlichen Willens, der nach erhoben werden kann wenn sich der Patient in einem die freie Willensbestimmung ausschließlichen

<sup>184</sup> Jox RJ (2006) [http://www.ethik.uni-wuerzburg.de/ethik/rechtliche\\_handlungstheoretische\\_und\\_ethische\\_aspekte\\_in\\_schleimans\\_1\\_fahr\\_12\\_vollmann\\_10tag\\_1entscheidungen\\_am\\_lebensende\\_in\\_der\\_modernen\\_medizin\\_ethik\\_recht\\_ökonomie\\_und\\_klinik\\_lf1\\_vortrag\\_berlin\\_69-86](http://www.ethik.uni-wuerzburg.de/ethik/rechtliche_handlungstheoretische_und_ethische_aspekte_in_schleimans_1_fahr_12_vollmann_10tag_1entscheidungen_am_lebensende_in_der_modernen_medizin_ethik_recht_ökonomie_und_klinik_lf1_vortrag_berlin_69-86) URL: <http://books.google.de/books?id=HedM7Cp7WtIC&pg=PA63&pg=PA63&dq=Der+Natürlicher+Wille+des+Patienten>

<sup>185</sup> Jox RJ (2011) Widerruf der Patientenverfügung und Umgang mit dem natürlichen Willen. In: Borsio GD, Heßler H, Jox R, Meier C (Hrsg.) Patientenverfügung: Das neue Gesetz in der Praxis. Kohlhammer, Stuttgart, 129-139

<sup>186</sup> [http://www.ethik.uni-wuerzburg.de/ethik/rechtliche\\_handlungstheoretische\\_und\\_ethische\\_aspekte\\_in\\_schleimans\\_1\\_fahr\\_12\\_vollmann\\_10tag\\_1entscheidungen\\_am\\_lebensende\\_in\\_der\\_modernen\\_medizin\\_ethik\\_recht\\_ökonomie\\_und\\_klinik\\_lf1\\_vortrag\\_berlin\\_69-86](http://www.ethik.uni-wuerzburg.de/ethik/rechtliche_handlungstheoretische_und_ethische_aspekte_in_schleimans_1_fahr_12_vollmann_10tag_1entscheidungen_am_lebensende_in_der_modernen_medizin_ethik_recht_ökonomie_und_klinik_lf1_vortrag_berlin_69-86) URL: <http://books.google.de/books?id=HedM7Cp7WtIC&pg=PA63&pg=PA63&dq=Der+Natürlicher+Wille+des+Patienten>

D. Audek, H. Audek  
Patientenautonomie und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit



Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, ist diese Erhebung des natürlichen Willens auch bei Patienten mit eingeschränktem Bewusstsein möglich.

Wichtig wird im Einzelfall die genaue Dokumentation der Umstände sein, die zu der Annahme des Widerrufs der Patientenverfügung durch den natürlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation geführt haben.

Anzumerken ist, dass die oben zitierte Literatur aus Deutschland stammt. Für Österreich gibt es – insbesondere im Zusammenhang mit dieser Problemstellung bei Zeugen Jehovas – soweit feststellbar – noch keine Judikatur.



#### VI. Besonderheiten bei Minderjährigen

Besonderheiten bei Minderjährigen Patienten betreffen die Einwilligungsfähigkeit der Patienten, die Schweigepflicht des Arztes im Verhältnis zu den Eltern und das Zustandekommen des Behandlungsvertrages.

Ohne Unterschied zu Volljährigen besteht die einträgliche Rechtfertigung zur Durchführung eines Eingriffes in die körperliche Unversehrtheit in der Einwilligung des Patienten. In Abhängigkeit von der individuellen Urteils- und Einsichtsfähigkeit wird diese Einwilligung alleine von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten, oder von den Minderjährigen zusammen mit den Eltern/Erziehungsberechtigten zu erlangen sein<sup>107</sup>. Mit maßgebend für die Entscheidung im Einzelfall wird auch noch die Dringlichkeit, sowie die Schwere des Eingriffes sein<sup>108</sup>. Entscheidend ist ob der Minderjährige „auch seiner geistigen und sittlichen Reife, die Bedeutung und Tragweite des Eingriffes und seiner Zustimmung zu ermessen vermag“<sup>109</sup>. Hierbei wird theoretisch kein Mindestalter angeführt. Als vollkommen geschäftsunfähig gelten Minderjährige unter 7 Jahren (Kinder). Minderjährige im Alter von 7 bis unter 14 Jahren werden als unemündliche Minderjährige bezeichnet und gehen allgemein als beschränkt geschäftsfähig. Dennoch ist nach herrschender Meinung davon auszugehen, dass Minderjährige unter 14 Jahren nur in Ausnahmefällen bereits einwilligungsfähig sind<sup>110</sup>. Über 14 Jahren bis unter 18 jährige sogenannte „mündliche Minderjährige“ können sich vertraglich verpflichten jedoch bedarf es immer mit der Einwilligung der Eltern. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die oben angeführten Altersgrenzen lediglich Richtwerte darstellen und im Einzelfall der geistige Entwicklungsstand des Minderjährigen zu beachten ist. Im Zweifel wird die Einsichts- und Urteilsfähigkeit bei mündigen Minderjährigen vermutet. Für eine Behandlung, die

<sup>107</sup> BGH, 16. 11. 1971 - VI 28 76/70: Aufklärungspflicht des Arztes über Möglichkeit schädlicher Folgen eines Eingriffes

<sup>108</sup> <https://www.rechtswiki.de/Rechtswiki/108>

<sup>109</sup> BGH NJW 1950, 811

<sup>110</sup> Utenshammer, Arztrecht in der Praxis, 3. Aufl. 2003, Rz. 109b; Kern, Fremdbestimmung bei der Einwilligung in ärztliche Eingriffe, NJW 1994, 753



gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeitsfreiheit verbunden ist, ist jedoch immer auch die Zustimmung der Erziehungsberechtigten notwendig<sup>131</sup>.

Für die Geltung einer ärztlichen Maßnahme bei einem Kind bedarf es, nach den Grundsätzen des Sorgerechts prinzipiell der Einwilligung von beiden Ehepartnern, sofern nicht ausnahmsweise ein Elternteil das alleinige Sorgerecht inne hat. Zu beachten ist hierbei, dass besatzartige auch bei nicht miteinander verheirateten oder geschiedenen Eltern meist gemeinsames Sorgerecht besteht. Allerdings kann der nicht-erziehende Elternteil von dem erziehenden Elternteil „vertreten“ werden. Es ist daher nicht in jedem Fall die Aufklärung beider Elternteile notwendig (Vergleiche hierzu die Entscheidung BGH 1988<sup>132</sup>). Zu der Frage, wann im Einzelfall von einer wirksamen Vertretung eines Elternteils durch den anderen auszugehen ist, hat der BGH eine Stufenlehre entwickelt<sup>133</sup>.

Bei Routinefällen des Alltags, in denen typischerweise davon ausgegangen werden können, dass der mit dem Kind beim Arzt oder im Krankenhaus vortretende Elternteil aufgrund einer allgemeinen Funktionsaufteilung zwischen den Eltern auf diesem Teilgebiet der Personensorge oder einer konkreten Absprache ermächtigt ist, für den Absenden die erforderliche Einwilligung in ärztliche Heilmaßnahme nach Beratung durch den Arzt einzureichen (hier wird beispielhaft eine Poliolebensimpfung angeführt) ist für den Arzt keinerlei weitere Maßnahme notwendig<sup>134</sup>.

Hierbei ist allerdings in der Praxis davon auszugehen, dass nahezu alle Maßnahmen eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin aufgrund des Ausmaßes der mit der Behandlung verbundenen Risiken nicht in diese Kategorie fallen. Soweit es um Eingriffe schwererer Art (mit höherer Eingriffs) mit nicht unbedeutenden Risiken geht, muss sich der Arzt bei dem erziehenden Elternteil erkundigen, ob er berechtigt ist, für den nicht-erziehenden Eltern-

<sup>131</sup> [§ 1773 S. 1 BGB](#)

<sup>132</sup> BGH NW 1988, 2946

<sup>133</sup> BGH NW 1988, 2946

<sup>134</sup> BGH NW 2002, 1764



teil zu handeln. Auf dessen Auskunft darf der Arzt vertrauen, wenn nicht ausnahmsweise Zweifel aufkommen oder er sogar vom Gegenteil positiv weiß. Im Hinblick auf seine Fragepflicht muss der Arzt die Antwort des allein erscheinenden Elternteils dokumentieren. Beispielfall wird hier eine Blinddarmpolypektomie angeführt.

Soweit ein außergewöhnlich schwieriger oder besonders weit reichender Eingriff geplant ist, muss sich der Arzt Gewissheit verschaffen, dass der nichterschienene Elternteil mit der vorgesehenen Behandlung des Kindes einverstanden ist<sup>147</sup>. Dies wird alle größeren chirurgische Eingriffe, sowie alle Minderjährige mit erhöhtem Anästhesierisiko betreffen. Beispielfall wird hier eine Herzoperation angeführt. In diesen Fällen muss der aufklärende Anästhesist entweder den erscheinenden Elternteil auffordern, gemeinsam wieder zu kommen oder sich von dem nichterscheinenden Elternteil (zumindest telefonisch) bestätigen zu lassen, dass er den anderen zur alleinigen Entscheidung ausdrücklich ermächtigt. Aufklärung und Einwilligung der Eltern bzw. die den einen vom anderen Elternteil erteilte Ermächtigung zur alleinigen Entscheidung müssen hierbei unbedingt dokumentiert werden.

Dem Willen des Kindes kommt mit dem Heranzwachen zunehmendes Gewicht zu. Hierbei geht der Einwilligungsfähigkeit nach herrschender Rechtsmeinung eine Vernünftigkeit voraus. Dabei muss der Minderjährige, auch wenn er noch nicht einwilligungsfähig ist, seinem Alter und Reifegrad entsprechend in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden. Abhängig von Art und Schwere des Eingriffs gilt das für beinahe jede Altersgruppe<sup>148</sup>, insbesondere aber für mündige Minderjährige. Verweigert ein Minderjähriger die Einwilligung in einen zwar indizierten, aber aufsehnbaren Eingriff, ist die Ausübung des Vetorechts als beachtlich anzusehen. In solchen Fällen ist die ärztliche Maßnahme zurückzusetzen (off hunting)<sup>149</sup>. Sofern der unmündige Minderjährige durch die Behandlungsverweigerung seine Gesundheit gefährdet gilt dieses Vetorecht nicht. Beispielsweise können die Eltern also nicht als Stellver-

<sup>147</sup> *Legal Notes* 1380, 206 ff.

<sup>148</sup> Laub, *Arztrecht*, 5. Aufl. 2003, S. 115, Fn. 128, 160ff., Der minderjährige Patient in der ärztlichen Behandlung, *MedR* 2002, 80.

<sup>149</sup> *Umschwermer*, a.a.O. Nr. 113.



terer gegen den Willen einer noch nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen in einen Schwangerschaftsabbruch einwilligen, außer dieser ist medizinisch vital indiziert.

Ein mündiger Minderjähriger kann auch eine verbindliche Patienteneinwilligung erstellen. Ist die Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen unklar, so kann ein Psychiater als Kollaborator beigezogen werden und über das Pflegegerichtsamt eine Feststellung der Einwilligungsfähigkeit beantragen werden.

Generell ist bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei Vorliegen einer akuten Gefährdung von Leben oder Gesundheit weder die Einwilligung der Eltern noch die des Minderjährigen notwendig<sup>148</sup>.

Bei Ablehnung der Eltern von vitalen medizinisch indizierten Behandlungen ohne adäquate Alternative liegt ein „Missbrauch des Sorgerechts“ vor. Liegt eine unmittelbare Gefährdung vor, so ist die Behandlung unverzüglich durchzuführen. Liegt keine unmittelbare Gefährdung vor, so ist zeitweilige Entziehung des Sorgerechts durch den behandelnden Arzt einzulösen. In Wien ist dies beispielsweise bei Wiener minderjährigen Patienten über das Kriseninterventionszentrum des Wohnbezirks, bei minderjährigen Patienten anderer Bundesländer über das Kriseninterventionszentrum 1090 Wien (Region 1) zu beantragen ([Magistrat 11](#), Zugriff am 16.02.2014). Dies trifft auch für die Weigerung der Eltern zur Verabreichung einer medizinisch notwendigen Bluttransfusion zu<sup>149</sup>.

Während bei der Behandlung von Minderjährigen bei mangelnder Einwilligungsfähigkeit die Kontaktaufnahme zu den Eltern wegen der bei ihnen liegende Personensorge keine Schweigepflichtverletzung darstellt, muss bei Minderjährigen die von ihnen Recht bei an der Grenze zur Einwilligungsfähigkeit stehen das elterliche Recht und die Pflicht, Sorge für die Gesundheit des Kindes zu leisten, mit der ärztlichen Schweigepflicht abgewogen werden. Jedenfalls sollte wegen Geringfügigkeiten die Schweigepflicht entgegen dem ausdrücklichen Wunsch

<sup>148</sup> [§ 10 Abs. 1 S. 1](#)

<sup>149</sup> [§ 10 Abs. 1 S. 1](#) in Verbindung mit [§ 10 Abs. 2 S. 1](#)



D. Andel, H. Andel  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit

des Minderjährigen nicht preisgegeben werden<sup>100</sup>. Diesberuht auf der Abwägung des Risikos mit dem Ausmaß der Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen zu treffen sein.

Einschränkend muss festgehalten werden, dass sich insbesondere die oben angeführte Stufentheorie auf deutsches Recht stützt, in Österreich ist – soweit erkennbar – hier keine vergleichbare Judikatur vorhanden.

<sup>100</sup> Schmidt in: Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl. 2022, § 76, Rn. 15





#### VII. Besonderheiten bei Schwangeren

Bei schwangeren Frauen besteht die besondere Situation, dass sie sich zum Zeitpunkt der Geburt in einer allgemein verständlichen psychischen Ausnahme-situation befinden, die eine reguläre Aufklärung aufgrund der dadurch zu diesem Zeitpunkt fehlenden Einsichts- und Urteilsfähigkeit, nicht mehr möglich macht.

Allgemein ist hier der Grundsatz anzuwenden, dass eine Aufklärung bereits vorab durchgeführt werden muss, soweit es für den Arzt vorhersehbar ist, dass während der Operation eine Erweiterung des Eingriffs notwendig oder jedenfalls angezeigt sein kann.<sup>151</sup>

Andererseits soll die werdende Mutter nicht ohne Grund mit Hinweisen über die unterschiedlichen Gefahren und Risiken der verschiedenen Einbindungsmethoden belastet werden, und es sollen ihr nicht Entscheidungen für eine dieser Methoden überlangt werden, solange es noch ganz ungewiss ist, ob eine solche Entscheidung überhaupt getroffen werden muss. Dies trifft unzureichend für die Situation einer normalen Schwangerschaft und die geburtshilfliche und anästhesiologische Aufklärung über eine allenfalls notwendige Schamferbindung zu.

Aus medizinischer Sicht ist die Aufklärung über eine Periduralanästhesie zur Schmerzlinderung während einer regulären Geburt per vis naturalis anders zu bewerten. Nicht selten lehnen Schwangere im Vorfeld diese Methode prinzipiell ab – in der Situation der Geburt und der dabei auftretenden Schmerzen verlangen sie aber dann danach. Aus Sicht eines mündigen Patienten, der auf Basis von Zahlen, Daten und Fakten entscheidet, sollte genau genommen eine Ablehnung einer Methode erst nach ausreichender Kenntnis über Vorteile und Risiken erfolgen. Somit wäre aus der klinischen Erfahrung heraus, dass Gebärende mit einer gewissen Regelmäßigkeit, selbst bei vorheriger Ablehnung, während der im Rahmen der Geburt unvermeidlichen Schmerzen eine Schmerzlinderung durch eine Periduralanästhesie verlangen zumindest das (dokumentierte) Angebot einer Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen

<sup>151</sup> OLG Frankfurt aM NW 1581, 1522, 1523 f.; OLG Nürnberg NW-RR 2004, 515, 516; Münch-KommWAGNER Rn 794; GESEN Rn 230; BGH (St) NW 1958, 257, 258.



dieser Methode noch vor dem vorrassichlichen Geburtstermin zu fordern. Entscheidet sich die Schwangere im Vorfeld dagegen und ändert unmittelbar Peripartal, aufgrund der Schmerzsituation, dann ihre Meinung so ist sie zumindest zu einem Zeitpunkt vor der Ausnahmesituation über die Risiken aufgeklärt worden.

Dieses Vorgehen empfiehlt sich deshalb, da rein rechtlich die Beurteilung, ob bereits vor Beginn der Geburt über eine Epiduralanästhesie aufzuklären ist davon abhängt, ob zu erwarten ist, dass ein Bedarf für eine solche Anästhesie während des Geburtsvorgangs entstehen wird und ob die Gebärenden im Regelfall zum geborenen Zeitpunkt (Vorstellung einer Epiduralanästhesie) einsetz- und unabhängig sind. In der Praxis wird wohl eine volle Einsetz- und Urteilsfähigkeit zu vermuten sein und aufgrund der regelmäßigen Forderung der Gebärenden in der uterischen (Schmerz-)Situation nach einer Epiduralanästhesie – die allerdings für den Einzelfall nicht vorhersehbar ist – wird wohl im Zweifel ein potentieller Bedarf anzunehmen sein.

Unabhängig davon ist der Arzt verpflichtet, jede sich nur bietende Möglichkeit zu nutzen, den Patienten noch während des Eingriffs, etwa während einer Geburt, zu befragen<sup>122</sup>. In der Praxis stellt diese Forderung jedoch an die Grenze, dass der behandelnde Arzt als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe nicht ausreichend mit den speziellen Risiken dieser Technik vertraut ist um eine lege artis Aufklärung durchführen zu können. Der Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin sieht eine Gebärende, die sich kurzfristig für eine Schmerzreduktion durch Periduralanästhesie entscheidet, in aller Regel aber erst zu einem späten Zeitpunkt.

Für vorab bekannte Risikoschwangerschaften ist eine Aufklärung jedoch erforderlich und muss bereits zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, zu dem die Patientin sich noch in einem Zustand befindet, in dem diese Problematik mit ihr besprochen werden kann, da hier ja deutliche Anzeichen dafür bestehen, dass sich der Geburtsvorgang in Richtung auf eine Ent-

<sup>122</sup> BGH NJW 1993, 2372, 2373; 1 auch BGH NJW 2017, 337, 338 i. d. V. Typenanamnese: Standardpapier (S. 10, 117).



sicherungsituation entwickelt kam, in der die Schnittverbindung notwendig oder zumindest zu einer echten Alternative zur vaginalen Entbindung wird. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Risiken für die Mutter oder das Kind entstehen, weil die Mutter die natürliche Sachwalterin der Belange auch des Kindes ist. Jedenfalls muss das Recht jeder Frau, selbst zu bestimmen möglichst umfassend gewährleistet werden.

Zusammenfassend sollte bei unkomplizierten Schwangerschaften eine Aufklärung über die Möglichkeiten und Risiken einer Epiduralanästhesie dokumentiert angeboten werden. Für Risikoschwangerschaften ist eine frühzeitige Einbindung eines Arztes aus dem Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin zur Aufklärung über mögliche Alternativen und Risiken erforderlich.



#### VIII. Aufklärung auf der Intensivstation

Die medizinische Behandlungen an Intensivstationen richten sich grundsätzlich nach der allgemeinen Rechtslage, es besteht also keine gesetzliche Sonderregelung. Die Besonderheit in diesem Bereich der medizinischen Behandlung liegt darin, dass in nahezu allen Fällen die Einsichts- und Urteilsfähigkeit der dort behandelten Patienten zu vereinen ist. Als Gründe hierfür sind, neben der allgemein verständlichen Ausnahme-situation<sup>134</sup>, die Verabreichung von bewusstseinsverändernden Medikamenten anzuführen. Dies gilt auch für Patienten, die nach außen hin Einsichts- und Urteilsfähig wirken, da praktisch immer Medikamentenspiegel (meist Opiate) in einer Höhe vorliegen, die mit einer Urteilsfähigkeit nicht vereinbar sind. So würde beispielsweise niemand einen Vertrag, der unter Alkoholeinfluss unterschrieben wurde als rechtsgültig anerkennen, selbst wenn der Unterzeichnende den Anschein der Urteilsfähigkeit gehabt hätte.

Diese Feststellung erscheint deshalb wichtig, weil in der Praxis sowohl von Ärzten als auch von Juristen bei „ausprechbaren“ Patienten von einer Einwilligung- und Urteilsfähigkeit ausgegangen wird.

In der juristischen Literatur wird allgemein die Ansicht vertreten, dass bezüglich der für Intensivstationen typischen Art der intensiven Diagnostik und Behandlung eine generelle Aufklärung und Einwilligung erfolgen kann. Angeführt ist hier die ständige Überprüfung der vitalen Funktionen und gegebenenfalls die Erhaltung des Lebens durch massiven Einsatz. Demnach bedürfe es für einzelne Behandlungs Schritte nur dann einer gesonderten Aufklärung und Einwilligung, wenn sie in diesem Bereich ungewöhnlich sind<sup>135</sup>.

Diese Einschätzung vernachlässigt allerdings die Tatsache, dass nahezu jeder Intensivpatient eine Reihe von Medikamenten außerhalb der zugelassenen Dosierung erhält (Off label use).

<sup>134</sup> s. Andel, *Opuscula Iuridica*, 2012, S. 205, 206; Andel, *Opuscula Iuridica*, 2012, S. 205, 206.

<sup>135</sup> <https://www.stmfi.de/medien/medien/2012/02/2014>

<sup>136</sup> *Deutsches Sprichwort*, *Medizinrecht* Nr. 654



Im Wesentlichen sind hier Medikamente aus der Gruppe der Benzodiazepine und Opiate zu nennen, die so dosiert werden müssen, dass sie eine ausreichende Ruhigstellung und Schmerzausschaltung erzielen. Durch die langsame Verabreichung kommt es aber – ähnlich wie bei Suchtkranken – rasch zur Gewöhnung der Patienten, die eine Steigerung der zuzuführenden Dosis weit jenseits der vom Hersteller angegebenen Maximaldosis notwendig machen. Ähnlich ist es bei der Verabreichung von Antibiotika, die meist entsprechend eines Zeitplans verabreicht werden und so häufig ebenfalls die vom Hersteller angegebene maximale Tagesdosis deutlich übersteigen. Je nach Krankheitsbild können aber auch andere Arzneimittel betroffen sein.

Nun ist ein „Off label use“, bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation nicht nur möglich, er wird vielmehr geradezu gefordert, allerdings wird hier zwingend die Aufklärung und das Einverständnis des Patienten einzuholen sein. Dies deshalb, weil außerhalb des vom Hersteller angegebenen Dosisbereiches Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Arzneimitteln auftreten können, die vom Hersteller nicht angegeben und auch nicht vorhersehbar sind.

Rechtlich gesehen sind diese Maßnahmen abgesichert, solange zu befehlen ist, dass die Vornahme der dringend gebotenen Maßnahme durch Aufklärung bzw. Einholung der Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters so lange verzögert wird, dass Lebensgefahr bzw. die Gefahr einer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung droht<sup>173</sup>. In diesen Fällen ist nach dem hypothetischen Patientenswillen vorzugehen. Dies gilt solange als keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich sind, dass der Betroffene sich anders als ein verständiger Patient verhalten hätte. Speziell bei Patienten mit einem Durchgangssyndrom – vergleichbar mit der Ertragsphase eines Suchtkranken – kommt es aber regelmäßig zu Situationen in denen der „autonome Wille“ des Patienten in eine andere Richtung weist. Beispielsweise sei hier das Entfemen oder der wiederholte Versuch des Patienten des Entfemens des Beatmungsschlauches aus der Luftröhre oder der Widerstand gegen andere therapeutische Maßnahmen zu nennen. Dabei stellt sich die Frage ob jedenfalls in solchen Fällen immer davon auszugehen ist, dass der

<sup>173</sup> Kniebeck in Aigner/Kniebeck/Kniebeck-Pulver/Mannner, Handbuch Medizinrecht (2012) Kap. 14.4.2.3



„mumulative Wille („natürliche Willkür“) des Patienten mit dem übereinstimmt, was gemeinhin als normal und vernünftig angesehen wird (= rechtliche Voraussetzung zur Durchführung“<sup>109</sup>)

In der Praxis ist die oben beschriebene Problematik weder den behandelnden Intensivmedizinern noch den Juristen bewusst, da es zumindest soweit erkennbar diesbezüglich noch keine Rechtsprechung gibt. Dies wahrscheinlich vor allem deshalb, da sich die Patienten in aller Regel nicht an diese Situationen erinnern können. Eine Befragung von Patienten nach Intensivmaßnahmen ergibt, dass ihnen der Intensivaufenthalt bestmöglicherweise wünschenswert ist und ein normales Einverständnis in aller Regel erst wieder auf der Normalstation einsetzt. Dies ist nicht zuletzt eine Folge der notwendigen hohen Dosierung an Benzodiazepinen und Opiaten.

Eine besondere Situation ergibt sich für geplante Operationen, bei denen schon vorab absehbar ist, dass ein postoperativer Aufenthalt auf einer Intensivstation notwendig sein wird. In vielen Fällen ist auch schon vorab absehbar, dass weiterführende intensivmedizinische Eingriffe, wie beispielsweise das Anlegen eines Luftröhrenschnittes notwendig sein werden. In allen diesen Fällen ist, aus rechtlicher Sicht, eine Aufklärung über sämtliche Maßnahmen (zB „Off label use“) notwendig. Diese Aufklärung erfolgt jedoch in der klinischen Praxis nicht – besten Falls wird allgemein über die Notwendigkeit eines Intensivaufenthaltes aufgeklärt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Aufklärung über einen Intensivaufenthalt in aller Regel nicht den gesetzlichen Anforderungen entspricht, bislang jedoch noch kaum zu Rechtsträgigkeiten geführt hat, da sich die Patienten an diesen Zeitraum kaum oder gar nicht erinnern können. Allerdings ist davon auszugehen, dass im Falle einer detaillierten Aufklärung dieser Problematik in vielen Fällen ein Sachverhalt bestimmt werden müsste. Aufgrund des zunehmenden Bedarfs an Intensivbehandlungen ist hier für die Zukunft mit einer Verschärfung der Problematik zu rechnen (Abbildung 39)

<sup>109</sup> BGHSt 33, 246, 249 f.; BGH (St) NJW 2000, 885, 886; Laatz/Kern/Ullrich/Meinert PRR Art 19 § 139 Rn 65



**Bei den Belagstagen kommt es zu einer Verschiebung von Normalpflege nach IMC ICU**

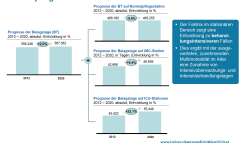


Abbildung 79: Prognose der zu erwartenden Zahl der intensivpflichtigen Patienten für die AKZI (Quelle: Universitätsmedizin 2020)



## 1) Ergebnis / Schlussfolgerungen / Conclusio

Die derzeit gebotliche Form der anästhesiologischen Patientenaufklärung weist eine Reihe von Verbesserungspotentialen auf. Allein aufgrund der physiologischen Grenzen ist eine Aufklärung im Sinne der Gesetzeslage, die ein „informed decision making“ als Basis für eine rechtmäßige Einwilligung zu einem schweren medizinischen Eingriff – wie dies jede Art der anästhesiologischen Betreuung darstellt – vorsieht, nicht umsetzbar<sup>137,138,139</sup>.

Anhand der bei über 100 Patienten durchgeführten Untersuchung zur Merkfähigkeit konnte gezeigt werden, dass trotz zusätzlicher Verwendung einer Multimediale Aufklärung bei über 30% der Patienten zum Zeitpunkt der Unterschrift bzw. bereits unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch entscheidende Wissensdefizite vorliegen. Geht man nun davon aus, dass im Rahmen der Untersuchung ideale Bedingungen zur Patientenaufklärung vorliegen, so ist in der klinischen Routine mit einer noch höheren Rate an fehlendem Wissen zu rechnen.

Besonders bedenklich - im Sinne der Rechtssicherheit - sind die deutlichen Unterschiede in der Bewertung des notwendigen Umfangs der Patientenaufklärung bei den gerichtlich beeideten und zertifizierten Sachverständigen einzuschätzen. Hier erscheint eine Kalibrierung im Sinne einer einheitlichen Einschätzung als vordringliches Ziel.

Für die Zukunft erscheint die Vermittlung von Wissen, durch den Einsatz von neuen Technologien, bereits im Vorfeld einer geplanten Information als zielführend. Unabhängig von der reinen Wissensvermittlung stellen das Eingehen auf den Patienten und die Schaffung einer

<sup>137</sup> Miller, G. A. "The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information". *Psychological Review* 72(2): 81-97.  
<sup>138</sup> Miller, G. A. "The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information". *Psychological Review* 72(2): 81-97.  
<sup>139</sup> Miller, G. A. "The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information". *Psychological Review* 72(2): 81-97.

<sup>140</sup> Ebbinghaus, Hermann, "Working Memory". *Science* 1992: 245 (5044): 536-503





Vermutungsbasis wesentliche Elemente eines „lege artis“ Aufklärungsgesprächs dar. Insbesondere für den Fall, dass sich ein Risiko vergrößert ist ein empathisches Eingehen auf die Beschwerden der betroffenen Patienten von vorrangiger Bedeutung. Dies deshalb weil nach Angabe der österreichischen Patientensanwälte in über 70% der Fälle qualitative und quantitative Kommunikationsdefizite Anlässe für Beschwerden und Behandlungsfehlerverurteilung sind<sup>108</sup>.

Neben der Durchführung einer geeigneten Patientenaufklärung kommt in einer gerichtlichen Auseinandersetzung der gesamten ärztlichen Dokumentation ein besonderer Stellenwert zu. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass die diesbezüglichen Anforderungen weiter steigen werden. So findet sich beispielsweise in dem am 25.02.2013 veröffentlichten deutschen „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“<sup>109</sup> die Forderung den Patienten Abschriften von Unterlagen, die sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet haben, auszuhändigen.

<sup>108</sup> Pratsch Die ärztliche Aufklärung Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten 2. Aufl., WCV Verlag 2004 Seite 8  
<sup>109</sup> Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (BjzG) 02.02.2014



#### J) Literaturverzeichnis

Aigen / Klotzka / Klotzka-Pulker / Memmer, *Handbuch Medizinrecht für die Praxis* MANZ Verlag 2011

Baddley „Working Memory“ Science 1992; 225 (5044): 556-9

Baddley „The magical number seven: Still magic after all these years?“ Psychological Review 1994; 101 (2): 353-6

Bollschweiler et al. „Improving Informed Consent of Surgical Patients Using a Multimedia-Based Program?“ *Ann Surg* 2008; 248: 205-11

Bosain / Haller / Jox / Meier C (Hrsg.) *Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart 2013

Cohn et al. „Improving Participant Comprehension in the Informed Consent Process Journal of Nursing Scholarship“ 2007; 39 (3): 273-280

Deutsch / Spickhoff *Medizinrecht* 6. Aufl., Springer Verlag Wien 2008

Dixon et al. „The use of a Video to Convey Preanesthetic Information to Patients Undergoing Ambulatory Surgery?“ *Anesth Analg* 1998; 87: 51-6

D. Aude, H. Aude  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit



Eggen / Ollmer / Kuefer / Thomas / Kuehle / Heescher et al. „A multimedia tool for the informed consent of patients prior to gastric banding“ *Obesity* 2007, 15 (11): 2866-73.

Fleury et al. „Interventions to Improve Research Participants' Understanding in Informed Consent for Research: A Systematic Review“ *JAMA* 2004; 292: 1593-601

Glasbey „Evaluation of the effect of a pre-operative anaesthesia videotape“ *AANA J* 1987; 55 (4): 341-5.

Günzler / Sörensen / Hermann / Calonek / Frennert / Hildebrandt. „Web-based audio-visual patient information system-a study of prospective patient information in a neurosurgical department“ *Acta Neurochir* 2010, 152 (4): 1337-41

Gillick et al. „Adverse consequences of hospitalization in the elderly“ *Soc Sci Med* 1982, 14: 1033-38.

Gyombai / Lawrentschuk / Wong / Parker / Bolton „Improving informed consent for patients undergoing radical prostatectomy using multimedia techniques: a prospective random crossover study“ *BJU Int* 2010, 106(8): 1152-6

Hermann „3-dimensional computer animation - a new medium for supporting patient education before surgery: Acceptance and assessment of patients based on a prospective randomized study: picture versus text“ *Chirurg* 2002; 73(5): 500-7.

Iseli et al. „Delirium in elderly general medical inpatients: a prospective study“ *Internal Medicine Journal* 2007, 37: 806-811

D. Audek, H. Audek  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit



Jimison et al., „The Use of Multimedia in the Informed Consent Process“ JAMA 1998, 5: 245-56

Krapp W / Spangl O / Laubach W / Seifert V „Informed consent in neurosurgery: patients' recall of preoperative discussion“ Acta Neurochir 2000, 142(7): 233-8.

Lauf/ Kern Handbuch des Arztrechts 4. Aufl., C H BECK 2010.

Mander et al. „Prefrontal atrophy, disrupted NREM slow waves and impaired hippocampal-dependent memory in aging“ Nature Neurosci. 2013, 16: 357-64

Miller “The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information“ Psychological Review 1956, 63 (2): 81-97.

Olver et al. „Improving informed consent to chemotherapy: A randomized controlled trial of written information versus an interactive multimedia CD-ROM“ Patient Education and Counseling 2009, 74: 197-204

Pratsch Die ärztliche Aufklärung Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten 2. Aufl., WUV Verlag 2004

Raderer et al. Einfluss der kognitiven Dissonanz auf präoperative Entscheidungsfindungsmechanismen von Patienten, RPK 2007; 13: 10-5 und RfM 2003; 3: 78-83

D. Audek, H. Audek  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit



Schulker / Fernandez / Sudare / Schillinger, Interventions to Improve Patient Comprehension to Informed Consent for Medical and Surgical Procedures: A Systematic Review" *Med Decis Making* 2010; 31 (1): 151-73.

Schulmann / Fahl / Vollmann Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik. I.T.F. Verlag 2006

Snyder-Ramos / Seintich / Böttiger / Mettich / Martin / Bauer, Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Qualität der Narkoseführung. *Der Anaesthetist* 2003; 52 (9): 818-29.

Ulmermeier Arztstrafrecht in der Praxis 4., C.F. Müller 2007

Ulmermeier „Das Gewissen des Arztes in einer vernetzten und ökonomisch geprägten Medizin“ *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 2012; 4: 195

Vollmann Sechen et al „Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code“ *BMJ* 1996; 313:1445

Wilhelm / Gilten / Wankner / Krausfelder / Schneider / Schmidt, et al „Axiendal preoperative patient education using a multimedia DVD-impact on patients receiving a laparoscopic cholecystectomy: a randomised controlled trial“ *Lancet* 2009; 374 (2): 227-33

Zvara / Mathes / Brooker / McKinley, Video as a patient teaching tool: does it add to the preoperative anesthetic visit? *Anesth Analg* 1996; 82 (5): 1065-8

D. Anđel, H. Anđel  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit



**KJ CURRICULUM VITAE UNIV. LEKTOR DR. DOROTHEA ANDEL**

Geb. 20.04.1962 in Warschau,  
Vater: Karimierz Koc  
Mutter: Mag. Irina Koc  
Seit 26.01.1996 verheiratet mit Dr. Harald Anđel  
1 Kind: Martin-Alexander 18.10.1997  
Seit 1981 in Österreich  
1982 Polnisches Ajy in Österreich  
Seit 9.01.1986 österreichische Staatsbürgerschaft  
1969-1977 Grundschule in Warschau  
1977-1981 Gymnasium in Warschau  
1982-1987 Slavistikstudium Universität Wien  
1987-1993 Medizinstudium Universität Wien  
1993 Gastarzt an der Univ. Klinik für Innere Medizin I  
1993-1994 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Univ. Klinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie der Medizinuniversität Wien

Klinische Tätigkeiten:  
10.1994-05.2001 Univ. Klinik f. Anästhesie u. Allgemeine Intensivmedizin  
10.94 - 01.95 Unfallchirurgie  
02.95 - 07.95 Präanästhesieambulanz (Department B)  
08.95 - 02.96 Bereich Kiefer, Plastik, Haut



03.96 - 12.96	Bereich OP-Gruppe 5 Allgemeinchirurgie
01.97 - 03.97	Bereich Urologie, Gynäkologie, Geburtshilfe
03.98 - 09.98	Bereich HNO
10.98 - 05.99	Bereich Neurochirurgie
06.99 - 09.99	Gefäß- und Thoraxchirurgie (Department C)
10.99 - 01.00	Kinderanästhesie
02.00 - 05.00	Bereich Urologie, Gynäkologie, Geburtshilfe
06.00 - 06.01	Intensivbettenstation 1303
07.01 - 12.01	Univ. Klinik f. Innere Medizin, Intensivbettenstation 1301 (Gegenfach Innere Medizin)
01.02 - 11.02	Univ. Klinik f. Chirurgie, Intensivbettenstation 1301 (Gegenfach Chirurgie)
12.02 - 11.03	Bereich HNO
12.03 - 12.04	Bereich Kiefer, Plastik, Haut
01.05 - 07.05	Bereich Gynäkologie, Urologie
08.05 - 02.06	Bereich Neurochirurgie
02.06 - 05.07	Bereich HNO, Intensivbettenstation 1301
06.07 - 04.09	Bereich Neurochirurgie
05.09 - 02.11	Intensivbettenstation 1301
02.11 - 10.12	Bereich HNO, Kiefer, Plastik, Haut
11.12 - fortlaufend	Bereich Gynäkologie, Urologie, Chirurgie



**I) CURRICULUM VITAE AO. UNIV. PROF. DR. HARALD ANKEL**  
**MSc**

geb. 03.09.1961 in Wien

Vater: Dipl. Ing. Franz Ankel

Mutter: Alice-Brigitte Ankel

verheiratet mit Frau Dr. Dorothea Ankel

1967-1971: Volksschule, 1130 Wien Spitzingergasse 44

1971-1979: Gymnasium, Kollegium Kalksburg, 1230 Wien

1979-1986: Medizinstudium Universität Wien

Direkt: Bereichsleitender Oberarzt AKH-Wien / Medizinuniversität Wien

2007/2008: Planung und Entwicklung der Bereiche Brandverletzentensivstation und Intensivstation Care Unit, sowie des Druckkammerzentrums 09 - 11 2007 und 04 2008 im Auftrag der Medizinuniversität Wien International, Prince Court Medical Centre, Kuala Lumpur

2002: Verleihung der Venia Docendi (14.03.2002)

seit 03.1998: Aufbau und Leitung des Bereiches Fach- und Überwachungsmedizin der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, AKH Wien

04.2007-03.1996: Anästhesiologische Leitung der Intensivpflegestation für Brandverletzte incl. Schockraum und des Operationsaaltes für Brandverletzte, AKH Wien

seit 06.1995: Oberarzt an der Klinik für Anästhesie und Allgemeine Intensivmedizin, AKH Wien in folgenden anästhesiologischen Bereichen:



D. Audek, H. Audek  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtssicherheit



- 03 1996-06 1995 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, sowie Dermatologie
- 05 1995-01 1995 Abteilung für Anästhesie und chirurgische Intensivmedizin, Kaiser-Franz-Joseph-Spital Wien
- 12 1994-08 1994 Kinderintensivstation, Mütter-Kinderspital Wien
- 08 1994-10 1993 Bereichsleitende Oberarzt der Transplantationsstation und des Bereiches Transplantationsanästhesie, AKH Wien
- 09 1993-06 1993 Oberarzt Unfallanästhesie, AKH Wien
- 06 1988-05 1993 Klinik für Anästhesie und Allgemeine Intensivmedizin, AKH Wien, in diesem Zeitraum zugleich zu folgenden Bereichen:
  - 06 1988 - 04 1989 Kieferchirurgie, HNO, Orthopädie, Augenheilkunde, Strahlentherapie
  - 05 1989 Gynäkologie
  - 06 1989 - 11 1989 Herz und Thoraxanästhesie und Intensivtherapie (8.200 Herz)
  - 12 1989 - 05 1991 Bauch-, Gefäß-, Transplantations- und plastische Chirurgie
  - 06 1991 - 03 1992 Allgemeine Intensivmedizin (Intensivstation 41)
  - 04 1992 - 10 1992 Unfallanästhesie
  - 11 1992 - 05 1993 allgemeine Intensivmedizin (Intensivstation 41)
- 1987 - 1988 Bundeslehrer als "Hörsaalassistentin", im Rahmen dieser Ausbildung
  - 06 1987 - 11 1987: I. Medizinische Abteilung Krankenhaus Lainz, Wien
  - 12 1987 - 05 1988: I. Chirurgische Abteilung Krankenhaus Lainz, Wien



- 01.06.1993 Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- 2010 Ausbildung Risikomanager (Personenzertifikat)
- 2010 Ausbildung Risikomanager im Gesundheitswesen (Personenzertifikat)
- 2009 Auditorausbildung ISO 9001 (Personenzertifikat)
- 2009 Abschluss des 9. Universitätslehrgang Qualitätsmanagement an der Donauuniversität Krems mit MSc
- 2009 Teilnahme am Internen Auditorseminar der Quality Austria
- 2009 Ausbildung zum EQQ Quality Systems Manager
- 2009 Ausbildung zum EFQM European Excellence Associate 2009
- 2007 Ausbildung zum Qualitätsbeauftragten für Klein- und Mittelbetriebe
- 2006 ERC – ALS – Provider Kurs
- 2004 Ernennung zum Majorarzt
- 2001 Ernennung zum Hauptmannarzt
- 2000 DAN Oxygen First Aid Instructor
- 1999 DAN Oxygen Provider (Divers Alert Network)
- 1999 Seminar "Clinical Hyperbaric Medicine" nach den Richtlinien der "Undersea and Hyperbaric Medical Society" (UHMS)
- 1999 Allgemeinbeizider und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- 1999 Biomedizinisches Seminar „Advanced Cardiopulmonary Dynamics“
- 1999 Postgradualer Universitätslehrgang für Medizinische Führungskräfte
- 1997 Fortbildung zur Durchführung korrekter Untersuchungen gemäß IFA der Druckluft- und Tauchhelmsverwendung
- 1996 Ernennung zum Oberkellnerarzt

D. Audek, H. Audek  
Patientenaufklärung und Patienteneinwilligung im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Routineanforderungen und Rechtsicherheit



- 1996-1994 Ausbildung in Tauch- und Hyperbarmedizin nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin
- 1995 Bronchoskopiekurs
- 1994 Mündigkeits-Prüfung des multimedisziinischen Deantes
- 1994 Seminar UNIX für Anwender
- 1994 Notarztkurs
- 1993 Statistikseminar für Ärzte
- 1993 Seminar Klinische Prüfungen nach dem österreichischen Arzneimittelgesetz (klin. Prüfart)
- 1992 Seminar „ARKIVE System Percutor“
- 1991 Seminar „Erfolgreich führen“
- 1991 Grundkurs Echokardiographie