

# **Neue Impulse zur Gestaltung der Risikoaufklärung**

*Dr. med. Johannes T. Höcker*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Interdisziplinäres Zentrum  
Medizin-Ethik-Recht

Herausgegeben von  
Prof. Dr. Hans Lilie

Prof. Dr. Hans Lilie (Hrsg.), Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Band 46, 2013

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

ISSN 1862-1619

ISBN 978-3-86829-630-3

Schutzgebühr Euro 5

Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht (MER)

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Universitätsplatz 5

D- 06108 Halle (Saale)

[mer@jura.uni-halle.de](mailto:mer@jura.uni-halle.de)

[www.mer.jura.uni-halle.de](http://www.mer.jura.uni-halle.de)

Tel. ++ 49(0)345-55 23 142

# Gliederung

<b>Gliederung</b> .....	<b>1</b>
<b>A. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
I. Problemstellung .....	3
II. Streitpunkt Aufklärung.....	4
III. Abgrenzung und Zielsetzung der Arbeit.....	6
<b>B. Anforderungen an ein Aufklärungsgespräch</b> .....	<b>7</b>
I. Grundlagen der Aufklärungsanforderungen .....	7
1. Ethische Grundlagen .....	7
2. Juristische Grundlagen.....	8
3. Medizinische Grundlagen .....	9
4. Quellen zur Orientierung .....	9
II. Umfang der Risikoaufklärung .....	10
1. Aufklärung „im Großen und Ganzen“ .....	10
2. Typische, atypische und seltene Risiken .....	10
3. Nicht aufklärungspflichtige Risiken.....	11
4. Übermaßaufklärung.....	12
5. Zwischenergebnis.....	12
III. Durchführung der Aufklärung.....	13
1. Aufklärungspflichtiger .....	13
2. Aufklärungsadressat.....	13
3. Form, Art und Weise der Aufklärung.....	14
4. Zeitpunkt der Aufklärung.....	14
5. Zwischenergebnis.....	14
IV. Ergebnis: Anforderungen an ein Aufklärungsgespräch .....	15
<b>C. Erfüllbarkeit der Anforderungen</b> .....	<b>16</b>
I. Medizinische Aus- und Weiterbildung .....	16
1. Approbationsordnung .....	17
2. Prüfungen des IMPP .....	18
3. Zwischenergebnis.....	19
II. Lehrbücher der Chirurgie .....	19
1. Vermittlung von juristischen Grundlagen .....	19
2. Angaben zu allgemeinen und typischen Risiken .....	21

3.	Zwischenergebnis.....	22
III.	Fachliteratur Chirurgie .....	23
1.	Angaben zu Komplikationen und Risiken .....	23
2.	Zwischenergebnis.....	24
IV.	Fachdatenbanken .....	25
V.	Andere Informationsmöglichkeiten.....	26
1.	Mündliche Anweisung.....	26
2.	Formularaufklärung .....	26
VI.	Ergebnis: Erfüllbarkeit der Anforderungen .....	28
<b>D.</b>	<b>Neue Impulse .....</b>	<b>29</b>
I.	Ausgangspunkt .....	29
II.	Patientenbedürfnisse anerkennen .....	30
III.	Aufklärungsinhalte für Ärzte zuverlässig verfügbar machen .....	33
1.	Elektronische Datenbank/Wiki .....	33
2.	(eingestellte) Projekte mit einer vergleichbaren Zielsetzung .....	34
IV.	Ergebnis: Neue Impulse .....	35
<b>E.</b>	<b>Zusammenfassung/Ergebnisthesen .....</b>	<b>36</b>
I.	Einleitung .....	36
II.	Anforderungen an ein Aufklärungsgespräch .....	36
III.	Erfüllbarkeit der Anforderungen .....	37
IV.	Neue Impulse.....	38
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>39</b>
	<b>Rechtsprechungsverzeichnis .....</b>	<b>44</b>
	<b>Angaben zum Autor:.....</b>	<b>44</b>

## A. Einleitung

„Das Recht ist so etwas wie eine dunkle Wolke geworden, aus der das Gericht Blitze niedersausen lassen kann. [...] Wo ist ein Rechtsgebiet noch so beschaffen, daß jemand, der gesonnen ist [...] nur das zu tun, was von Rechts wegen richtig ist, die Möglichkeit hätte, im kritischen Fall irgendwo nachzusehen, sich beraten zu lassen, um dann die Antwort zu bekommen: Wenn Du dies und das so und so tust, handelst Du nach dem Recht?“

P. Bockelmann<sup>1</sup>

### I. Problemstellung

Die Aufklärung von Patienten ist ein „Kernproblem“<sup>2</sup> der beständigen Diskussion im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht und hat in der Gesamtheit der Arzt-Patientenbeziehung eine „überproportionale Aufmerksamkeit“<sup>3</sup> erlangt. Dies liegt nicht zuletzt darin begründet, dass die Medizin weder in Wissenschaft noch Praxis über einen Konsens oder eine Standardisierung der Patientenaufklärung verfügt, und dieses Vakuum durch eine historisch gewachsene, detailliert ausgestaltete Rechtsprechung gefüllt wurde. Die sich daraus ergebenden Regelungen sind mindestens unübersichtlich<sup>4</sup>, gelegentlich widersprüchlich<sup>5</sup> oder gar gegen jede Intuition und gerade dem Berufsanfänger schwer zugänglich. Bei Patienten wie Ärzten führt dies zu einem verringerten Rechtsbewusstsein.<sup>6</sup> In der Praxis wird den Anforderungen der Gerichte wohl oft nicht entsprochen.<sup>7</sup>

Es stellt sich mit Bezug auf das Eingangszitat die Frage, ob ein Assistenzarzt, der in das bestehende System hinein gerät, derzeit überhaupt eine einwandfreie Aufklärung durchführen kann, selbst wenn er sich mit der Rechtsprechung umfassend auseinandersetzt. Die Anforderungen an ein Aufklärungsgespräch (Teil B) und die Erfüllbarkeit dieser Anforderungen (Teil C) werden daher zunächst in der vorliegenden Arbeit behandelt.

---

1 Aus: Bockelmann, P., *Empfiehl es sich, daß der Gesetzgeber die Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht regelt?*, 1964, p. 39., zitiert nach: *Ehlers*, Die ärztliche Aufklärung vor medizinischen Eingriffen, S. 4.

2 *Dziewas u.a.*, Ethik Med 2002, S. 151.

3 *Franz und Hansen*, Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht, S. 11.

4 *Knoche*, NJW 1989, S. 757, *Bergmann und Wever*, Die Arzthaftung, S. 7.

5 *Weidinger*, MedR 2006, S. 571 (S. 578) m.w.N., konkreter z.B. *Jaeger* im Kommentar zu BGH, Urteil v. 19.10.2010, VI ZR 241/09, MedR 2011, S. 244.

6 *Bergmann und Wever*, Die Arzthaftung, S. 7.

7 So auch *Dettmeyer*, Medizin & Recht, S. 45.

Die Medizin als Wissenschaft muss sich schließlich die Frage gefallen lassen, weshalb sie das bestehende juristisch geprägte System zwar gelegentlich kritisiert, aber bis auf wenige Ausnahmen keine nennenswerte eigene Grundlage für Aufklärungsgespräche geschaffen hat. Um ein Zwischenergebnis vorweg zu nehmen, fehlt es in der Medizin an systematisierter Ausbildung und Informationsquellen für Aufklärungsgespräche. In Teil D geht es folglich darum, neue Impulse zu geben, um diese Lücke zu schließen. Es soll eine Möglichkeit dargestellt werden, unter Einsatz digitaler Medien mit einem Wiki der juristisch geprägten Aufklärungstheorie eine praxisnahe, medizinisch begründete Informationsquelle an die Seite zu Stellen. Dabei muss auch die Sinnfrage berührt werden, welche Informationen eigentlich für eine selbstbestimmte Entscheidung notwendig sind. Diese Betrachtungen sind notwendig, weil das bestehende, juristisch geregelte Aufklärungssystem die Entwicklung begünstigt, dass Aufklärungsgespräche allein aus der Motivation heraus geführt werden, eine Haftung zu vermeiden<sup>8</sup>. Dabei wird gerade diese Tendenz sowohl von der Medizin als auch in der Rechtsprechung kritisch gesehen, weil sie den eigentlichen Zweck des Aufklärungsgesprächs verfehlt, den Patienten in seiner Autonomie zu stärken.

## **II. Streitpunkt Aufklärung**

*„Kein anderes arztrechtliches Thema ist heftiger umstritten, häufiger diskutiert und mehr mit Emotionen befrachtet als das der Aufklärungspflicht.“<sup>9</sup>*

Das vorstehende Zitat von Ehlers ist etwa 25 Jahre alt. Seit dem hat das Thema durch seine zentrale Stellung in Arzthaftungsprozessen eher noch an Relevanz gewonnen.

Diese zentrale Stellung liegt darin begründet, dass Aufklärungsfehler auch bei schicksalhaften Erkrankungsverläufen eine Haftung des Arztes begründen können.<sup>10</sup> Ob tatsächlich ein Behandlungsfehler vorgelegen hat, ist dann regelmäßig ohne Belang.<sup>11</sup> Die Aufklärungsrüge wird daher auch von Juristen als Auffangtatbestand für nicht beweisbare Behandlungsfehler bezeichnet<sup>12</sup>.

Die Rechtsprechung sorgt sowohl auf Seiten von Ärzten als auch von Patienten für Unmut, weil kaum beweisbar ist, was in einem Aufklärungsgespräch tatsächlich besprochen wurde. Stattdessen wird stellvertretend diskutiert, wer welchen Sachverhalt hätte beweisen müssen. Beweislastfragen sind eine genuin juristische Frage, für ausführliche Informatio-

---

8 Knoche, NJW 1989, S. 757 (S. 758).

9 Ehlers, Die ärztliche Aufklärung vor medizinischen Eingriffen, S. 1.

10 Bergmann und Wever, Die Arzthaftung, S. 96.

11 Hesse, RDG 2011, S. 258.

12 Für viele: Schelling und Erlinger, MedR 2003, S. 331 und Franz und Hansen, Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht, S. 19.

nen wird daher auf die juristische Literatur verwiesen<sup>13</sup>. Zum allgemeinen Verständnis sei aber gesagt, dass bei Behandlungsfehlern der geschädigte Patient die Beweislast trägt, bei der Aufklärungsrüge dagegen regelmäßig zunächst eine rechtswidrige Körperverletzung angenommen wird<sup>14</sup>, weshalb der Arzt die Beweislast dafür trägt, dass er zu dem Eingriff aufgrund von Aufklärung und Einwilligung berechtigt war. Um ausgeglichene Verhältnisse zu schaffen, werden die Ansprüche an Aufklärungsgespräche von der Rechtsprechung seit Jahrzehnten im Wechsel ver- und entschärft.<sup>15</sup>

Dass der tatsächliche Hergang des Aufklärungsgesprächs bei der juristischen Beurteilung kaum eine Rolle spielt, führt zu Auswüchsen, die für Ärzte und Patienten bisweilen unerträglich sind: Eine Anwältin für Medizinrecht hat in der Konsequenz auf ihrer Homepage eine Art Anleitung zum Gewinnen von Arzthaftungsprozessen veröffentlicht: „Aufklärungsfehler reichen völlig aus, um Schadensersatzansprüche gegen den schädigenden Arzt oder das schädigende Krankenhaus geltend zu machen! [...] Der Patient braucht lediglich zu behaupten, dass die Aufklärung des Arztes nicht ausreichend war.“<sup>16</sup> Die Aufklärungsrüge werde damit nach Ratajczak zu einem „Matchwinner“, entscheidend sei weniger der Sachverhalt, als „die Qualität der anwaltlichen Beratung vor der persönlichen Anhörung der Partei durch das Gericht“.<sup>17</sup> Auch Knoche sah bereits 1989 die Gefahr, dass durch die Praxis der Rechtsprechung eine Art Erfolgshaftung eingeführt wurde, weil durch die Aufklärungsrüge ein unerwünschter Ausgang dem Arzt angelastet werden könne.<sup>18</sup>

Auf der anderen Seite ist für einen Patienten mitunter schwer verständlich, dass ein Arzt im Prozess gegebenenfalls nur plausibel machen muss, dass er in anderen Aufklärungsgesprächen den strittigen Aufklärungspunkt regelmäßig erwähnt<sup>19</sup>. Wiederrum ist der konkrete Sachverhalt wegen seiner Unbeweisbarkeit nahezu ohne Belang.

Verwirklichen sich zwei aufklärungspflichtige Risiken, von denen nur eines vorher erwähnt wurde, soll der Arzt für beide Risiken voll haften.<sup>20</sup> Es gilt für Schadensersatzforderungen die zivilrechtliche Eigenart des „Alles-oder-Nichts“-Prinzips.<sup>21</sup> Mitursächlichkeit und Verur-

---

13 Statt aller: *Deutsch und Spickhoff*, Medizinrecht, Rn. 545ff, *Bergmann und Wever*, Die Arzthaftung, S. 21ff

14 Vgl. Kapitel : .

15 Eine Übersicht bietet *Ratajczak*, in: Risiko Aufklärung, S. 3.

16 *Schultze-Zeu*, Anspruch auf Schmerzensgeld und Schadensersatz bei fehlerhafter Aufklärung, URL im Literaturverzeichnis

17 *Ratajczak*, in: Risiko Aufklärung, S. 17.

18 *Knoche*, NJW 1989, S. 757 (S. 758).

19 *Ratajczak*, in: Risiko Aufklärung, S. 18, *Deutsch und Spickhoff*, Medizinrecht, Rn. 348.

20 BGH, Urteil v. 30.01.2001, VI ZR 353/99, MedR 2001, S. 421.

21 *Müller*, MedR 2009, S. 309 (S. 311).

sachenswahrscheinlichkeit<sup>22</sup> spielen gegen die Intuition des juristischen Laien bei den arztrechtlichen Gerichtsentscheidungen regelmäßig keine Rolle, weshalb auch die leichteste Fahrlässigkeit bei Aufklärung und Behandlung prinzipiell zu einer vollen Haftung führen kann. Dies ist umso problematischer, da in der Regel bei der Aufklärung komplexe Sachverhalte für medizinische Laien erklärt werden müssen, was zwangsläufig zu Vereinfachungen führen muss.

### **III. Abgrenzung und Zielsetzung der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich bewusst mit der Durchführung eines alltäglichen, „normalen“ Aufklärungsgesprächs, um grundsätzliche Überlegungen anzustellen. Eine besondere Betonung liegt auf der Risikoaufklärung und dem dabei notwendigen Aufklärungsumfang sowie auf der Verfügbarkeit der geforderten Informationen in der wissenschaftlichen Literatur.

Die medizinrechtliche Auseinandersetzung mit Einzelfällen von Aufklärungsgesprächen hat darüber hinaus mittlerweile diverse spezielle Problemstellungen geschaffen, die das Thema zusätzlich verkomplizieren können. Dazu gehören die erhöhten Aufklärungsanforderungen bei elektiven Eingriffen<sup>23</sup> und die entsprechend verminderten bei Notfalleingriffen<sup>24</sup>. Auch in der Einwilligungsfähigkeit können zusätzliche Problemstellungen liegen, wie bei der mutmaßlichen Einwilligung von einwilligungsunfähigen Personen<sup>25</sup> oder minderjährigen Patienten<sup>26</sup>. Zusätzlich stellt die Aufklärung von fremdsprachigen Patienten<sup>27</sup>, oder zunehmend durch fremdsprachige Ärzte<sup>28</sup>, vor besondere Herausforderungen. Eine plausible Erklärung für diese zunehmende Verkomplizierung ist laut Schelling die steigende Sensibilisierung von Ärzten für die Grundsätze von Aufklärungsgesprächen, weshalb die konkreten Streitpunkte zunehmend in Randgebieten zu suchen seien<sup>29</sup>.

Eine gesteigerte Rolle bei Entscheidungsfindung und Aufklärung spielen mittlerweile auch finanzielle Aspekte. Ärzte finden sich oftmals in dem Dilemma wieder, wirtschaftlich handeln zu müssen ohne ökonomisch denken zu dürfen. Konfliktvermeidende Kommunikationsstrategien können im ungünstigsten Fall zu einer Vorenthaltung von relevanten Infor-

---

22 BGH, Urteil v. 16.11.2004, VI ZR 328/03, MedR 2005, S. 226.

23 BGH, Urteil v. 06.11.1990, VI ZR 8/90, MedR 1991, S. 424.

24 OLG München, Urteil v. 21.09.2006, 1 U 2175 /06, MedR 2007, S. 601.

25 BGH, Urteil v. 13.09.1994, 1 StR 357/94, MedR 1995, S. 80.

26 BGH, Urteil v. 10.10.2006, VI ZR 74/05, MedR 2008, S. 289.

27 OLG München, Urteil v. 23.06.1994, 1U 7286/93, VersR 1995, S. 95 sowie KG Berlin, Urteil v. 08.05.2008, 20 U 202/06, MedR 2009, S. 47.

28 AG Leipzig, Urteil v. 30.05.2003, 17 C 344/03, MedR 2003, S. 582.

29 *Schelling und Erlinger*, MedR 2003, S. 331.



mationen führen<sup>30</sup>.

Neben der hier vornehmlich behandelten Risikoaufklärung wird von Ärzten noch eine Vielzahl weiterer Aufklärungen erwartet. Die Literatur<sup>31</sup> kennt die Diagnoseaufklärung, Verlaufsaufklärung, Aufklärung über Alternativen, Aufklärung über Medikamentenwirkungen, Aufklärung über Nichtbehandlung, Sicherungsaufklärung, Qualitätsaufklärung und die wirtschaftliche Aufklärung.

## **B. Anforderungen an ein Aufklärungsgespräch**

Das Kapitel folgt der oben aufgeworfenen Leitfrage, ob ein Assistenzarzt, der in das bestehende System der Aufklärungshaftung hinein gerät, sich mit vertretbarem Aufwand in die Lage versetzen kann, eine einwandfreie Aufklärung durchzuführen.

Zur Veranschaulichung dient folgender Fall, der im Verlauf fortgesetzt wird:

*Assistenzarzt A beginnt nach seinem Medizinstudium frohen Mutes seine Karriere in der chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses. Ein Oberarzt beauftragt ihn, sein erstes Aufklärungsgespräch über eine Operation durchzuführen. Die Maßnahme ist indiziert und es besteht noch ausreichend Zeit bis zur Operation. Besonders die Operationsrisiken sollen zur Sprache kommen. Weil er strebsam ist, möchte A gerne alles richtig machen und er versucht, sich die nötigen Informationen zu beschaffen. Er ahnt, dass dies mit großem Aufwand verbunden ist, daher drängt sich ihm zunächst die Frage auf, weshalb er überhaupt ein Aufklärungsgespräch führen muss.*

A wird nur dann einwandfrei aufklären können, wenn er zunächst zuverlässig in Erfahrung bringen kann, welche Anforderungen die Rechtsprechung an seine Aufklärung stellt und er anschließend diese Anforderungen sinnvoll erfüllen und umsetzen kann.

### **I. Grundlagen der Aufklärungsanforderungen**

Die Pflicht zur Aufklärung lässt sich durch ethische, juristische und medizinische Überlegungen herleiten.

#### **1. Ethische Grundlagen**

Ethische Erwägungen sind eine wesentliche Grundlage:<sup>32</sup> Ein Patient soll wissen können, was mit ihm passiert und sein Einverständnis dazu geben können, ohne getäuscht zu werden. Dieser moralische Anspruch ist eingängig und zu Recht ein hohes Gut. Die ethische Begründung der Aufklärung hat aber die Besonderheit, flexibel zu sein. Sie ist ab-

---

30 Kuhlmann, Ethik Med 1999, S. 146 (S. 159).

31 Statt aller: Deutsch und Spickhoff, Medizinrecht, S. 175ff.

32 Vgl. Deutsch und Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 247 m.w.N.

hängig von Zeitgeist und kulturellen Vorstellungen<sup>33</sup>, was in der Realität des Krankenhausalltages auch regelmäßig zu spüren ist. So können unterschiedliche Patienten die gleiche Aufklärung als ungenügend oder als unzumutbares Übermaß empfinden.<sup>34</sup>

## 2. Juristische Grundlagen

Die juristische Begründung der Aufklärungspflicht versucht, das moralisch begründete Recht nachzubilden und ärztliche Leitprinzipien zu konkretisieren<sup>35</sup>. Ihre Grundlage wird folglich allgemein anerkannt im grundgesetzlich verankerten Schutz von Menschenwürde und Persönlichkeitsentfaltung gesehen (Art. 2 Abs. 1. und Art. 1 GG).<sup>36</sup> Die weitere juristische Ausgestaltung der Aufklärungspflicht orientiert sich aber vorrangig an Fragen der deliktischen Haftung.<sup>37</sup> Dabei greift die Rechtsprechung zu zwei Konstrukten: Erstens entspricht es der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, dass jeder ärztliche Eingriff in Körper und Gesundheit unabhängig der zu Grunde liegenden Motivation als Körperverletzung zu werten sei<sup>38</sup>. Dies erscheint einem Laien mitunter seltsam<sup>39</sup> und ist im Schrifttum gelegentlich umstritten<sup>40</sup>, aber aus dem Arzthaftungsrecht nicht wegzudenken. Diese Körperverletzung ist nur durch eine vorherige Einwilligung des Patienten zu legitimieren und zieht sonst gegebenenfalls Schadensersatz, Schmerzensgeld und gegebenenfalls weitere Haftung nach sich<sup>41</sup>. Das zweite Konstrukt besagt, dass eine Einwilligung grundsätzlich nur dann wirksam gegeben werden kann, wenn der Patient über die Maßnahme aufgeklärt wurde<sup>42</sup> und dass eine lückenhafte Aufklärung eine gegebene Einwilligung regelmäßig unwirksam macht<sup>43</sup>. Bei stringenter Anwendung dieser Theorie ergeben sich schon aus logischen Gründen Probleme bei der Festlegung des Aufklärungsumfangs, denn eine Aufklärung wäre nur dann korrekt, wenn sie den Umfang der eher theoretischen Totalaufklärung erreichen würde, weil sie nicht weiter reichen könnte als das vorhandene Wissen des Patienten<sup>44</sup>. Außerdem ist fraglich, ob ein informierter Patient automatisch

---

33 Über den unterschiedlichen Stellenwert der individuellen Autonomie in den Kulturen ausführlicher *Ernst*, *Ethik Med* 2008, S. 240.

34 *Deutsch und Spickhoff*, *Medizinrecht*, Rn. 247.

35 *Müller*, *MedR* 2009, S. 309 (S. 313).

36 *Knoche*, *NJW* 1989, S. 757 und *Deutsch und Spickhoff*, *Medizinrecht*, Rn. 248.

37 *Bepfel*, *Ärztliche Aufklärung in der Rechtsprechung*, S. 169.

38 Sog. „Körperverletzungsdoktrin“, vgl. *Müller*, *MedR* 2009, S. 309.

39 *Deutsch und Spickhoff*, *Medizinrecht*, Rn. 246.

40 *Schmidt*, *MedR* 2007, S. 693.

41 Ausführlich: *Dettmeyer*, *Medizin & Recht*, S. 28.

42 BGH, Urteil v. 14.03.2006, VI ZR 279/04, *MedR* 2006, S. 588.

43 Vgl. *Knoche*, *NJW* 1989, S. 757 (S. 758).

44 *Deutsch und Spickhoff*, *Medizinrecht*, Rn. 243.

auch zu einem mündigen Patienten wird<sup>45</sup>. In der Praxis wird diese Lücke zwischen individueller Patientenaufklärung und theoretisch erreichbarer maximaler Aufklärung in der Regel durch die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient geschlossen.

### 3. Medizinische Grundlagen

Die Aufklärungspflicht ist seit dem Ende der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts in der ärztlichen Berufsordnung verankert (§ 8 MBO-Ä)<sup>46</sup>. Sie ist dabei auch aus medizinischer Sicht durchaus sinnvoll, denn ein gut informierter Patient zeigt in der Regel eine höhere Therapietreue<sup>47</sup>, weil ihm die Bedeutung und die Umstände seiner Behandlung bekannt sind. Das dient dem Wohl des Patienten und der Wirtschaftlichkeit der Behandlung.

### 4. Quellen zur Orientierung

Was ein Aufklärungsgespräch umfassen muss, ist bisher weder medizinisch noch juristisch a priori definiert worden.<sup>48</sup> Lediglich in einigen spezialisierten Teilbereichen gibt es gesetzliche Richtlinien für Aufklärung und Einwilligung (z.B. Arzneimittelgesetz, Transplantationsgesetz).<sup>49</sup> Als allgemeine Quellen zur Orientierung schlägt Dettmeyer daher die oben bereits genannte (Muster-)Berufsordnung für die Deutschen Ärztinnen und Ärzte vor sowie ferner „die Deklaration von Lissabon des Weltärztebundes von 1984, die revidierte Deklaration von Helsinki (1964) des Weltärztebundes von 2000 (Edinburgh) mit einer Klarstellung aus dem Jahre 2002 (Washington) über »Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen« und Entscheidungen der Gerichte, insbesondere des BVerfG und des BGH“.<sup>50</sup> Schon an dieser Stelle kann festgehalten werden, dass medizinische Fachliteratur als Quelle offenbar nicht in Betracht gezogen wird. Warum dem so ist, muss hier vorläufig noch offen bleiben und wird in Kapiel näher untersucht.

Während Berufsordnung und Deklarationen leicht gefunden werden können, ist die umfangreiche Rechtsprechung dem juristischen Laien (als welcher auch Assistenzarzt A bezeichnet werden muss) nur schwer zugänglich. Dieses Problem haben inzwischen auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer erkannt und zumindest eine Informationsbroschüre<sup>51</sup> mit einer Zusammenstellung der wichtigsten Urteile herausgeben.

---

45 Vgl. *Dziawas u.a.*, Ethik Med 2002, S. 151.

46 *Franz und Hansen*, Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht, S. 17.

47 *Köbberling und Haffner*, Med Klin 2006, S. 516 (S. 517).

48 *Beppel*, Ärztliche Aufklärung in der Rechtsprechung, S. 11.

49 *Eickhoff u.a.*, Chirurgie und Recht, S. 27.

50 *Dettmeyer*, Medizin & Recht, S. 29.

51 *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen.

## **II. Umfang der Risikoaufklärung**

*Assistenzarzt A weiß nun, dass er aus unterschiedlichen ethischen, juristischen, berufsrechtlichen und medizinischen Gründen zur Aufklärung verpflichtet ist. Er überlegt, welchen inhaltlichen Umfang sein Aufklärungsgespräch eigentlich haben soll und hofft, darauf in der Auseinandersetzung mit Rechtsprechung und Literatur Antworten zu finden.*

### **1. Aufklärung „im Großen und Ganzen“**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) empfiehlt in Bezug auf die Rechtsprechung zunächst, Patienten bloß in Grundzügen über geplante Untersuchungen oder Behandlungen aufzuklären, nicht jedoch über Einzelheiten.<sup>52</sup> Eine Aufklärung sei nur „im Großen und Ganzen“ notwendig. Diese Formulierung stimmt auch mit der ständigen Rechtsprechung des BGH überein.<sup>53</sup> In der Praxis der Arzthaftung aufgrund von Aufklärungsfehlern entpuppt sich diese Formulierung aber bisweilen als reine Worthölse<sup>54</sup>, zumindest kann man sie „verharmlosend“ nennen<sup>55</sup>. Eine fehlende Aufklärung über extrem seltene Risiken ist in diversen Fällen haftungsrelevant geworden.<sup>56</sup> Und selbst Risiken, die sich bei einer Behandlung noch nie verwirklicht haben oder im Fachgebiet des Arzt bisher wissenschaftlich nicht beschrieben wurden, wurden als aufklärungspflichtig deklariert.<sup>57</sup> So wundert es nicht, dass gerade Chirurgen vor einer Aufklärung „im Großen und Ganzen“ ausdrücklich gewarnt werden.<sup>58</sup> Entsprechende Apelle sind letztlich wenig praxistauglich.

### **2. Typische, atypische und seltene Risiken**

In Bezug auf die Risikoaufklärung wird von der DKG zunächst ebenfalls eine eher allgemeine Vermittlung über das Risikospektrum gefordert.<sup>59</sup> Dann werden die Begriffe des typischen, atypischen und seltenen Risikos eingeführt.

Typische Risiken seien mit der Eigenart eines Eingriffs spezifisch verbunden, über diese sei unabhängig von der Komplikationsrate aufzuklären.<sup>60</sup> Dazu gehört auch das Risiko eines Fehlschlages, insbesondere dann, wenn es sich um eine risikoreiche Operation

---

52 Vgl. *Deutsche Krankenhausgesellschaft, a.a.O.*, S. 9.

53 Vgl. BGH, Urteil v. 15.02.2000, VI ZR 48/99, MedR 2001, S. 42 (S. 44) und BGH, Urteil v. 14.03.2006, VI ZR 279/04, MedR 2006, S. 588.

54 So soll Aufklärung über Nervenschäden nicht dauerhafte Nervenschäden abdecken, vgl. *Gödicke*, MedR 2006, S. 568 (S. 569).

55 *Deutsch und Spickhoff*, Medizinrecht, Rn. 282.

56 *Knoche*, NJW 1989, S. 757, m.w.N.

57 So *Jaeger* im Kommentar zu BGH, Urteil v. 19.10.2010, VI ZR 241/09, MedR 2011, S. 244 (S. 248).

58 *Heberer und Hüttl*, Der Chirurg 2010, S. 167 (S. 168).

59 Vgl. *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen, S. 12, dort auch zum folgenden Text.

60 Für viele: *Bergmann und Wever*, Die Arzthaftung, S. 96 und *Heberer und Hüttl*, Der Chirurg 2010, S. 167 (S. 168).

handelt.<sup>61</sup> Die Verschärfung der Aufklärungspflicht bei seltenen Risiken bis zur völligen Abkehr von der Komplikationsrate verlief über einen Zeitraum von etwa 50 Jahren, an dessen Beginn noch Risiken im Bereich von 1:100 als nicht aufklärungspflichtig erachtet wurden.<sup>62</sup>

Bei atypischen Risiken sei die Aufklärung in der Regel abhängig von der Komplikationsrate. Der Umfang der Aufklärung über atypische Risiken soll nach Eickhoff und Fenger allerdings nicht streng nach Statistik erfolgen, sondern nach der Häufigkeit von Zwischenfällen in der konkreten Erfahrung des behandelnden Arztes.<sup>63</sup> Was ein atypisches Risiko im Einzelfall darstellt ist leider nicht zu erfahren, ein Beispiel wird nicht genannt.

Über seltene Risiken sei dann aufzuklären, wenn sie bei einer Verwirklichung die Lebensführung des Patienten nachhaltig belasten. Diese Formulierung entspricht der ständigen Rechtsprechung des BGH, der konkretisierend hinzufügt, dass aufklärungspflichtige seltene Risiken trotz ihrer Seltenheit für den Eingriff spezifisch, für den Laien aber überraschend seien müssen.<sup>64</sup> Eine Aufklärung hängt folglich von der Bedeutung des Risikos für den Patienten und nicht von der „Risikodichte“ ab.<sup>65</sup> Die seltenen Risiken sind als Unterform der typischen Risiken anzusehen.

Der BGH geht ferner davon aus, dass das schwerste Risiko eines Eingriffs (umgangssprachlich „worst case“-Szenario) grundsätzlich aufklärungspflichtig ist.<sup>66</sup>

### 3. Nicht aufklärungspflichtige Risiken

Ein Risiko wird von der Rechtsprechung als nicht aufklärungspflichtig deklariert, wenn das Wissen darüber allgemein verbreitet und bekannt ist.<sup>67</sup> Dazu gehören laut Dettmeyer Wundinfektionen, Wundheilungsstörungen, Narbenbildungen, Narbenbrüche und Embolien. Welche Risiken als allgemein bekannt betrachtet werden dürfen, ist allerdings keineswegs zweifelsfrei zu beantworten. So könnte man meinen, dass die Empfehlung einer Wiedervorstellung bei Verschlimmerung einer Erkrankung allgemein bekannt ist. Tatsächlich ist der fehlende Hinweis darauf bereits haftungsrelevant geworden.<sup>68</sup>

Die Verwirklichung eines nicht aufklärungspflichtigen Risikos löst grundsätzlich keine Haf-

---

61 *Deutsch und Spickhoff*, Medizinrecht, Rn. 273.

62 Ausführlich *Ratajczak*, in: Risiko Aufklärung, S. 12, m.w.N.

63 *Eickhoff u.a.*, Chirurgie und Recht, S. 31.

64 BGH, Urteil v. 14.03.2006, VI ZR 279/04, MedR 2006, S. 588 (S. 589).

65 *Pentz*, MedR 2011, S. 222 (S. 225).

66 BGH, Urteil v. 30.01.2001, VI ZR 353/99, MedR 2001, S. 421 (S. 422).

67 *Dettmeyer*, Medizin & Recht, S. 32.

68 BGH, Urteil v. 16.11.2004, VI ZR 328/03, MedR 2005, S. 226 (S. 227).

tung aus. Eine Haftung wird aber dann angenommen, wenn andere Bereiche der Aufklärung nicht ordnungsgemäß waren.<sup>69</sup>

#### 4. Übermaßaufklärung

Wäre Assistenzarzt A geholfen, wenn er die Anweisung wörtlich nimmt, über „alle denkbaren, dauernden oder auch nur vorübergehenden Folgen aufzuklären“<sup>70</sup> und konsequent so viele Komplikationen, Risiken, Behandlungsalternativen und Verlaufsformen der Erkrankung nennen würde, wie irgend möglich? Selbst die undifferenzierte Forderung nach Risikoaufklärung „unter allen Umständen“ lässt sich finden<sup>71</sup>. Dann würde er möglicherweise Gefahr laufen, seinen Patienten zu überfordern und sich einer Übermaßaufklärung schuldig zu machen. Eine derartige Verunsicherung des Patienten kann weder juristisch noch medizinisch zufrieden stellen<sup>72</sup> und wäre auch ethisch fragwürdig. Da sie für eine autonome Entscheidungsfindung nicht hilfreich ist, wird sie auch vom Patienten in der Regel nicht gewollt sein<sup>73</sup>. Deutsch und Spickhoff gehen davon aus, dass ein Übermaß an Informationen nicht verarbeitet werden kann und daher vergleichbar ist mit einer fehlenden Aufklärung mit entsprechenden Haftungsfolgen.<sup>74</sup> Nimmt der Patient darüber hinaus bei der bloßen Informationsvermittlung psychischen Schaden, sei der Tatbestand der Körperverletzung erfüllt.

A befindet sich in dem Dilemma, dass (die Frage nach der Angemessenheit einmal zurückgestellt) ein Zuwenig an Information ihm regelmäßig zur Last gelegt werden kann, weshalb er geneigt sein wird, so viele Informationen zu vermitteln wie möglich. Genau das ist ihm ebenfalls juristisch vorwerfbar. Letztendlich kann die Frage nach dem gebührenden Umfang der Aufklärungspflicht im Einzelfall juristisch nicht sinnvoll beantwortet werden.<sup>75</sup>

#### 5. Zwischenergebnis

Assistenzarzt A muss die medizinische Literatur nach typischen Risiken unabhängig von der Komplikationsrate und nach atypischen Risiken in Abhängigkeit von der Risikodichte durchsuchen und seinen Patienten entsprechend aufklären. Dazu gehört auch der ungünstigste anzunehmende Fall. Allerdings muss er gleichzeitig darauf achten, den Patienten nicht mit einer Übermaßaufklärung zu belasten. Über allgemein bekannte Risiken muss er laut Rechtsprechung nicht gesondert aufklären. Eine Aufklärung „im Großen und

---

69 BGH, Urteil v. 30.01.2001, VI ZR 353/99, MedR 2001, S. 421.

70 Eickhoff u.a., Chirurgie und Recht, S. 31.

71 Eickhoff u.a., a.a.O.

72 Knoche, NJW 1989, S. 757.

73 Schelling und Erlinger, MedR 2003, S. 331 (S. 334).

74 Deutsch und Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 327.

75 Dettmeyer, Medizin & Recht, S. 31.

Ganzen“ wird wohl regelmäßig nicht genügen.

### **III. Durchführung der Aufklärung**

*Assistenzarzt A hat nun eine ungefähre Vorstellung davon, welchen Umfang sein Aufklärungsgespräch haben soll. Bevor er zum Studium der medizinischen Literatur übergeht, kommen ihm aber weitere Fragen zur ordnungsgemäßen Aufklärung. So ist ihm noch unklar, ob sein Oberarzt nicht selbst das Aufklärungsgespräch führen müsste und welche weiteren Formalitäten er gegebenenfalls zu beachten hat.*

#### **1. Aufklärungspflichtiger**

Es gilt der Grundsatz, dass derjenige Arzt über eine Maßnahme aufklären soll, der diese auch durchführt.<sup>76</sup> Die Arbeitsteilung im Medizinbetrieb bedingt allerdings, dass in der Regel Aufklärungsgespräche nicht vom operierenden Arzt durchgeführt werden.<sup>77</sup> Eine vertikale und horizontale Übertragung von Aufklärungsgesprächen ist daher weitgehend anerkannt. Eine Aufklärung durch nicht ärztliches Personal wird hingegen nicht gebilligt.<sup>78</sup>

An eine solche Delegation werden hohe juristische Anforderungen gestellt, die allerdings noch unkonkret geblieben sind. Haftungsrelevant war bisher nur die Nichterfüllung dieser abstrakten Anforderungen.<sup>79</sup> Festhalten lässt sich, dass der aufklärende Arzt einzelfallabhängig eine gewisse Kompetenz bei der Beurteilung von Erkrankung und Behandlung haben soll<sup>80</sup> oder sogar den Eingriff gegebenenfalls auch selber durchführen können soll<sup>81</sup>. Der delegierende Arzt soll durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicherstellen, dass der aufklärende Arzt über die nötige Kompetenz verfügt.<sup>82</sup>

#### **2. Aufklärungsadressat**

Diejenige Person, die in den Eingriff einwilligen muss, ist grundsätzlich der richtige Adressat für die Aufklärung.<sup>83</sup> Ist diese Person mit dem Patienten nicht identisch (beispielsweise bei minderjährigen oder betreuten Patienten), ist auch der Patient selbst im Rahmen seiner Möglichkeiten aufzuklären.<sup>84</sup> Der Aufklärungsadressat muss die Möglichkeit haben

---

76 *Bergmann und Wever, Die Arzthaftung, S. 70, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen, S. 3.*

77 *Bender im Kommentar zu BGH, Urteil v. 07.11.2006, VI ZR 206 /05, MedR 2007, S. 169 (S. 170).*

78 *Hesse, RDG 2011, S. 258.*

79 Beispielsweise BGH, Urteil v. 07.11.2006, VI ZR 206 /05, MedR 2007, S. 169.

80 *Bergmann und Wever, Die Arzthaftung, S. 70.*

81 *Eickhoff u.a., Chirurgie und Recht, S. 41.*

82 *Deutsche Krankenhausgesellschaft, Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen, S. 3.*

83 *Eickhoff u.a., Chirurgie und Recht, S. 43.*

84 *Bergmann und Wever, Die Arzthaftung, S. 70.*

„Wesen, Bedeutung und Tragweite“ der ärztlichen Maßnahmen verstehen zu können.<sup>85</sup>

### 3. Form, Art und Weise der Aufklärung

Es gibt nur wenig formelle Ansprüche an die richtige Durchführung der Aufklärung. Grundsätzlich soll sie als Gespräch zwischen Arzt und Patient stattfinden.<sup>86</sup> Die Information soll behutsam und laiengerecht durchgeführt werden, Fragen des Patienten sind wahrheitsgemäß zu beantworten.<sup>87</sup> Da der Arzt oder Krankenhausträger im Zweifelsfall die Beweislast einer durchgeführten Aufklärung trägt, ist eine schriftliche Dokumentation unabdingbar.<sup>88</sup> Die Verwendung von Formularen für Dokumentation und Unterstützung der Aufklärung ist daher üblich und sinnvoll.<sup>89</sup> Eine rein schriftliche Aufklärung ohne Gespräch wird konsequent als unzureichend bezeichnet, allerdings hat auch hier die Rechtsprechung Ausnahmen von der Regel zugelassen<sup>90</sup>.

### 4. Zeitpunkt der Aufklärung

Der Zeitpunkt der Aufklärung ist so zu wählen, dass der Patient nicht unter Zugzwang gerät, und er die Konsequenzen seiner Entscheidung ausreichend reflektieren kann.<sup>91</sup> Nachdem dafür zunächst eine recht starre 24-Stunden-Frist diskutiert wurde, haben Rechtsprechung und Literatur inzwischen anerkannt, dass diese Frist bei Dringlichkeit einer Maßnahme auch unterschritten werden kann.<sup>92</sup> Sollte die Wahrung einer angemessenen Frist zur Sicherung der Patientenautonomie zu erhöhten Kosten beim stationären Aufenthalt führen, ohne dass es zwingende medizinische Gründe für diese längere Liegedauer gab, sind Krankenkassen wohl zum Ersatz dieser Kosten verpflichtet.<sup>93</sup>

### 5. Zwischenergebnis

Der Oberarzt kann das Aufklärungsgespräch an Assistenzarzt A delegieren, wenn A eine gewisse Kompetenz bei dem Eingriff besitzt und der Oberarzt die richtige Durchführung der Aufklärung kontrolliert. Der Patient muss in einem persönlichen Gespräch unter Einhaltung einer angemessenen Frist aufgeklärt werden.

---

85 Hesse, RDG 2011, S. 258.

86 Deutsch und Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 282.

87 Deutsche Krankenhausgesellschaft, Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen, S. 8.

88 Bergmann und Wever, Die Arzthaftung, S. 82.

89 Deutsche Krankenhausgesellschaft, Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen, S. 6.

90 Bei Routineimpfungen soll schriftliches Informationsmaterial ausreichen, wenn ein Gespräch zumindest noch angeboten wird, vgl. BGH, Urteil v. 15.02.2000, VI ZR 48/99, MedR 2001, S. 42.

91 Eickhoff u.a., Chirurgie und Recht, S. 43.

92 Vgl. Bergmann und Wever, Die Arzthaftung, S. 75 und Kern im Kommentar zu OLG München, Urteil v. 21.09.2006, 1 U 2175 /06, MedR 2007, S. 601 (S. 602).

93 KnLSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 18.05.2006, L 5 KR 149 /05, MedR 2006, S. 740 (S. 742).



#### ***IV. Ergebnis: Anforderungen an ein Aufklärungsgespräch***

Die Pflicht zur Aufklärung des Patienten ist etabliert und aus ethischer, juristischer und medizinischer Sicht zu begrüßen. Bei der praktischen Umsetzung können sich diverse Fallstricke ergeben. Der oft zitierte Hinweis auf eine Aufklärung „im Großen und Ganzen“ ist ungeeignet, um Berufsanfängern die ordnungsgemäße Durchführung eines Aufklärungsgesprächs nahe zu bringen.

Bei der Risikoaufklärung sind aus juristischer Sicht typische und atypische Risiken zu unterscheiden. Typische Risiken ergeben sich aus den Eigenheiten des Eingriffs, eine Aufklärung ist laut Rechtsprechung unabhängig von der Komplikationsrate notwendig. Atypische Risiken sollen vom Eingriff unabhängig sein, bleiben aber undefiniert und sollen der Erfahrungswelt des behandelnden Arztes entspringen. Hier soll die Aufklärung nach Komplikationsrate erfolgen. Alle Bemühungen um eine vollständige Aufklärung werden juristisch durch den Begriff der Übermaßaufklärung gedeckelt, was zu Problemen bei der Bestimmung des Aufklärungsumfangs führen kann. Allgemein bekannte Risiken können genannt werden, sind aber nicht generell aufklärungspflichtig.

Ferner muss der behandelnde Arzt oder ein von ihm beauftragter Vertreter den Patienten in einem persönlichen Gespräch unter Einhaltung einer angemessenen Frist aufklären.

## C. Erfüllbarkeit der Anforderungen

Die Anforderungen an ein Aufklärungsgespräch wurden im vorangehenden Kapitel näher beleuchtet. Nun stellt sich die Frage nach der praktischen Erfüllbarkeit dieser Voraussetzungen. Die Anforderungen lassen sich erfüllen, wenn die geforderten Informationen im Vorfeld zugänglich sind. Zur Veranschaulichung wird der Fall fortgesetzt.

*Assistenzarzt A hat sich nun über die abstrakten Anforderungen an das Aufklärungsgespräch informiert. Er stellt fest, dass er die Bestimmungen tatsächlich bisher nicht kannte. Er fragt sich, ob er in seiner Ausbildung etwas verpasst hat, oder ob Aufklärungsgespräche und ihr rechtlicher Hintergrund eventuell in der medizinischen Ausbildung eine untergeordnete Rolle spielen. Weil er die Operationsrisiken (am Beispiel der Endoprothese des Hüftgelenks) nicht direkt parat hat, durchsucht er schließlich einschlägige chirurgische Literatur, um sich die erforderlichen Informationen zu beschaffen.*

Grundsätzlich sind unterschiedliche Wege denkbar, wie A an die nötigen Wissensinhalte zur Konkretisierung seines Aufklärungsgesprächs gelangen könnte. Sie könnten Gegenstand seiner medizinischen Ausbildung gewesen sein (Kapitel ), er könnte sie in studentischer oder fachärztlicher Literatur recherchieren (Kapitel und ), er könnte eine etablierte wissenschaftliche Datenbank bemühen (Kapitel ) oder sich auf anderen Wegen informieren (Kapitel ). Im Folgenden werden diese Informationsmöglichkeiten einer Prüfung unterzogen.

### I. Medizinische Aus- und Weiterbildung

Um als Arzt arbeiten zu dürfen, ist nach § 2 Abs. 1 der Bundesärzteordnung<sup>94</sup> (BÄO) eine Approbation notwendig. Zur Konkretisierung ist in § 4 Abs. 1 BÄO eine Approbationsordnung<sup>95</sup> (ÄApprO) vorgesehen, welche durch das Bundesministerium für Gesundheit erlassen wird und die Rahmenbedingungen für die ärztliche Ausbildung bundesweit einheitlich festlegt. Abweichende Regelungen durch Landesrecht sind durch § 4 Abs. 7 ÄApprO ausdrücklich ausgeschlossen. Für die ärztliche Ausbildung ist eine Prüfung vorgesehen, für die Prüfungszulassung sind nach § 27 Abs. 1 S. 1 ÄApprO Leistungsnachweise notwendig, deren Anforderungen wiederum in Studienordnungen der einzelnen Universitäten festgehalten werden sollen (§ 27 Abs. 1 S. 2 ÄApprO). Die Prüfungsinhalte des Exams sollen schließlich laut § 14 Abs. 3 S. 2 ÄApprO in einem Gegenstandskatalog aufgelistet werden.

94 Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I, S. 1218), die zuletzt durch Artikel 29 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I, S. 2515) geändert worden ist.

95 Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I, S. 2405), die zuletzt durch Artikel 30 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I, S. 2515) geändert worden ist.

## 1. Approbationsordnung

Die Approbationsordnung umreißt in ihrer Zielsetzung in § 1 Abs. 1 ÄApprO die Ziele der ärztlichen Ausbildung. Unter anderem sind Grundlagenwissen über den Menschen und seine Krankheiten aufgeführt (§§ 1 Abs. 1 S. 4. Sp.str. 1 und 2 ÄApprO), allgemeine Kenntnisse über Diagnostik und Therapie (§ 1 Abs. 1 S. 4. Sp.str. 3 ÄApprO) und eine Sensibilisierung für ökonomische Auswirkungen ärztlichen Handelns (§ 1 Abs. 1 S. 4. Sp.str. 5 ÄApprO). Kommunikative Kompetenzen sind nicht als eigenständiges Ziel aufgeführt, es gibt lediglich in § 1 Abs. 1 S. 4. Sp.str. 4 ÄApprO die allgemein gehaltene Forderung nach praktischer Erfahrung im Umgang mit Patienten.

Bemerkenswert ist, dass die Vermittlung von rechtlichen Rahmenbedingungen hier keine Erwähnung findet. Weder allgemeine berufsrechtliche Bestimmungen noch komplexere haftungsrelevante Sachverhalte sind aufgeführt. Nach § 1 Abs. 1 S. 4. Sp.str. 7 ÄApprO sollen nur „die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens“ gelehrt werden. Man mag sich daher über die Unwissenheit junger Ärzte beklagen, denen unklar ist, dass ärztliche Eingriffe ohne wirksame Einwilligung auf Grundlage einer Aufklärung auch bei bester Absicht aus juristischer Sicht den Tatbestand einer Körperverletzung erfüllen. Man muss ihnen aber zugutehalten, dass die Erlangung dieses Wissens derzeit laut Approbationsordnung nicht als Ziel ihrer Ausbildung formuliert ist.

Im weiteren Verlauf der Approbationsordnung finden juristische Inhalte zumindest ansatzweise Erwähnung, und zwar in Form von Prüfungsinhalten für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Nach § 28 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 ÄApprO werden vom Prüfling zumindest Kenntnisse über „die für den Arzt wichtigen arzneimittelrechtlichen Vorschriften“ verlangt. In Anlage 15 (zu § 29 Abs. 3 S. 2) der Approbationsordnung findet sich schließlich als Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung an letzter Stelle der Aufzählung der Eintrag: „Medizinische Begutachtung. Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung.“

Anlage 15 steht wiederum am Ende der Approbationsordnung. Man könnte daher wohl im übertragenen wie auch im wörtlichen Sinn sagen, dass die Vermittlung von rechtlichen Grundlagen in der ärztlichen Zulassungsordnung derzeit an letzter Stelle steht.

In § 14 Abs. 3 S. 2 ÄApprO ist eine Einrichtung vorgesehen, die Prüfungsfragen erstellen und einen Gegenstandskatalog festlegen soll, auf den sich die schriftliche Prüfung beziehen kann. Diese Einrichtung ist als „Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts“ (nachfolgend IMPP) realisiert worden. Möglicherweise lassen sich im Gegenstandskatalog des IMPP vertiefende Hinweise auf die Vermittlung von medizinrechtlichen Grundlagen finden.

## 2. Prüfungen des IMPP

Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen gibt einen Gegenstandskatalog (nachfolgend IMPP GK<sup>96</sup>) mit möglichen Prüfungsinhalten heraus. Dieser bezieht sich, wie bereits gesagt, auf § 29 ÄApprO und Anlage 15 zu § 29 ÄApprO, weshalb diese Stellen im Vorwort des Gegenstandskatalogs zunächst im Wortlaut abgedruckt sind. Die Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung werden daher zumindest indirekt einmal erwähnt. Auf den folgenden Seiten des IMPP GK findet sich jedoch keine weitere Erwähnung oder gar Konkretisierung.

Möglicherweise ist das Medizinrecht bei der letzten Umstrukturierung von Approbationsordnung und Gegenstandskatalog nicht mehr aufgenommen worden. Im Vorwort der 1. Auflage des IMPP GK<sup>97</sup> findet sich der Hinweis, dass eine Aufteilung nach Prüfungsfächern zugunsten einer krankheitsbezogenen Aufteilung aufgegeben wurden, um fächerübergreifende Prüfungen zu ermöglichen. Es wäre plausibel, dass der Themenkomplex „Arztrecht“, der wohl ursprünglich dem Prüfungsfach Rechtsmedizin zugeordnet war<sup>98</sup>, welches zwar als Schwerpunkt forensische Untersuchungen, aber auch allgemeine berufsrechtliche und medizinrechtliche Grundlagen umfasste, in dieser neuen Aufteilung keine Entsprechung mehr gefunden hat und folglich vergessen wurde. Zur Überprüfung dieser These wäre ein Blick in eine ältere Version des Gegenstandskatalogs notwendig. Diese war beim IMPP jedoch leider nicht zu bekommen.

Obwohl das Medizinrecht im Gegenstandskatalog des IMPP derzeit nicht aufgeführt ist, ist es zumindest Prüfungsgegenstand nach Approbationsordnung. Eine Recherche in den vergangenen Examina hilft bei der Beantwortung der Frage, ob es denn bereits medizinrechtliche Fragestellungen in der Zweiten Ärztlichen Prüfung geben hat. Die Prüfungsfragen werden von diversen medizinischen Verlagen gesammelt und zum Zweck der optimalen Prüfungsvorbereitung aufgearbeitet. Diese Sammlungen von Prüfungsfragen, früher in Buchform, heute vermehrt digital, erfreuen sich unter Medizinstudenten großer Beliebtheit. Die elektronischen Versionen haben dabei den Vorteil, mit Suchfunktionen versehen zu sein. Die Recherchen für die folgenden Angaben stützen sich exemplarisch auf die „mediscript DVD“<sup>99</sup> des Elsevier-Verlages (2011). Dort sind 12.128 Prüfungsfragen aus 10 Jahren Ärztlicher Prüfung gesammelt. Die Suche nach den Stichworten „Aufklärung“ oder

---

96 *Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen*, IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP-GK 2).

97 Auszugsweise auch in der 3. Auflage des IMPP GK (a.a.O) abgedruckt.

98 *Bergmann und Wever*, Die Arzthaftung, S. 1.

99 mediscript DVD (2011): Hammerexamen 10/2006 - 04/2011. 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, München: Urban & Fischer in Elsevier.

„Einwilligung“ liefert allerdings kein Ergebnis. Erst die Verwendung von „Haftung“ oder „Behandlungsfehler“ führt zu einer überschaubaren Anzahl an Fragen (19 bzw. 15). Bei der Durchsicht lassen sich ganze drei Fragen identifizieren, die die ärztliche Aufklärung berühren<sup>100</sup>. Alle drei Fragen sind, wie bereits vermutet, dem Gebiet „Rechtsmedizin“ zugeordnet. Die Rechtsmedizin umfasst insgesamt 208 Fragen. Mit einem daraus kalkulierten Anteil von unter 1,7% an den gesamten Prüfungsfragen zählt die Rechtsmedizin somit zu den kleineren Prüfungsfächern.

Drei Fragen zur Aufklärung aus über 12.000 ist ein Anteil unterhalb des Promillebereichs. Ein Prüfling dürfte also auch ohne jegliches Wissen über medizinrechtliche Zusammenhänge sein Examen ohne größere Schwierigkeiten bestehen und wird seine Lernschwerpunkte entsprechend setzen. Wie die Studenten bei den Fragen abgeschnitten haben, war beim Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen leider nicht in Erfahrung zu bringen.

### **3. Zwischenergebnis**

Arztrecht und Arzthaftungsrecht finden im Gegensatz zu ethischen Grundlagen in den unterschiedlichen Bestimmungen zur ärztlichen Ausbildung kaum Beachtung, im aktuellen Gegenstandskatalog sind sie nicht einmal aufgeführt. Zwar können „Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung“ theoretisch prüfungsrelevant sein, in den letzten 10 Jahren wurden allerdings nur in lediglich zwei Examina eine (bzw. zwei) Frage(n) zur ärztlichen Aufklärung gestellt.

## ***II. Lehrbücher der Chirurgie***

*Obwohl Assistenzarzt A ein gewissenhafter Student war, blieb er von Rechtsfragen und ärztlichen Aufklärungsgesprächen im Studium weitgehend unbehelligt. Er nimmt daher in einer Bibliothek Lehrbücher der Chirurgie zur Hand, um seine Risikoaufklärung ausgestalten zu können. Er sucht vornehmlich nach aufklärungspflichtigen, typischen und atypischen Risiken, und vergleicht bei der Gelegenheit das bereits Gelernte mit den Angaben in den Lehrbüchern.*

### **1. Vermittlung von juristischen Grundlagen**

Hauptaufgabe chirurgischer Lehrbücher ist zweifelsohne die Lehre von medizinischen Grundlagen. Dabei sollte ein Kapitel über juristische Hintergründe jedoch unabdingbar sein. Im Folgenden werden elf Lehrbücher auf diesen Gesichtspunkt hin überprüft, die nach Verfügbarkeit in der Zweigbibliothek Klinikum Kröllwitz der Universitäts- und Landes-

---

100 Genauer: Examen 08/2006, Frage 539 (Aufklärungsmangel und Beweislast), Examen 10/2006, Frage 269 (Aufklärungszeitpunkt) und Examen 02/2010, Frage 260 (Aufklärung über Misserfolg), a.a.O.

bibliothek Sachsen-Anhalt ausgewählt wurden. Nach Möglichkeit wurde die jeweils aktuellste Auflage gewählt, ergänzt durch einen älteren Titel aus dem Jahr 1989 (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Juristisch relevante Informationen in Lehrbüchern der Chirurgie

Lehrbuch	Körperverletzungsdoktrin	Basisinformationen zu Aufklärungsgesprächen	Typische Risiken bei Operationsverfahren
Berchtold, Chirurgie 6. Aufl. (2008)	Ja	Ja	Nein
Henne-Bruns, Duale Reihe Chirurgie 3. Aufl. (2008)	Ja	Ja	Nein
Karavias, Chirurgie fürs Examen 1. Aufl. (2004)	Nein	Nein	Nein
Kloeters, Crashkurs Chirurgie 2. Aufl. (2007)	Ja	Ja	Nein
Largiadèr, Checkliste Chirurgie 9. Aufl. (2008)	Ja	Ja	Nein
Müller, Chirurgie für Studium und Praxis 9. Aufl. (2007)	Ja	Ja	Nein
Reifferscheid, Chirurgie 8. Aufl. (1989)	Nein	Nein	Nein
Schumpelick, Kurzlehrbuch Chirurgie 8. Aufl. 2010	Ja	Ja	Nein
Siewert, Chirurgie 8. Aufl. (2006)	Ja	Ja	(Ja)*
Siewert, Basiswissen Chirurgie 2. Aufl. (2010)	Ja	Ja	(Ja)*
Souza-Offtermatt, Intensivkurs Chirurgie 1. Aufl. (2004)	Ja	Ja	Nein

\* Diese Bücher liefern zwar Angaben zu Komplikationen, maßgeblich ist allerdings eher die Relevanz für den Behandelnden und weniger die Relevanz für den Patienten.

Als Mindestmaß an juristischer Information sollte die Körperverletzungsdoktrin erwähnt sein, also die Wertung des ärztlichen Heileingriffs als tatbestandsmäßige Körperverletzung. Tatsächlich lassen jedoch zwei Bücher jeden Hinweis darauf vermissen. Als Erklärungsversuch sei angemerkt, dass eines der Bücher weniger für die medizinische Wirklichkeit als explizit zur Examensvorbereitung gedacht ist (Karavias, Chirurgie fürs Examen, 1. Aufl., 2004), und Aufklärungsinhalte bisher für das medizinische Examen nahezu ohne Belang gewesen sind (vgl. Kapitel ). Das andere Buch fällt bereits mit dem Erscheinungs-

jahr (1989) aus der Reihe, ein Hinweis darauf, dass die Problematik um Aufklärungsgespräche erst im Verlaufe mehrerer Jahre ihren Weg in die Lehrbücher finden musste.

Findet sich in einem Lehrbuch der Hinweis auf die Körperverletzungsdoktrin, ist zumindest in der vorliegenden Stichprobe regelmäßig ein Kapitel mit Basisinformationen zu Aufklärungsgesprächen vorhanden, die sich im Umfang allerdings stark unterscheiden.

Gelegentlich finden sich Widersprüche zur gängigen Rechtsprechung: Juristischerseits gilt der Grundsatz, dass derjenige Arzt einen Patienten aufklären muss, der eine medizinische Maßnahme durchführt (vgl. Kapitel ). Bemerkenswerterweise wird im Lehrbuch von Berchtold ausdrücklich zum Gegenteil geraten: „Die Aufklärung sollte möglichst durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der nicht an der operativen Maßnahme beteiligt ist und somit nicht als Angeklagter in Frage kommt, da der aufklärende Arzt dann in der Regel als Zeuge zur Verfügung steht.“<sup>101</sup> Weshalb der aufklärende Arzt nicht als Angeklagter in Frage käme bleibt unverständlich, und diese Empfehlung unter juristischen Gesichtspunkten höchst fragwürdig, könnten doch im Falle eines Falles beide beteiligten Ärzte haften oder sich sogar in einem Strafprozess verantworten müssen.

Ferner hat die Rechtsprechung wiederholt festgestellt, dass die Aufklärung unabhängig von der Risikodichte zu erfolgen habe. Weil dies in der Praxis große Probleme macht, wundert es nicht, dass in den Lehrbüchern statt dessen konkrete, wenn auch falsche, Wahrscheinlichkeitsangaben auftauchen, ab denen über ein Risiko aufzuklären sei. Zu finden ist beispielsweise die Angabe 0,5%<sup>102</sup> (1:200) oder 1:20.000<sup>103</sup>.

## 2. Angaben zu allgemeinen und typischen Risiken

Einige der Lehrbücher äußern sich näher dazu, was unter den allgemeinen Risiken zu verstehen sei. Die Angaben sind allerdings wenig kohärent und scheinen eher willkürlich zu sein. So finden sich zu dieser Frage in einem Lehrbuch der perioperative Herzinfarkt, Thrombose und Lungenembolie<sup>104</sup>, in einem anderen Infektionsrisiko, Thromboserisiko, Emboliegefahr und Gefäß- und Nervenverletzungen<sup>105</sup> und in einem dritten Wundinfektionen, Gefäßverletzungen, unterschiedliche Blutungskomplikationen, Durchblutungsstörungen, Narbenbildung, Sensibilitätsstörungen im Wundgebiet, mögliche Reoperation, Rezidivrisiko, Thrombose und Embolie.

---

101 *Berchtold u.a.*, Chirurgie, S. 111.

102 Übereinstimmend in *Henne-Bruns u.a.*, Chirurgie, S. 21 und *Souza-Offtermatt und Nolde*, Intensivkurs Chirurgie, S. 7.

103 *Siewert u.a.*, Chirurgie, S. 15.

104 *Berchtold u.a.*, Chirurgie, S. 111.

105 *Siewert und Brauer*, Basiswissen Chirurgie, S. 7.

Die einzigen beiden „allgemein bekannten“ Komplikationen, die sich durchgehend in allen drei Lehrbüchern finden, sind Thrombose und Embolie. Es darf bezweifelt werden, dass ausgerechnet diese beiden Risiken dem medizinischen Laien hinlänglich geläufig sind.

Die von der Rechtsprechung geforderten aufklärungspflichtigen typischen Risiken sind in den Büchern fast durchgehend nicht aufgeführt (siehe Tabelle 1). Einzig die Lehrbücher von Siewert kennen eine Angabe von Komplikationen (mit Ausnahmen) bei den medizinischen Maßnahmen. Diese richten sich jedoch in erster Linie an den Behandelnden und lehren ihn, was ihn im Falle eines Falles erwartet und worauf er zu achten hat. Die für den Patienten wichtigen Auswirkungen auf dessen Lebenswirklichkeit sind in der Regel nicht erfasst.

Der von Eickhoff verwendete Begriff der atypischen Risiken findet sich allein im Lehrbuch von Schumpelick<sup>106</sup>, wird dort allerdings ebenfalls weder erklärt noch ausgeführt und bleibt daher unklar. Souza-Offtermatt wirft noch einen zusätzlichen Aspekt auf: Risiken, die nicht typischer Weise der medizinischen Maßnahme, sondern den individuellen Vorerkrankungen des Patienten anhaften.<sup>107</sup>

### **3. Zwischenergebnis**

Lehrbücher der Chirurgie sind ungeeignet zur Vorbereitung von Aufklärungsgesprächen. Zwar sind in der Regel einige grundsätzliche Informationen zu Umfang und Durchführung einer Patientenaufklärung zu finden, gelegentlich sind aber auch irreführende Informationen abgedruckt, oder es werden Ansichten vertreten, die nicht der derzeitigen Rechtsprechung entsprechen.

Allgemeine und damit nicht aufklärungspflichtige Risiken werden uneinheitlich angegeben. Patientenrelevante typische Risiken werden bei den dargestellten operativen Maßnahmen nicht mit aufgeführt. Souza-Offtermatt weist zu Recht darauf hin, dass auch patientenabhängige Risiken aufklärungsbedürftig sind, ein Aspekt, der in Rechtsprechung und juristischen Standardwerken noch keine Entsprechung gefunden hat.

---

106 Schumpelick u.a., Kurzlehrbuch Chirurgie, S. 5.

107 Sogenannte „spezielle Risiken“, Souza-Offtermatt und Nolde, Intensivkurs Chirurgie, S. 7.



### **III. Fachliteratur Chirurgie**

*Frustriert vom bisherigen Ergebnis, hofft A in der fortgeschrittenen Literatur für Fachärzte endlich typische Risiken ausfindig zu machen, um sein Aufklärungsgespräch durchführen zu können.*

#### **1. Angaben zu Komplikationen und Risiken**

In den Fachbüchern der Chirurgie lassen sich unter Umständen Risiken und Komplikationen von Maßnahmen finden (siehe Tabelle 2). Die Ausführungen erscheinen jedoch uneinheitlich und inkonsequent. Uneinheitlich deshalb, weil es bei den Operationsrisiken nur wenig Überschneidungen zwischen den Büchern gibt. Inkonsequent, weil in der Regel ein allgemeiner juristischer Teil sachlich richtig über die Anforderungen an Aufklärungsgespräche informiert, die anschließende Darstellung der Risiken diesen Ansprüchen aber nicht gerecht wird. Im Fachbuch von Regensburger heißt es zu Recht<sup>108</sup> im allgemeinen juristischen Teil: „Bei den Risiken, die bei allen oder einer Vielzahl von Eingriffen auftreten (z.B. Infektionsrisiko bei Operationen, Thrombose- und Emboliegefahr) [...] geht [die Rechtsprechung] davon aus, daß der verständige Patient diese Risiken kennt.“<sup>109</sup> Davon völlig unbeeindruckt, werden genau diese Risiken im spezifischen Teil, in dem der Leser die typischen Risiken erwartet, wiederholt (siehe Tabelle 2). Diese Vermischung von allgemeinen und typischen Risiken lässt sich auch in anderen Fachbüchern beobachten, sofern sie denn generelle Informationen zu Aufklärungsgesprächen vermitteln<sup>110</sup>: Im theoretischen, juristischen Teil wird sauber getrennt, im praxisrelevanten Teil beides vermischt.

In der Regel werden bei den Komplikationen keine Wahrscheinlichkeiten angegeben. Das ist zwar aus juristischer Sicht bei den typischen Risiken auch nicht erforderlich<sup>111</sup>, verhindert in der Praxis aber, ein Risiko korrekt in Relation zum Nutzen oder zu anderen Risiken zu setzen und erschwert es damit dem Patienten, eine sinnvolle und fundierte Abwägung zu treffen. Auch der aus juristischer Sicht falsche, aber übliche Hinweis in den studentischen Lehrbüchern, über Risiken ab einer Wahrscheinlichkeit von 0,5% aufzuklären<sup>112</sup>, ist in der Folge undurchführbar und damit hinfällig.

---

108 Vgl. Kapitel und

109 *Regensburger und Costard-Jaeckle*, Chirurgie systematisch, S. 716.

110 Ohne ein allgemeines Kapitel über Aufklärung kommt beispielsweise *Böttner*, Facharztkompodium Orthopädie und Unfallchirurgie aus.

111 Vgl. Kapitel

112 Vgl. Kapitel

Tabelle 2: Unterschiedliche Angaben von Risiken in der Fachliteratur am Beispiel der Hüftgelenk-Endoprothese. Es bietet sich das Bild eines „Flickenteppiches“.

<b>Fachbuch</b>	<i>Böttner,</i> Facharztkompendium Orthopädie und Unfallchirurgie 3. Aufl. (2009)	<i>Kremer,</i> Chirurgische Operationslehre 1. Aufl. (1995)	<i>Schumpelick,</i> Operationsatlas Chirurgie. 3. Aufl. (2009)	<i>Regensburger,</i> Chirurgie systematisch 2. Aufl. (2005)
<b>Darstellung</b>	Stichpunkte (weitere Erläuterungen in Unterpunkten)	Fließtext (mit weiteren Erläuterungen)	Stichpunkte	Stichpunkte
<b>Risiken*</b>	Schaftschmerz (5%)	---	---	---
	tiefe Infektion	---	Infektion	Infektion
	tiefe Venenthrombose	---	---	Thromboembolie
	Lungenembolie	---	---	Thromboembolie
	Blutverlust	erhebliche Blutungen	---	---
	periprothetische Fraktur	Knochenverletzungen	Femurschaftfraktur	---
	Nervenverletzung (0,5-2%)	Nervenverletzungen N. femoralis N. ischiadicus	Nervenverletzungen N. ischiadicus	---
	Gefäßverletzungen	Gefäßverletzungen A. circumflexa femoris, A. glutealis superior	Gefäßverletzungen Vasa femoralia	---
	heterotope Ossifikationen	---	---	---
	Hüftgelenksluxation	Hüftgelenksluxation	Hüftgelenksluxation	---
	---	---	---	Lockerung von Implantaten
	---	---	---	Fehllage von Osteosynthesemitteln
	---	---	---	Dekubitus
	---	---	---	Pneumonie
	---	---	Knochenzementreaktionen	---
	---	---	Materialentfernung	---

\* gleiche oder zumindest vergleichbare Risiken sind in der jeweils entsprechenden Zeile nebeneinander gestellt. Wahrscheinlichkeiten sind überall dort angegeben, wo auch im entsprechenden Fachbuch eine Wahrscheinlichkeit angegeben wurde.

## 2. Zwischenergebnis

Die Fachliteratur enthält zumindest in Ansätzen Informationen über typische Operationsrisiken. Auf dem langen Weg der ärztlichen Ausbildung bildet die Facharztliteratur die erste Station, die dieses Wissen zu vermitteln sucht. Da in der ärztlichen Behandlung der Fach-

arztstandard zu Grunde gelegt wird<sup>113</sup>, ist das konsequent, führt aber zu Problemen, da mit Erlangung des Facharztes das Wissen um korrekte Aufklärung vorausgesetzt wird, vorher aber nicht gelehrt wurde.

Die Ausführungen über typische Risiken vermochten zumindest in den geprüften Lehrbüchern nicht zu überzeugen und würden einer Aufklärungsrüge nicht Stand halten. Dies liegt an der uneinheitlichen Aufzählung von Risiken und der Vermischung von typischen und allgemeinen Risiken. Eine fehlende Gewichtung der Risiken mag aus juristischer Sicht verzichtbar sein, macht aber Arzt und Patient eine korrekte Einschätzung der Risiken unmöglich.

#### **IV. Fachdatenbanken**

Fachdatenbanken der Medizin enthalten eine Fülle von wissenschaftlichen Publikationen. Zu „Alltagsfragen“ wie Komplikationshäufigkeiten und Risiken von operativen Maßnahmen findet sich dort jedoch kaum Literatur. Eine der größten Referenzdatenbanken nennt sich „PubMed“<sup>114</sup> und wurde von der nationalen medizinischen Bibliothek der Vereinigten Staaten (National Library of Medicine) eingerichtet. Eine Suche nach den Stichworten „hip endoprothesis“ und „risks“ liefert derzeit 41 Treffer<sup>115</sup>. Die aktuelleren Publikationen berühren jeweils nur spezialisierte Unterpunkte einzelner Risiken. Für einen Überblick sind diese Ausführungen in der Regel ungeeignet, die Medizinische Forschung hat hier gewissermaßen selbst den Blick für „das Große und Ganze“ verloren<sup>116</sup>. Bemerkenswerterweise sind in dieser internationalen Datenbank die wenigen Publikationen, die sich näher mit dem allgemeinen Komplikationsprofil der Hüftendoprothese beschäftigen, mindestens 15 Jahre alt und allein in deutscher Sprache erschienen<sup>117</sup>. Dies kann sowohl im positiven wie auch im negativen Sinne als ein Indiz für die hiesigen Eigenarten bei der Risikoerfassung und Patientenaufklärung gesehen werden. Prinzipiell lassen sich also einige wenige Publikationen finden, die eventuell relevante Informationen für das Aufklärungsgespräch von Assistenzarzt A beinhalten. Die Sichtung, Bewertung und Auswertung ist aber ein zeitaufwendiger Prozess, an dessen Ende nicht einmal sicher ist, ob die gefundenen Informationen nicht nur für den Behandelnden, sondern auch für den Patienten eine Relevanz haben.

---

113 Hoppe, MedR 2011, S. 216 (S. 219).

114 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

115 Stichtag 26.05.2012.

116 Näheres zu dieser Problematik im Kapitel

117 Genauer: Simank u.a., Z Orthop Ihre Grenzgeb 1996, S. 457, Schwenk u.a., Unfallchirurgie 1994, S. 216, von Zippel, Beitr Orthop Traumatol 1990, S. 193 und Knofler und Bethge, Beitr Orthop Traumatol 1977, S. 689.

## **V. Andere Informationsmöglichkeiten**

*Unsicher geworden, sucht Assistenzarzt A noch einmal das Gespräch mit seinem Oberarzt und bittet ihn um Hilfestellung bei der Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs. Schließlich nimmt er ein übliches Aufklärungsformular zur Hand, fühlt sich dabei aber unwohl, weil eine Formularaufklärung ungenügend sein soll.*

### **1. Mündliche Anweisung**

Die mündliche Anweisung durch einen Oberarzt wird in der Praxis eine häufige Form der Vorbereitung von Aufklärungsgesprächen durch Assistenzärzte sein. Dabei ist von Vorteil, dass in der weitergegebenen Erfahrung eine praxistaugliche Gewichtung der Risiken anzunehmen ist, und, sofern es auch eine Nachbesprechung gibt, der dringend notwendigen Lehre Genüge getan wird. Allerdings ist die mündliche Anweisung nicht unproblematisch, kann sie doch die sonst in der Medizin angesetzten Maßstäbe von Wissenschaftlichkeit und Objektivierbarkeit nicht erfüllen. Die Informationen dürften ebenso lückenhaft sein wie die Darstellungen in den chirurgischen Fachbüchern und die Aufklärung nach „Hörensagen“ wird weder Juristen noch Patienten befriedigen.

Außerdem ist die Frage nach Form und Umfang von Organisationsanweisungen und Kontrollen noch ungeklärt. Laut Rechtsprechung muss es diese Kontrollen geben<sup>118</sup>, wie genau sie auszusehen haben ist allerdings noch offen.

### **2. Formularaufklärung**

Während die reine Formularaufklärung zu Recht viel Kritik erfahren hat, gehört das formularunterstützte Aufklärungsgespräch zum etablierten Standard im alltäglichen Krankenhausbetrieb. Ein Aufklärungsformular kann, soll und darf dabei das Aufklärungsgespräch nicht ersetzen.<sup>119</sup>

Im direkten Vergleich mit den Risiken, die Assistenzarzt A in den chirurgischen Fachbüchern finden konnte, bietet ein Aufklärungsformular<sup>120</sup> am Beispiel der Hüftgelenk-Endoprothese ein deutliches Mehr an Informationen, während es auf die Auflistung von nicht zwingend aufklärungspflichtigen allgemeinen Risiken wie Thrombosen mitunter verzichtet (Tabelle 3).

Die Auflistung der Risiken erscheint ebenso ausführlich wie fundiert. Bei hoher Praxistauglichkeit und dem Bemühen um eine patientengerechte Sprache dürfte der Inhalt die meis-

118 BGH, Urteil v. 07.11.2006, VI ZR 206/05, BGHZ 2007, S. 364 (Rn. 10).

119 Vgl. *Bergmann und Wever*, Die Arzthaftung, S. 82, BGH, Urteil v. 07.11.2006, VI ZR 206 /05, MedR 2007, S. 169 (S. 171).

120 Hier am Beispiel des Diomed-Aufklärungssystems, OT41 (Hüftgelenkersatz), alle Rechte bei der Thieme Compliance GmbH.

ten Aufklärungsrügen abwehren können, unter der Voraussetzung, dass die Gesprächsform bei der Aufklärung gewahrt wird, und der Aufklärungsbogen lediglich als Orientierung und Gedächtnisstütze benutzt wird.

Kritisch muss gesehen werden, dass die Informationen nicht wie von der Rechtsprechung gefordert individualisierbar sind. Die formularunterstützte Aufklärung kann ferner nur allzu leicht dazu verleiten, unter Zeitdruck auf das erforderliche Gespräch zu verzichten und aus einem falschen Sicherheitsgefühl heraus anzunehmen, dass der Patient mit Aushändigung des Formulars ausreichend informiert wäre. Der gedankliche Weg von der formularunterstützten Aufklärung zur reinen Formularaufklärung ist denkbar kurz. Obwohl sie gerade deshalb entwickelt wurde, um den juristischen Erfordernissen der Aufklärung zu genügen, wird sie folglich von Juristen kritisiert.

*Tabelle 3: Auflistung von Risiken in chirurgischen Fachbüchern (zusammengefasst aus Tabelle 2) im Vergleich mit einem üblichen Formular-Aufklärungsbogen am Beispiel der Hüftgelenk-Endoprothese.*

<b>Chirurgische Fachbücher</b> (Zusammenfassung)	<b>Aufklärungsbogen</b> (Auszug) Diomed-Aufklärungssystem, Thieme Compliance GmbH
Schaftschmerz (5%)	Spannungsschmerzen
Infektionen	Infektionen
Thrombosen	---
Lungenembolie	Lungenembolie, Prophylaxe und HIT II-Syndrom
(erheblicher) Blutverlust	---
Knochenverletzungen/Frakturen	Frakturen
Nervenverletzungen	Nervenverletzungen, Gefühlsstörungen, Missempfindungen, Nervenschmerzen, Lähmungen, Funktionsbeeinträchtigungen bis hin zur dauernden, weitgehenden Funktionslosigkeit des Beines
Gefäßverletzungen	Gefäßverletzungen, operative Blutstillung
heterotope Ossifikationen	Weichteilverkalkungen bzw. Verknöcherungen
Hüftgelenksluxation	Hüftgelenksluxation
---	Gewebeverletzungen (Sehnen, Muskeln)
---	Schwellungen, Nachblutungen, größere Blutergüsse
---	Einblutungen mit Kompartiment-Syndrom
---	Durchblutungsstörungen mit bis zum Beinverlust
---	OP-Folgen (Narbenbildung bis hin zu Keloiden, Lagerungsschäden, Wundheilungsstörungen, Infektionen)
---	Beinlängenunterschied
---	Sudeck-Syndrom
---	Allergische Reaktionen

## ***VI. Ergebnis: Erfüllbarkeit der Anforderungen***

Arztrecht und Arzthaftungsrecht finden in der ärztlichen Ausbildung kaum Beachtung, im aktuellen Gegenstandskatalog für die ärztliche Prüfung sind sie nicht einmal aufgeführt.

Lehrbücher der Chirurgie sind weitgehend ungeeignet zur Vorbereitung von Aufklärungsgesprächen. Die kurzen juristischen Exkurse in den geprüften Büchern entsprechen gelegentlich nicht der derzeitigen Rechtsprechung oder sind zumindest irreführend. Angaben zu typischen Risiken sind nahezu bei keiner operativen Maßnahme zu finden.

Chirurgische Fachliteratur enthält zumindest in Ansätzen Informationen über typische Operationsrisiken. Durch die hohe Uneinheitlichkeit und die häufige Verwechslung von typischen (aufklärungspflichtigen) und allgemeinen (nicht aufklärungspflichtigen) Risiken würden diese Informationen einer Aufklärungsrüge jedoch nicht Stand halten.

In medizinischen Fachdatenbanken lassen sich mit einigem detektivischen Gespür unter Umständen relevante Publikationen zu Risiken und Komplikationen finden. Für den klinischen Alltag ist der Aufwand, diese Publikationen zu finden, zu bewerten und auszuwerten, jedoch wenig praktikabel, zumindest wenn die Ergebnisse einer solchen aufwändigen Recherche nicht systematisch festgehalten werden.

Mit den derzeit zur Verfügung stehenden Mitteln ist Assistenzarzt A nicht in der Lage, die Aufklärung auf eine Art und Weise durchzuführen, die ihm nicht später zur Last gelegt werden könnte. Die Anforderungen an Aufklärungsgespräche sind aus Mangel an entsprechenden Informationsmöglichkeiten derzeit nicht sinnvoll zu erfüllen.

## D. Neue Impulse

Es steht außer Frage, dass Patienten gute Informationen brauchen, um ihr Selbstbestimmungsrecht in der medizinischen Behandlung ausüben zu können. Wie genau „gute Information“ aussieht, bleibt noch zu diskutieren. Es ist dabei unbestritten, dass derzeit „schlechte Aufklärung“ mitunter vorkommt. Die aktuelle Aufklärungstheorie und ihre Auswirkungen können jedoch nicht überzeugen. Vor diesem Hintergrund ist der Berufsstand der Ärzte dazu aufgerufen, dieses Problem nicht defensiv, sondern aktiv, kreativ und interdisziplinär anzugehen, und gegebenenfalls starre Konventionen aufzubrechen. Die Leitfragen der folgenden Diskussion sollen sein: Welche Informationen braucht ein Patient für eine selbstbestimmte Entscheidung und wie kann sichergestellt werden, dass Ärzte über genau diese Informationen verfügen, um sie in hoher Qualität vermitteln zu können.

In diesem Bereich nützt auch der Blick über Grenzen in andere Länder wenig. Zumindest gibt es Hinweise darauf, dass die Patientenaufklärung wohl weltweit mangelhaft ist<sup>121</sup>.

### I. Ausgangspunkt

Der löbliche Versuch der Rechtsprechung, die Selbstbestimmung des Patienten zu stärken, führt in Teilbereichen dazu, dass Aufklärung zu einem Selbstzweck geworden ist. Die Rechtsprechung wird aber die Frage, was eine gute Aufklärung ist, nie beantworten können, wird sie doch ausschließlich dann tätig, wenn es um den Vorwurf von haftungsrelevanten Aufklärungsfehlern geht<sup>122</sup>. Auf Einzelfallentscheidungen eine vollständige Aufklärungstheorie gründen zu wollen ist höchst fragwürdig, verliert man doch den wichtigen Blick fürs „Große und Ganze“. Im Zeitalter von evidenzbasierter Medizin muss eine „evidenzbasierte“ Aufklärungstheorie unbefriedigend bleiben.

Eine gute Aufklärung setzt die Informiertheit des aufklärenden Arztes zwangsläufig voraus. Hier ergeben sich in der Praxis große Schwierigkeiten: Weil Entscheidungen zu Aufklärungsfehlern über Jahre dauern können und meist mehrere Gutachter als ausgewiesene Experten auf ihrem Gebiet dabei zu Wort kommen, ist das Bild der Rechtsprechung zwangsläufig verzerrt. In Prozessen werden Wahrscheinlichkeiten bemüht, die im medizinischen Alltag nicht festgehalten sind<sup>123</sup>. Dem Jurist fällt richtigerweise auf, dass nahezu jedes verwirklichte Risiko theoretisch im Vorfeld einer Behandlung hätte bekannt sein können und leiten daraus ab, dass jedes noch so seltene Risiko auch im Vorfeld bekannt sein muss. Es herrscht der Eindruck vor, man wüsste in der Medizin als Individuum und als

121 So Sawicki in einem Vortrag, notiert in *Köbberling und Haffner*, Med Klin 2006, S. 516 (S. 520).

122 Zur Kritik an der Haftungsausrichtung der Aufklärungsrechtsprechung vgl. *Beppel*, Ärztliche Aufklärung in der Rechtsprechung, S. 11, m.w.N.

123 vgl. Kapitel

Wissenschaft über alle Komplikationen und ihre Häufigkeiten zwangsläufig Bescheid. Das Gegenteil ist der Fall, wie der Blick in die chirurgische Fachliteratur offenbart. Es ist unter Umständen unmöglich, zumindest aber sehr zeitaufwendig und schwierig, an die geforderten Informationen heran zu kommen. In den Fachdatenbanken waren noch am ehesten Angaben zu Komplikationen und Risiken zu finden, diese gehen aber in der Fülle von medizinischen Publikationen unter. Der kaum zu bewältigende ständige Wissenszuwachs ist ein strukturelles Problem in der Medizin, das erst zögerlich erkannt und bisher vornehmlich im englischsprachigen Raum angegangen wird. Fraser stellt gar die Frage, ob es inzwischen unmöglich geworden ist, sich Expertise in einem Fach anzueignen<sup>124</sup>. Wollte man am Beispiel der Echokardiografie alle Literatur des Fachgebietes lesen, bräuchte man bei einer Leseleistung von fünf Artikeln pro Stunde und einer üblichen 40 Stunden Woche über elf Jahre, um dieses Ziel zu erreichen. Hinzu kommen weitere acht Jahre um die verpassten Artikel der vergangenen elf aufzuholen und so fort. Wohlgermerkt, ohne Zeit zu haben, dieses Wissen auch anzuwenden. Auf dieser Basis sei es zunehmend möglich, dass zwei Experten der selben Fachrichtung über ein Wissen verfügten, das sich kaum überschneidet. Diesen Umstand kann man wohl in nahezu jedem Arzthaftungsprozess mit sich widersprechenden Gutachten beobachten. Die Rechtsprechung trifft die Medizin hier also ohnehin in einem „wunden Punkt“, der noch brisanter wird, weil die Rechtsprechung konsequent keine Rücksicht darauf nimmt, ob einem Arzt ein Risiko bekannt war oder nicht, selbst wenn es bisher noch nie bei einer Behandlung aufgetreten war oder es im Fachgebiet noch nicht publiziert wurde.<sup>125</sup> Umso wichtiger ist es, Ärzten in Datenbanken zuverlässige Informationen zusammen zu stellen und diese leicht zugänglich zu machen.

## ***II. Patientenbedürfnisse anerkennen***

Die Rechtsprechung hat zu Recht bemängelt, dass Patientenbedürfnisse in Aufklärungsgesprächen mitunter nicht ausreichend zur Geltung kommen. Daraus lässt sich jedoch nicht ableiten, dass die Rechtsprechung diese Bedürfnisse richtig erfasst hat, weshalb es entsprechend kritische Stimmen gibt<sup>126</sup>.

In der Literatur wird noch zu wenig getrennt zwischen medizinisch relevanten Komplikationen, unabhängig von ihrer Relevanz für den Patienten, und Risiken für die Lebensführung des Patienten. Hier ist der Begriff der Komplikation zu unscharf, kann er doch prinzipiell beides meinen. Blutungskomplikationen bei einer Operation sind für den Behandelnden von großer Relevanz, sie bleiben für den Patienten aber in der Regel unbemerkt. Umge-

---

124 *Fraser und Dunstan*, BMJ 2010, S. 1314, dort auch zum folgenden Text.

125 So *Jaeger* im Kommentar zu BGH, Urteil v. 19.10.2010, VI ZR 241/09, MedR 2011, S. 244 (S. 248).

126 Für viele: *Franz und Hansen*, Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht, S. 100, m.w.N.



kehrt wünschen sich Patienten oft Informationen über Ernährungsverhalten oder Belastbarkeit nach einer Operation, was für den Behandelnden wenig Relevanz hat. Der These folgend, dass Patienten für ihre Entscheidung „gute“ Informationen brauchen, muss diskutiert werden, über welche von diesen Informationen vorrangig aufgeklärt werden sollte.

Eine beachtenswerte Untersuchung von Ehlers ergab, „daß das Wissen der Patienten schon vier Stunden nach dem Aufklärungsgespräch bei weitem nicht den Anforderungen der Rechtsprechung gerecht wurde.“<sup>127</sup> Alle durchgeführten Eingriffe wären demnach formell rechtswidrig. Auch Franz kommt zu dem Schluss: „der Arzt mag sich bei der Aufklärung von Patienten noch so viel Mühe geben, der Patient hat kaum je daraus einen wesentlichen Nutzen.“<sup>128</sup> Dies berührt unmittelbar die ethische Sinnfrage der Aufklärung: Soll sie Selbstzweck sein, und dem Patienten so viel Informationen wie möglich vermitteln, oder ihn lieber mit genau denjenigen Informationen versorgen, die er für seine Entscheidung benötigt?

Die Frage nach dem richtigen Maß stellt sich in der Medizin vergleichbar, aber in anderem Zusammenhang, regelmäßig bei der Verschreibung von Medikamenten. Eine analoge Betrachtung kann daher hilfreich sein: Hat man ein Medikament zur Hand, welches bei einer Risikogruppe statistisch sicher belegt einen Schlaganfall verhindern kann, könnte man im Kurzschluss denken, dass doch jeder Betroffene dieses Medikament einnehmen sollte. Doch die Intuition kann täuschen: Die wesentliche Maßzahl für den „Sinn“ der Medikation ist die so genannte „Number needed to treat“ (NNT), also die statistisch ermittelte Anzahl an Patienten, die mit dem Medikament behandelt werden müssten, um einen Schlaganfall zu verhindern. Kommt man beispielsweise zu dem Schluss, dass zehn Patienten das Medikament nehmen müssten, um insgesamt statistisch einen Schlaganfall zu verhindern, befindet man sich sicher in einem Bereich einer sinnvollen Medikation. Müsste man 10.000 oder 100.000 Menschen dauerhaft mit dem Medikament behandeln, um einen Schlaganfall zu verhüten, darf der Sinn schon bezweifelt werden, würden doch 9.999 beziehungsweise sogar 99.999 Menschen das Medikament letztlich ohne jeden Nutzen einnehmen. Die ständige Rechtsprechung des BGH blockiert eine analoge Denkweise bei Aufklärungsgesprächen. In Entsprechung zur NNT ist die Frage aber durchaus berechtigt, wie viele Patienten man eigentlich über eine mögliche Komplikation aufklären muss, damit ein einziger Betroffener vorher über die bei ihm aufgetretene Komplikation informiert war. Bei Komplikationsraten von 1:10.000, wie sie in Fällen der Aufklärungshaftung immer wie-

---

127 Ehlers, Die ärztliche Aufklärung vor medizinischen Eingriffen, S. 141.

128 Franz und Hansen, Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht, S. 100.

der vorkommen dürften und jedenfalls als unbedingt aufklärungspflichtig gelten, haben also 9.999 Menschen eine für sie letztlich irrelevante Information erhalten, oder wurden sogar verunsichert und verängstigt. Auch aus ökonomischen Gesichtspunkten ist die ausgiebige Vermittlung von letztlich oft irrelevanten Informationen fragwürdig, gibt es doch meist mehr als ein einziges seltenes Risiko bei einer Operation.

Folgt man der neurologischen Forschung kann ein durchschnittlicher Mensch nur etwa bis zu sieben Informationseinheiten (sog. „Chunks“) in sein Kurzzeitgedächtnis aufnehmen, aus dem sie schließlich unter Umständen in sein Langzeitgedächtnis überführt werden<sup>129</sup>. Dies erklärt auch die von Ehlers festgestellte hohe „Vergesslichkeit“ nach Aufklärungsgesprächen (siehe oben). Es wäre ein Meilenstein in der Patientenaufklärung, könnte man sich auf eine Faustformel einigen, die diese fünf bis sieben Informationseinheiten mit möglichst relevanten Informationen auffüllt. Beispielsweise: Das häufigste Risiko, das schlimmste anzunehmende Risiko, die Gesamt-Komplikationsrate und zwei bis vier typische Risiken. Mit einer solchen praxisnahen Faustformel wären vermutlich die meisten Aufklärungssituationen befriedigend gelöst. Für weitergehende Informationen müsste man es wagen, den Patienten in die Pflicht des Nachfragens zu nehmen. Empfindet er die dargebotenen Informationen als nicht ausreichend um sein Selbstbestimmungsrecht ausüben zu können, sei ihm dies unbenommen, aber er würde dies dann äußern und explizit nachfragen müssen. Auch dies bedingt aber die gut zugängliche Verfügbarkeit einer zuverlässigen Risiko-Datenbank.

Dieser Ansatz würde auch eine Individualisierung der Patientenaufklärung ermöglichen, wie sie von der Rechtsprechung gefordert wird. Je nach Lebenssituation des Patienten könnten bei den zwei bis vier typischen Risiken eher diese oder jene mit aufgenommen oder betont werden. Bisher entsteht der Eindruck, dass ein Jurist unter einer individuellen Aufklärung versteht, dass der Patienten über genau dasjenige Risiko aufgeklärt wird, welches sich später bei ihm verwirklicht. Weil das im Vorfeld unmöglich ist, konnte überhaupt die unglückliche Situation und Diskussion über die Totalaufklärung entstehen.

Letztlich zeigt die Erfahrung, dass ein erkrankter Mensch selten allein deshalb in eine Klinik kommt, um dort sein Selbstbestimmungsrecht auszuüben. Laut Franz sucht er aufgrund der Überforderung durch die Erkrankung stattdessen explizit Orientierung, Rat und Hilfe.<sup>130</sup> Während die Rechtswissenschaft oftmals von einem rationalen Patienten ausgeht, ist die in der Medizin beobachtete Überforderung in einer Erkrankung und die damit ein-

---

129 Für viele: *Deetjen u.a.*, Physiologie, S. 303ff.

130 *Franz und Hansen*, Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht, S. 35.

hergehende Unfähigkeit, eine sinnvolle Entscheidungen zu treffen, in anderen Fachdisziplinen durchaus anerkannt: Die Gesundheitsökonomie geht im Falle einer Erkrankung von einer mangelnden Konsumentensouveränität aus. Breyer bezweifelt, „ob ein Mensch in dieser Lage in das Schema des ‚souveränen Konsumenten‘ passt, der unter den ihm angebotenen Alternativen mittels rationaler Abwägung dasjenige aussucht, das unter Berücksichtigung der damit verbundenen Kosten seinen Nutzen maximiert.“<sup>131</sup>

Die Erfahrung lehrt, dass seltene Risiken in der Wahrnehmung überschätzt und häufige unterschätzt werden. Eine Untersuchung im Bereich der Medikamentennebenwirkungen unterstützt diese These: Während der Terminus „selten“ für Häufigkeiten unter 0,1 % verwendet wird, siedeln Patienten die Bedeutung dieses Wortes bei etwa 8 % Häufigkeit ein.<sup>132</sup> Will man den Patienten gut informieren, ist daher die korrekte Einordnung von Risiken ein wichtiger Bestandteil. Dies wird dadurch erschwert, dass die medizinische Wissenschaft oft Risiken selbst nur mit statistischen Tricks darstellt, um Entscheidungen zu beeinflussen (beispielsweise sog. „mismatched framing“)<sup>133</sup>.

Auch wenn es vielleicht zur Entzauberung der Medizin beiträgt, müssen Unsicherheiten bei der Risikobeurteilung anerkannt und geäußert werden dürfen. Eine vollständige Risikoaufklärung ist nicht nur schwer zu realisieren, es haftet ihr auch eine gewisse Unseriösität an, weil sie suggeriert, dass jedes bekannte Risiko auch ein beherrschbares wäre.

### **III. Aufklärungsinhalte für Ärzte zuverlässig verfügbar machen**

#### **1. Elektronische Datenbank/Wiki**

Wie können die dringend benötigten Informationen über die relevanten Inhalte eines Aufklärungsgesprächs für Ärzte bereitgestellt werden? Der folgende Vorschlag geht davon aus, dass es durchaus viele Ärzte gibt, die sich selbst erarbeitet haben, wie gute Aufklärungsgespräche durchzuführen sind. Dieses Wissen wird derzeit weder festgehalten noch systematisch vermittelt, es bildet gewissermaßen eine brachliegende Ressource. Die Nutzung von digitalen Medien bietet sich hier geradezu an, um diese Ressource zu nutzen. Mit der Entwicklung von Wiki-Systemen stehen bewährte Methoden bereit, um Wissen zu sammeln und zu organisieren.

Die besondere Stärke liegt in der gemeinschaftlichen Arbeit an einem Text: Wenn ein Arzt besondere Expertise in einem Teilbereich der Chirurgie und der entsprechenden Aufklärung hat, kann er dieses Wissen anderen zugänglich machen. Wenn Assistenzarzt A aus

---

131 Breyer u.a., Gesundheitsökonomik, S. 179.

132 Köbberling und Haffner, Med Klin 2006, S. 516 (S. 520).

133 Dazu ausführlich: Wegwarth und Gigerenzer, Deutsches Ärzteblatt 2011, S. A 568-A 570.

dem Fallbeispiel der vorherigen Teile sich durch die Publikationen arbeitet, die er in den Fachdatenbanken gefunden hat, kann er anderen Ärzten diese aufwändige Arbeit ersparen. Dabei kann das System aus sich selbst heraus lernen und sich stetig verbessern: Neue Erkenntnisse können übergangslos mit aufgenommen werden, Fehler korrigiert und alte Informationen überarbeitet oder um Quellen ergänzt werden. Auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wäre gewährleistet, könnten doch Juristen das Wiki mit zusätzlichen Informationen anreichern. Gegen mutwillige Störungen muss eine Registrationspflicht erwägt werden.

Der Anreiz zur Beteiligung könnte darin liegen, dass man für jeden persönlichen Aufwand bei der Systemverbesserung einen Zugang zu einem immensen Wissensschatz erhält. Die Informationen in der Datenbank wären im Idealfall leicht zugänglich, auf den Punkt formuliert, aktuell, zuverlässig und sowohl juristisch als auch medizinisch korrekt.

## **2. (eingestellte) Projekte mit einer vergleichbaren Zielsetzung**

Die vielfältigen Probleme bei der Patientenaufklärung wurden bereits mehrfach erkannt. Wie bereits erörtert, gibt es aber nahezu keine spezifische und suffiziente Standardlektüre zum Thema Patientenaufklärung. Eine Ausnahme bildet das ebenso innovative wie herausstechende Buch „Patientenaufklärung in der Urologie“<sup>134</sup>. Es hat sich zum Ziel gesetzt, für jeden urologischen Eingriff eine kurze Beschreibung und die aufklärungspflichtigen Risiken, gegebenenfalls mit Anmerkungen, zusammen zu stellen. Dabei kam ihm sicherlich zu Gute, dass die Urologie zu den „kleinen“ operativen Fächern zählt, das Gebiet also prinzipiell besser überschaubar ist als die weitläufige Chirurgie. Das Buch ist derzeit ausschließlich antiquarisch erhältlich und nie in einer Neuauflage erschienen. In seinem Aufbau könnte es aber eine Inspiration für die Erstellung einer elektronischen Datenbank sein.

Von 1986 bis 1987 erschien auf Initiative von Erwin Deutsch und anderen eine Entscheidungssammlung zu „Aufklärung und Einwilligung im Arztrecht (ESA)“<sup>135</sup>. Die Zielsetzung dieser Entscheidungssammlung ist in weiten Teilen mit der Idee eines Wikis vergleichbar, nämlich die verstreuten Informationen über Aufklärung und Haftung zu sammeln und leicht zugänglich zu machen. Dieses Projekt wurde aber bereits nach der ersten Ergänzungslieferung eingestellt, im Nachhinein betrachtet war es wohl seiner Zeit voraus.

Aus der selben Zeit datiert ein damals innovatives Projekt der Orthopädischen Universitätsklinik Essen zur computergestützten Patientenaufklärung<sup>136</sup>. Hier wurde mit Hilfe einer

---

134 *Siebels*, Patientenaufklärung in der Urologie.

135 *Deutsch*, Aufklärung und Einwilligung im Arztrecht (ESA).

136 Veröffentlicht von *Müller u.a.*, Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete 1989, S. 625.

elektronischen Datenbank eine Checkliste am Bildschirm angezeigt, über welche Risiken aufzuklären sei. Diese Checkliste ließ sich ausdrucken und zum Zweck der Dokumentation unterschrieben archivieren. In der Veröffentlichung im Jahre 1989 wird deutlich, dass hier Beweissicherung und Abwehr von Klagen die führende Motivation waren, und nicht die Orientierung an Patientenbedürfnissen. Im Jahr 2001 wurde das System wohl noch verwendet<sup>137</sup>, allerdings hat es nie eine Breitenwirkung erzielt.

#### ***IV. Ergebnis: Neue Impulse***

Aufklärung darf nicht zu einem Selbstzweck verkommen. Auf Einzelfallentscheidungen lässt sich schwerlich eine vollständige Aufklärungstheorie gründen. Bei der Frage, wie Ärzten die dringend benötigten Informationen zuverlässig zur Verfügung gestellt werden könnten, kommt man an einer Diskussion nicht vorbei, welche Informationen überhaupt bei einer guten Aufklärung vermittelt werden müssen.

Hier ist eine stärkere Orientierung an den Patientenbedürfnissen zu fordern. Weder Medizin noch Rechtsprechung konnte diese bisher zufriedenstellend erfassen. Dass Patienten sich an die Inhalte von Aufklärungsgesprächen später nicht erinnern können, ist wohl weniger den Ärzten anzulasten, als vielmehr der typisch menschlichen Eigenart, eine Informationsflut in belastenden Situationen nicht aufnehmen zu können. Dies anzuerkennen, wäre ein Meilenstein in der Patientenaufklärung. Die Konzentration auf wesentliche, aber dafür zuverlässige Informationen könnte Aufklärungsgespräche wesentlich effektiver machen, ohne die Selbstbestimmung eines Patienten zu beeinträchtigen. Dieses Konzept geht aber nur auf, wenn alle beteiligten Unwägbarkeiten anerkennen, anstatt sie zu leugnen.

Schließlich müssen die benötigten Aufklärungsinhalte für Ärzte leicht zugänglich, aktuell und zuverlässig sowie sowohl juristisch als auch medizinisch korrekt sein. Eine elektronische Datenbank in Form eines Wikis hätte an dieser Stelle gute Voraussetzungen, um den vorhandenen Wissensschatz in der Medizin zu sammeln, zu systematisieren, und stetig zu verbessern. Einige viel versprechende, aber letztlich leider eingestellte Projekte weisen bereits in eine entsprechende Richtung.

---

137 Müller, in: Risiko Aufklärung, S. 43ff.

## **E. Zusammenfassung/Ergebnisthesen**

### ***I. Einleitung***

- § 1 Die Medizin verfügt aus sich selbst heraus weder in Wissenschaft noch Praxis über einen Konsens bei der Patientenaufklärung. Dieses Vakuum wurde und wird durch eine historisch gewachsene, detailliert ausgestaltete Rechtsprechung gefüllt.
- § 2 Die aktuellen Regelungen zur richtigen Durchführung eines Aufklärungsgesprächs sind fachfremd, daher mitunter unübersichtlich und widersprüchlich und gerade dem ärztlichen Berufsanfänger schwer zugänglich.
- § 3 Statt der Aufklärung des Sachverhalts stehen in Arzthaftungsprozessen oft Konflikte auf dem genuin juristischen Feld der Beweislastfragen im Vordergrund, was regelmäßig zu Unmut bei Ärzten und Patienten führt.
- § 4 Die Aufklärungsthematik wird zusätzlich durch eine Vielzahl von Detailfragen verkompliziert, die in jahrelangen Rechtsstreitigkeiten anhand von wenigen Einzelfällen entwickelt wurden.
- § 5 Anstatt die hohen Anforderungen an Aufklärungsgespräche zu beklagen, ist die Medizin als Wissenschaft aufgerufen, diese Anforderungen mitzugestalten. Dazu müssen die Anforderungen zunächst überprüft und die Erfüllbarkeit untersucht werden.

### ***II. Anforderungen an ein Aufklärungsgespräch***

- § 6 Die Pflicht zur Aufklärung eines Patienten ergibt sich aus diversen ethischen, juristischen und medizinischen Grundlagen.
- § 7 Als einzige sichere Quelle zur Information über Ansprüche an ein Aufklärungsgespräch steht allein die umfangreiche Rechtsprechung zur Verfügung, welche durch juristische Fachliteratur flankiert wird.
- § 8 Die häufig zu findende Empfehlung zur Aufklärung „im Großen und Ganzen“ ist ungenügend und wenig praxistauglich. Eine fehlende Aufklärung über extrem seltene Risiken ist in diversen Fällen haftungsrelevant geworden.
- § 9 Aus juristischer Sicht sind typische Risiken unabhängig von der Komplikationsrate aufklärungspflichtig, wenn sie mit der Eigenart eines Eingriffs spezifisch verbunden sind und bei einer Verwirklichung die Lebensführung des Patienten nachhaltig belasten. Die bislang undefinierten atypischen Risiken sind in Abhängigkeit von der Komplikationsrate aufklärungspflichtig.
- § 10 Das schwerste Risiko eines Eingriffs (umgangssprachlich „worst case“-Szenario) ist grundsätzlich aufklärungspflichtig. Allgemein bekannte Risiken können genannt wer-

den, sind aber nicht generell aufklärungspflichtig.

§ 11 Alle Bemühungen um eine vollständige Aufklärung werden juristisch durch den Vorwurf der Übermaßaufklärung gedeckelt.

§ 12 Der behandelnde Arzt oder ein von ihm beauftragter Vertreter muss den Patient in einem persönlichen Gespräch unter Einhaltung einer angemessenen Frist aufklären.

### **III. Erfüllbarkeit der Anforderungen**

§ 13 Arztrecht und Arzthaftungsrecht finden in den unterschiedlichen Bestimmungen zur ärztlichen Ausbildung kaum Beachtung, im aktuellen Gegenstandskatalog für die Ärztliche Prüfung sind sie nicht einmal aufgeführt.

§ 14 Lehrbücher der Chirurgie enthalten in der Regel einige grundsätzliche Informationen zur Patientenaufklärung, gelegentlich sind aber auch irreführende oder falsche Informationen enthalten. Für den Patienten relevante typische Risiken lassen sich hier nicht finden.

§ 15 Chirurgische Fachliteratur enthält zumindest in Ansätzen Informationen über typische Operationsrisiken, diese sind jedoch uneinheitlich und zeigen wenig Überschneidungen.

§ 16 In Fachdatenbanken lassen sich unter Umständen Publikationen zu typischen Risiken und deren Häufigkeiten finden, im gewählten Beispiel waren die Daten allerdings veraltet. Sichtung, Bewertung und Auswertung der Publikationen ist ein zeitaufwendiger Prozess.

§ 17 Mündliche Aufklärungsanweisungen kommen in der Praxis wohl häufig vor, können aber wegen Unvollständigkeit, fehlender Systematik und unklarer Kontrolle nicht überzeugen.

§ 18 Aufklärungsformulare bieten den höchsten Informationsgehalt an typischen Risiken, stehen aber auf Grund der Gefahr der Vernachlässigung des eigentlichen Aufklärungsgesprächs fortwährend in der Kritik.

§ 19 Mit den derzeit zur Verfügung stehenden Mitteln ist es nicht möglich, eine Aufklärung durchzuführen, die juristischen Ansprüchen genügt, ohne gleichzeitig zum reinen Selbstzweck ohne Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen zu werden.

#### **IV. Neue Impulse**

- § 20 In Anbetracht der vielfältigen Probleme bei der Patientenaufklärung und ihrer hohen Bedeutung ist der Berufsstand der Ärzte dazu aufgerufen, die Gestaltung der Aufklärung nicht defensiv, sondern aktiv, kreativ und interdisziplinär anzugehen.
- § 21 Ein gutes Aufklärungsgespräch setzt die Informiertheit des Arztes voraus. Bei der Frage, wie Ärzte hier unterstützt werden können, muss auch die Frage beantwortet werden, welche Informationen ein Patient für eine selbstbestimmte Entscheidung benötigt, damit die Patientenaufklärung nicht zu einem Selbstzweck wird.
- § 22 Aufklärung sollte weniger an medizinischen oder juristischen Kriterien ausgerichtet sein, sondern die Bedürfnisse eines Patienten berücksichtigen. Eine Konzentration auf wesentliche Informationen ist unbedingt zu fordern. Wünscht ein Patient darüber hinausgehende Informationen, ist das ohne jeden Zweifel sein Recht, eine gewisse Mitwirkungspflicht sollte dann aber anerkannt werden.
- § 23 Wiki-Systeme verfügen über ideale Voraussetzungen, um das in der praktizierten Medizin verfügbare Wissen über Aufklärung zu sammeln und zu organisieren.
- § 24 Ein Wiki kann sich im Verlauf der Zeit beständig verbessern und aktualisieren. Auch eine interdisziplinäre Betreuung könnte gewährleistet werden.
- § 25 Ein Wiki ließe sich nutzen, um sich als Arzt vor einem Aufklärungsgespräch ohne Hindernisse auf den Punkt aktuell und zuverlässig zu informieren.



## Literaturverzeichnis

- Bepfel, Antje: Ärztliche Aufklärung in der Rechtsprechung, Göttingen: Univ.-Verl. Göttingen (Universitätsdrucke Göttingen) (1999).
- Berchtold, Rudolf; Bruch, Hans-Peter; Trentz, Otmar: Chirurgie. Mit 335 Tabellen und 343 Praxisfragen. 6. Aufl., München: Elsevier Urban & Fischer (2008).
- Bergmann, Karl Otto; Wever, Carolin: Die Arzthaftung. Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen. 3. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer (2009).
- Böttner, Friedrich: Facharztkompendium Orthopädie und Unfallchirurgie. Alles was Sie für den neuen Facharzt wissen sollten. 3. Aufl., Berlin: OrthoForum (2009).
- Breyer, Friedrich; Kifmann, Mathias; Zweifel, Peter: Gesundheitsökonomik. Fünfte, überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer (2005).
- Deetjen, Peter; Alzheimer, Christian; Deetjen-Speckmann-Hescheler: Physiologie. Mit 88 Tabellen ; plus CD-ROM mit Prüfungsfragen und allen Abbildungen ; [Lern-Tipp: nach neuer AO]. 4. Aufl., München: Elsevier Urban & Fischer (2005).
- Dettmeyer, Reinhard: Medizin & Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt. 2. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer (2006).
- Deutsch, Erwin (Hg.): Aufklärung und Einwilligung im Arztrecht (ESA).  
Entscheidungssammlung - Deutsche Urteile seit 1894, Berlin: Springer (MedR, Schriftenreihe Medizinrecht) (1986)
- Deutsch, Erwin; Spickhoff, Andreas: Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht. 6. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer (2008).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft: Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen. 5. Aufl., Düsseldorf: Dt. Krankenhaus-Verl.-Ges (Arbeitshilfen der DKG) (2008).
- Dziawas, Rainer; Sörös, Peter; Henningsen, Henning (2002): Informed Consent im klinischen Alltag – eine pragmatische Interpretation. Ethik in der Medizin 14 (3), S. 151. DOI: 10.1007/s00481-002-0165-6.
- Ehlers, Alexander: Die ärztliche Aufklärung vor medizinischen Eingriffen, Köln, München: Heymann (Arzt-, Krankenhaus- und Gesundheitsrecht, 5) (1986),

- Eickhoff, Ulrich; Fenger, Hermann; Eickhoff-Fenger: Chirurgie und Recht. Mit 7 Checklisten, Berlin: Springer (Facharzt und Recht) (2004).
- Ernst, Gerhard (2008): Patientenverfügung, Autonomie und Relativismus. Ethik in der Medizin 20 (3), S. 240. DOI: 10.1007/s00481-008-0568-0.
- Franz, Karljosef; Hansen, Karl-Justus: Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht. 2. Aufl., München: Marseille (1997).
- Fraser, A. G.; Dunstan, F. D. (2010): On the impossibility of being expert. British Medical Journal 341, S. 1314. DOI: 10.1136/bmj.c6815.
- Gödicke, Patrick (2006): Aufklärungsumfang und Aufklärungsweg bei fremdnützigen Blutspenden. Medizinrecht 24 (10), S. 568. DOI: 10.1007/s00350-006-1762-z.
- Heberer, Jörg; Hüttl, Peter (2010): Patientenaufklärung/ präoperative Aufklärung. Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin 81 (2), S. 167. DOI: 10.1007/s00104-009-1848-z.
- Henne-Bruns, Doris; Kremer, Bernd; Dürig, Michael; Barth, Harald: Chirurgie. 3. Aufl., Stuttgart: Thieme (Duale Reihe) (2008).
- Hesse, Mark (2011): Aufklärung und Einwilligung vor ärztlichen Eingriffen: Wer muss wen aufklären? Rechtsdepesche für das deutsche Gesundheitswesen (5), S. 258.
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2011): Recht und Medizin – Herausforderungen für den Berufsstand. Medizinrecht 29 (4), S. 216. DOI: 10.1007/s00350-011-2877-4.
- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (Hg.) (2011): IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP-GK 2). für den schriftlichen Teil des zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung. Online verfügbar unter [http://www.impp.de/IMPP2010/pdf/gk2\\_2011.pdf](http://www.impp.de/IMPP2010/pdf/gk2_2011.pdf), zuletzt aktualisiert am 22.03.2005, zuletzt geprüft am 21.03.2012.
- Kaelin, André; Rüter, Axel; Duparc, Jacques: Beckenring und Hüfte. 1. Aufl., München: Elsevier Urban & Fischer (Chirurgische Techniken in Orthopädie und Traumatologie, 6) (2005).
- Karavias, Theophanis: Chirurgie fürs Examen. Sicher durch die mündlich-praktische Prüfung ; mit zahlreichen Falldarstellungen, unter Berücksichtigung der neuen ärztlichen Approbationsordnung, Stuttgart: Schattauer (2004).

- Kloeters, Oliver; Müller, Michael W.: Crashkurs Chirurgie. Repetitorium mit Einarbeitung der wichtigsten Prüfungsfakten. 2. Aufl., München: Elsevier Urban & Fischer (GK) (2007).
- Knoche, Joachim (1989): Nebenwirkungen überzogener Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht - Eine Analyse der juristisch-medizinischen Wechselbeziehung. *Neue Juristische Wochenschrift* 42 (12), S. 757.
- Knofler, E. W.; Bethge, R. (1977): Risiken der Hüftendoprothesenplastik. *Beiträge zur Orthopädie und Traumatologie* 24 (12), S. 689.
- Köbberling, Johannes; Haffner, Steffen (2006): Rechtssicherheit und Rechtspraxis bei der Risikoaufklärung vor Arzneimittelgabe. *Medizinische Klinik* 101 (6), S. 516. DOI: 10.1007/s00063-006-1073-1.
- Kremer, K; Lierse, W; Platzer, W; Schreiber, H W; Weller, S (Hg.) (1995): Chirurgische Operationslehre. Spezielle Anatomie, Indikationen, Technik, Komplikationen. In 10 Bänden. 10 Bände, Stuttgart: Thieme.
- Kuhlmann, Ellen (1999): Im Spannungsfeld zwischen Informed Consent und konfliktvermeidender Fehlinformation: Patientenaufklärung unter ökonomischen Zwängen. Ergebnisse einer empirischen Studie. *Ethik in der Medizin* 11 (3), S. 146. DOI: 10.1007/s004810050070.
- Largiadèr, Felix; Saeger, Hans Detlev; Trentz, Otmar; Aigner, Franz: Checkliste Chirurgie. 198 Tabellen. 9. Aufl., Stuttgart: Thieme (Checklisten der aktuellen Medizin) (2008).
- mediscript DVD (2011): Hammerexamen 10/2006 - 04/2011. 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, München: Urban & Fischer in Elsevier.
- Müller, Gerda (2009): Ärztliche Kompetenz und Patientenautonomie. *Medizinrecht* 27 (6), S. 309. DOI: 10.1007/s00350-009-2416-8.
- Müller, Markus: Chirurgie für Studium und Praxis. Unter Berücksichtigung des Gegenstandskataloges und der mündlichen Examina in den Ärztlichen Prüfungen. 9. Aufl., Breisach am Rhein: Medizinische Verlags- und Informationsdienste (2007).
- Müller, Reinhold Traugott (2001): Computergestützte Patientenaufklärung. In: Thomas Ratajczak und Karl-Otto Bergmann (Hg.) Risiko Aufklärung. Schmerzensgeld trotz Behandlungserfolg - Wohin führt die Rechtsprechung? Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht; Kölner Symposium; Kölner Symposium der

Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht. Berlin: Springer (MedR, Schriftenreihe Medizinrecht), S. 43.

Müller, RT; Konermann, H; Schöppe, G (1989): Sicherung und Nachweis der einwandfreien und vollständigen Aufklärung. Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete 127 (5), S. 625.

Pentz, Vera (2011): Tendenzen der neueren höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Arzthaftung. Medizinrecht 29 (4), S. 222. DOI: 10.1007/s00350-011-2878-3.

Ratajczak, Thomas (2001): Der Schweinezyklus in der Aufklärungsrechtsprechung. In: Thomas Ratajczak und Karl-Otto Bergmann (Hg.) Risiko Aufklärung. Schmerzensgeld trotz Behandlungserfolg - Wohin führt die Rechtsprechung? Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht; Kölner Symposium; Kölner Symposium der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht. Berlin: Springer (MedR, Schriftenreihe Medizinrecht), S. 1.

Regensburger, Dieter; Costard-Jaeckle, Angelika: Chirurgie systematisch. 2. Aufl., Bremen: UNI-MED Verlag (Klinische Lehrbuchreihe) (2005).

Reifferscheid, Martin; Weller, Siegfried; Bilow, Henning: Chirurgie. 122 Tabellen. 8. Aufl., Stuttgart: Thieme (1989).

Schelling, Philip; Erlinger, Rainer (2003): Die Aufklärung über Behandlungsalternativen. Eine Besprechung der Urteile des OLG Nürnberg vom 6.11.2000 (MedR 2001, 577) und vom 29.5.2000 (MedR 2002, 29) sowie des Urteils des OLG Dresden vom 17.5.2001 (VersR 2002, 440). Medizinrecht 21 (6), S. 331.

Schmidt, Eike (2007): Der ärztliche Behandlungsfehler im Spannungsfeld zwischen medizinischem Versagen und juristischer Problembearbeitung – zu den unerlässlichen rechtsdogmatischen Vorgaben für eine verlässliche Konfliktbearbeitung. Medizinrecht 25 (12), S. 693. DOI: 10.1007/s00350-007-2070-y.

Schultze-Zeu, Ruth: Anspruch auf Schmerzensgeld und Schadensersatz bei fehlerhafter Aufklärung.

Online verfügbar unter [www.ratgeber-](http://www.ratgeber-)

[arzthaftung.de/Aufklaerungsfehler\\_Haftung\\_050820/index.htm](http://arzthaftung.de/Aufklaerungsfehler_Haftung_050820/index.htm), zuletzt geprüft am 25.05.2012.

- Schumpelick, Volker: Operationsatlas Chirurgie. Unter Mitarbeit von Gisela Tambour. 3. Aufl., Stuttgart: Thieme (2009).
- Schumpelick, Volker; Arlt, Georg; Junge, Karsten: Kurzlehrbuch Chirurgie. 187 Tabellen. 8. Aufl., Stuttgart: Thieme (2010).
- Schwenk, W.; Eyssel, M.; Badke, A.; Hucke, H. P.; Stock, W. (1994): Risikoanalyse der primären endoprothetischen Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen. Unfallchirurgie 20 (4), S. 216.
- Siebels, Michael: Patientenaufklärung in der Urologie. Risiken und Komplikationen, Berlin: Springer (2001).
- Siewert, Jörg R.; Brauer, Robert Bernhard: Basiswissen Chirurgie. 2. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer (2010).
- Siewert, Jörg R.; Allgöwer, Martin; Bumm, Rudolf: Chirurgie. Mit integriertem Fallquiz - 40 Fälle nach neuer AO ; mit 182 Tabellen. 8. Aufl., Heidelberg: Springer (2006).
- Simank, H. G.; Chatzipanagiotis, C.; Kaps, H. P. (1996): Die Komplikationsrate nach Trochanterosteotomie bei Hüfttotalendoprothesen. Eine retrospektive Studie und Fehleranalyse. Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete 134 (5), S. 457. DOI: 10.1055/s-2008-1037438.
- Souza-Offtermatt, Gerlind; Nolde, Jan: Intensivkurs Chirurgie. Mit 306 Tabellen. 1. Aufl., München: Elsevier Urban & Fischer (2004).
- Wegwarth, Odette; Gigerenzer, Gerd (2011): Nutzen und Risiken richtig verstehen. Deutsches Ärzteblatt 108 (11), S. A 568-A 570.
- Weidinger, Patrick (2006): Aus der Praxis der Haftpflichtversicherung für Ärzte und Krankenhäuser – Statistik, neue Risiken und Qualitätsmanagement. Medizinrecht 24 (10), S. 571. DOI: 10.1007/s00350-006-1763-y.
- Zippel, H. von (1990): Multimorbidität und perioperatives Risiko der Hüftgelenkttotalendoprothetik (HTEP). Beiträge zur Orthopädie und Traumatologie 37 (4), S. 193.

## **Rechtsprechungsverzeichnis**

- AG Leipzig, Urteil v. 30.05.2003, Aktenzeichen 17 C 344/03, MedR 21 (10), S. 582.
- BGH, Urteil v. 06.11.1990, Aktenzeichen VI ZR 8/90, MedR 1991, S. 424.
- BGH, Urteil v. 13.09.1994, Aktenzeichen 1 StR 357/94, MedR 1995, S. 80.
- BGH, Urteil v. 15.02.2000, Aktenzeichen VI ZR 48/99, MedR 19 (1), S. 42.
- BGH, Urteil v. 30.01.2001, Aktenzeichen VI ZR 353/99, MedR 19 (8), S. 421.
- BGH, Urteil v. 16.11.2004, Aktenzeichen VI ZR 328/03, MedR 23 (4), S. 226.
- BGH, Urteil v. 14.03.2006, Aktenzeichen VI ZR 279/04, MedR 24 (10), S. 588.
- BGH, Urteil v. 10.10.2006, Aktenzeichen VI ZR 74/05, MedR 26 (5), S. 289.
- BGH, Urteil v. 07.11.2006, Aktenzeichen VI ZR 206/05, BGHZ 169, S. 364.
- BGH, Urteil v. 07.11.2006, Aktenzeichen VI ZR 206 /05, MedR 25 (3), S. 169.
- BGH, Urteil v. 19.10.2010, Aktenzeichen VI ZR 241/09, MedR 29 (4), S. 244.
- KG Berlin, Urteil v. 08.05.2008, Aktenzeichen 20 U 202/06, MedR 27 (1), S. 47.
- LSG RLP, Urteil v. 18.05.2006, Aktenzeichen L 5 KR 149/05, MedR 24 (12), S. 740.
- OLG München, Urteil v. 23.06.1994, Aktenzeichen 1 U 7286/93, VersR 1995, S. 95.
- OLG München, Urteil v. 21.09.2006, Aktenzeichen 1 U 2175/06, MedR 25 (10), S. 601.

## **Angaben zum Autor:**

Dr. med. Johannes T. Höcker studierte Medizin in Mainz und Aachen und absolvierte anschließend den Masterstudiengang Medizin-Ethik-Recht an der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg. Er ist gegenwärtig Arzt am Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg (Wümme) in der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin.

**In dieser Reihe sind bisher folgende Bände erschienen:**

- Band 1 Prof. Dr. Gerfried Fischer „Medizinische Versuche am Menschen“, 2006
- Band 2 Verena Ritz „Harmonisierung der rechtlichen Regelungen über den Umgang mit humanen embryonalen Stammzellen in der EG: Bioethik im Spannungsfeld von Konstitutionalisierung, Menschenwürde und Kompetenzen“, 2006
- Band 3 Dunja Lautenschläger „Die Gesetzesvorlagen des Arbeitskreises Alternativentwurf zur Sterbehilfe aus den Jahren 1986 und 2005“, 2006
- Band 4 Dr. Jens Soukup, Dr. Karsten Jentsch, Prof. Dr. Joachim Radke „Schließen sich Ethik und Ökonomie aus“, 2007
- Band 5 Prof. Dr. Hans Lilie (Hrsg.) „Patientenrechte contra Ökonomisierung in der Medizin“, 2007
- Band 6 Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG)
- Auszug aus dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG)
- Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz - TFG), 2007
- Band 7 Dr. Erich Steffen „Mit uns Juristen auf Leben und Tod“, 2007
- Band 8 Dr. Jorge Guerra Gonzalez, Dr. Christoph Mandla „Das spanische Transplantationsgesetz und das Königliche Dekret zur Regelung der Transplantation“, 2008
- Band 9 Dr. Eva Barber „Neue Fortschritte im Rahmen der Biomedizin in Spanien: Künstliche Befruchtung, Präembryonen und Transplantationsmedizin“ und „Embryonale Stammzellen - Deutschland und Spanien in rechtsvergleichender Perspektive“, 2008
- Band 10 Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel „Was ist der Mensch? Gedanken zur aktuellen Debatte in der Transplantationsmedizin aus ethischer Sicht“
- Prof. Dr. Hans Lilie „10 Jahre Transplantationsgesetz - Verbesserung der Patientenversorgung oder Kommerzialisierung?“, 2008
- Band 11 Prof. Dr. Hans Lilie, Prof. Dr. Christoph Fuchs „Gesetzestexte zum Medizinrecht“, 3. Auflage, 2011
- Band 12 PD Dr. Matthias Krüger „Das Verbot der post-mortem-Befruchtung - § 4 Abs. 1 Nr. 3 Embryonenschutzgesetz –Tatbestandliche Fragen, Rechtsgut und verfassungsrechtliche Rechtfertigung“, 2010

- Band 13 Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Dr. Marlis Hübner „Ärztlich assistierter Suizid - Tötung auf Verlangen. Ethisch verantwortetes ärztliches Handeln und der Wille des Patienten“, 2010
- Band 14 Philipp Skarupinski „Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Notwendigkeit einer Kinderarzneimittelforschung vor dem Hintergrund der EG-Verordnung 1901/2006“, 2010
- Band 15 Stefan Bauer „Indikationserfordernis und ärztliche Therapiefreiheit: Berufsrechtlich festgelegte Indikation als Einschränkung ärztlicher Berufsfreiheit? Dargestellt am Beispiel der Richtlinie zur assistierten Reproduktion“, 2010
- Band 16 Heidi Ankermann „Das Phänomen Transsexualität – Eine kritische Reflexion des zeitgenössischen medizinischen und juristischen Umgangs mit dem Geschlechtswechsel als Krankheitskategorie“, 2010
- Band 17 Sven Wedlich „Konflikt oder Synthese zwischen dem medizinisch ethischen Selbstverständnis des Arztes und den rechtlich ethischen Aspekten der Patientenverfügung“, 2010
- Band 18 Dr. Andreas Walker „Platons Patient – Ein Beitrag zur Archäologie des Arzt-Patienten-Verhältnisses“, 2010
- Band 19 Romy Petzold „Zu Therapieentscheidungen am Lebensende von Intensivpatienten – eine retrospektive Analyse“, 2010
- Band 20 Dr. Andreas Linsa „Autonomie und Demenz“, 2010
- Band 21 Stephanie Schmidt „Die Beeinflussung ärztlicher Tätigkeit“, 2010
- Band 22 Dr. Cerrie Scheler „Der Kaiserschnitt im Wandel – von der Notoperation zum Wunscheingriff“, 2010
- Band 23 Lysann Hennig „Wenn sich Kinder den Traumkörper wünschen – Schönheitsoperationen, Piercings und Tätowierungen bei Minderjährigen“, 2010
- Band 24 Dr. Michael Lehmann „Begründen und Argumentieren in der Ethik“, 2011
- Band 25 Dr. Susanne Kuhlmann „Der Dialyseabbruch: Medizinische, ethische und juristische Aspekte“, 2011
- Band 26 Dr. Katharina Eger „Off-label use - Eine Übersicht mit Beispielen aus dem Fachgebiet Neurologie“, 2011
- Band 27 Annette Börner „Die Macht der Sachverständigen im Arzthaftungsfall - Rolle und Auswirkungen der Sachverständigengutachten unter besonderer Berücksichtigung von Medizin, Ethik und Recht“, 2011
- Band 28 Susanne Weidemann „Von der Wirkmacht der Messwerte. Überlegungen zum verschwundenen Einzelfall in der medizinischen Praxis“, 2011



- Band 29 Christian Albrecht „Das Patientenverfügungsgesetz - Eine Bilanz der praktischen Umsetzung“, 2011
- Band 30 Dr. Erich Steffen „Macht und Ohnmacht des Richters im Arzthaftungsrecht“, 2011
- Band 31 Franziska Kelle „Widerspruchslösung und Menschenwürde Eine verfassungsrechtliche Untersuchung zur Begründbarkeit einer Organspendepflicht und zur Vereinbarkeit von Menschenwürde und Widerspruchslösung unter Berücksichtigung ethischer und medizinischer Aspekte“, 2011
- Band 32 Maria Busse „Transsexualität als Krankheit? Einordnung im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung unter Berücksichtigung medizinischer und ethischer Aspekte“, 2011
- Band 33 Dr. Daniel Ammann „Psychotherapie im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine interdisziplinäre Analyse struktureller Versorgungsprobleme und möglicher sozialrechtlicher Lösungsansätze insbesondere am Beispiel der unipolaren Depression und der Borderline-Persönlichkeitsstörung“, 2011
- Band 34 Clemens Heyder „Das Verbot der heterologen Eizellspende“, 2012
- Band 35 Dr. Uta Baddack „Der Patient zwischen Autonomie und Compliance“, 2012
- Band 36 Andreas Raschke „Der intensivpflichtige Patient und die ärztliche Schweigepflicht“, 2012
- Band 37 Prof. Dr. Klaus Peter Rippe „Ethik der Tierversuche Auf der Suche nach einem neuen Paradigma“, 2012
- Band 38 Johannes Zins „Altersabhängige Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen“, 2012
- Band 39 Marlen Asch, „Personale Selbstbestimmung und Identität bei Demenzkranken Eine Interdisziplinäre Analyse“, 2012
- Band 40 Dr. Claudia C. Hülsemann, „Composite Tissue. Medizinische Möglichkeiten, rechtliche Grundlagen und ethische Implikationen“, 2012
- Band 41 Julia Reimers, „Substitution im Strafvollzug - Eine Betrachtung unter medizinischen, ethischen und rechtlichen Gesichtspunkten“, 2013
- Band 42 Robert Briske, „Die Patentierbarkeit von menschlichen embryonalen Stammzellen“, 2012
- Band 43 Anna Genske, Robert Briske, Jorma Brünner, Sven Mühlberg, Andreas Raschke, "Die Beratung bei der Erstellung von Vorsorgeverfügungen - ein Leitfaden", 2012
- Band 44 Anna Genske, "Drittnützige Studien mit bewusstlosen Intensivpatienten - Legitimation und Grenzen", Erscheint demnächst

Band 45 Anja Thyrolf, „Ambient Assisted Living, Möglichkeiten, Grenzen und Voraussetzung einer gerechten Verteilung altersgerechter Assistenzsysteme“, 2013