

## Patientenaufklärung in der Anästhesiologie

### Zusammenfassung

Jeder Eingriff in die körperliche Integrität eines anderen Menschen stellt eine Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzbuchs dar; dabei wird der medizinische Eingriff miteingeschlossen. Der Arzt muss im Sinne des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten eine Einwilligung des Patienten vor einem Eingriff einholen. Die Einwilligung setzt eine adäquate Information des Patienten zu den geplanten Interventionen voraus. Neben den medikolegalen Gesichtspunkten der Patientenaufklärung (wer darf aufklären, zu welchem Zeitpunkt und über welchen Umfang soll aufgeklärt werden, über welche Risiken muss informiert werden, wie geht man mit Sprachbarrieren und speziellen Patientengruppen um, wie dokumentiert man das Aufklärungsgespräch?) werden Themen der Arzt-Patienten-Beziehung, des Nocebo- und Placebo-Effektes des Aufklärungsgesprächs, der unbewussten und bewussten Übertragungsreaktionen sowie Möglichkeiten zur ärztlichen Weiter- und Fortbildung im Bereich der Patientenaufklärung dargestellt. Besondere Herausforderungen an ein gutes Aufklärungsgespräch in den bilateralen Wahrnehmungen von Arzt und Patient sind zu beachten. Diese sind sowohl den hierfür notwendigen adäquaten Räumlichkeiten als auch dem vorgegebenen Zeitrahmen geschuldet. Dabei wird der Balance zwischen Risikoaufklärung auf der einen Seite und Verunsicherung oder gar Verängstigung durch das optimierte

## Informed consent in anaesthesiology

H. Bürkle · N. Schallner

► **Zitierweise:** Bürkle H, Schallner N: Patientenaufklärung in der Anästhesiologie. Anästh Intensivmed 2020;61:320–328. DOI: 10.19224/ai2020.320

Aufklärungs- und Einwilligungsgespräch auf der anderen Seite versucht Rechnung zu tragen.

### Summary

Any interference with the physical integrity of another person, including medical interventions, constitutes a personal injury according to the Criminal Code. Therefore, in the sense of the right of self-determination of the patient, every physician has to obtain informed consent from the patient before an intervention. Without an informed consent, there is no legal certainty for the attending physician in cases of any claims. This is even more important once alternative methods would have been possible for the performed intervention or if the procedure even entails a complication. In addition to the important medicolegal aspects of patient informed consents (who should inform, at what time and to what extent should informed consent being employed, about which risks should one inform, how to deal with language barriers and special patient groups, and how to document obtainment of informed consent), the topics of the doctor-patient relationship, the nocebo and placebo effect of medical communication, the unconscious and conscious transference reactions as well as possibilities for further medical education in the field of patient consent are also presented. Special challenges for a bilaterally (i.e. the doctor's and the patient's perspective) well perceived medical communication are usually

### Zertifizierte Fortbildung

### CME online

BDA- und DGAI-Mitglieder müssen sich mit ihren Zugangsdaten aus dem geschlossenen Bereich der BDA- und DGAI-Webseite unter der Domain [www.cme-anesthesiologie.de](http://www.cme-anesthesiologie.de) anmelden, um auf das Kursangebot zugreifen zu können.

\* Im gesamten Text wurde zur Vereinfachung fast ausschließlich mit Ausnahme der Geburtshilflichen Anästhesie die männliche Schreibform verwendet.

### Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

### Schlüsselwörter

Aufklärung – Patientenrechtegesetz – Risikoaufklärung – Sicherungsaufklärung – Aufklärungszeitpunkt – Minderjährige – Aufklärungskompetenz

### Keywords

Informed consent – Patients' rights – Perioperative risk – Medical communication

shortage of time for the premedication and consent discussion, inadequate office space in which such a conversation takes place and the problem of how to balance between explaining the risks on the one hand and uncertainty or even frightening the patient by naming possible or real individual-specific risks on the other hand during the information discussion.

## Einführung

Vor einer ärztlichen Intervention, wie sie zum Beispiel im Rahmen von anästhesiologischen oder intensivmedizinischen Maßnahmen stattfindet, muss der Patient umfassend über die geplante Form der Anästhesie für den operativen Eingriff, über mögliche Komplikationen und eventuell mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt werden [1]. Mit Inkrafttreten des **Patientenrechtegesetzes** im Februar 2013 ist diese Aufklärungsverpflichtung sowohl gesetzlich im Bürgerlichen Gesetzbuch (**BGB; § 630e BGB, ferner § 630c BGB**) als auch über die Berufsordnung des Arztes geregelt [2].

In § 630c Abs. 2 S. 1 BGB ist durch das sogenannte Patientenrechtegesetz formuliert:

**„Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen“. Und weiter heißt es unter § 630e Abs. 1 S. 3 BGB: „Auch auf Alternativen zu der Maßnahme ist hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden innerhalb des medizinischen Standards zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können“.**

Auch **individuelle Besonderheiten** sollen im Aufklärungsgespräch besprochen werden. Letztlich gilt der Wille des Patienten als bindend.

Es ergibt sich aus dem **elementaren Selbstbestimmungsrecht** des Patienten die Pflicht zur ordnungsgemäßen Aufklärung, beispielhaft und zusammenfassend dargelegt für Ärzte in den Ausführungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg:

**Der Patient muss rechtzeitig wissen, was medizinisch mit ihm, mit welchen Mitteln und mit welchen Risiken und Folgen geschehen soll [3].**

Die **Einwilligung** des Patienten begründet sich über die Aufklärung. Ohne diese kann eine nachfolgende Anästhesie rechtswidrig sein. Kommt es zu Komplikationen oder aus anderen Gründen zu einem Streitfall, liegt zunächst die Beweispflicht der korrekt durchgeführten Aufklärung beim behandelnden Arzt. Erfreulicherweise gibt es aus einem jüngsten Urteil des Bundesgerichtshofs Hinweise, dass die Beweisvermutung des § 630h BGB nur für die „medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme“ gilt und „nicht für Dokumentationsmängel der Aufklärung gelten soll“ [1,4].

**Die Aufklärung dient der Achtung der Würde des Patienten und wahrt dessen Selbstbestimmungsrecht an seinem Körper (Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG). Eine wirksame Einwilligung (§ 630d BGB) kann nur nach einer ordnungsgemäßen Aufklärung (§ 630e BGB) erfolgen.**

## Wer darf aufklären?

Die Aufklärung über einen Eingriff kann **nur von einem Arzt** vorgenommen werden, der über eine für diesen Eingriff **notwendige Ausbildung** verfügt (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB). Dem Patienten ist ein vertrauensvolles Gespräch mit dem Arzt zu ermöglichen [5]. Das heißt in der Praxis, dass eine **Delegation des Aufklärungsgesprächs** dann machbar ist, wenn die Kompetenz des Delegaten

überzeugt. Dies schließt Aufklärungsinhalte und Benennungen von Behandlungsalternativen zum vorgeschlagenen Vorgehen ein.

**Die Aufklärung kann durch Ärztinnen und Ärzte vorgenommen werden, welche die Maßnahme selbst nicht durchführen, diese aber sicher beschreiben können.**

Entscheidend ist hierbei, dass der aufklärende Arzt in der Lage ist, die Maßnahmen bezüglich der eingriffsspezifischen Risiken richtig einzuschätzen. Eine **Delegation an nichtärztliches Personal wäre nicht statthaft**. Unruhe brachte ein jüngeres Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Karlsruhe in diese strikte Zuordnung. Nach Auffassung des OLG Karlsruhe kann die Aufklärung einem Medizinstudierenden teilweise übertragen werden. Die im Urteil definierten Anforderungen werden im Medizinrecht sehr kontrovers diskutiert. Bis eine weitere Klärung durch eine höhere Instanz (BGH) erfolgt ist, sollte man sich nicht auf die Gerichtsentscheidung des OLG Karlsruhe verlassen [6].

Um den benannten Anforderungen an die Kontroll- und Überwachungspflichten für die ordnungsgemäße Aufklärung der Patienten in der eigenen Klinik bzw. Praxis zu begegnen, erfolgen regelhaft spezifische Fortbildungen mit Teilnahme-Dokumentationen und einer Dokumentation der Inhalte. Ebenfalls sollten bei Delegationen des Aufklärungsgesprächs – zum Beispiel an Nicht-Fachärzte – die wesentlichen Inhalte, Probleme, Alternativen, Komplikationen und Nebenwirkungen zu den Aufklärungsinhalten mit dem Delegaten vorab besprochen werden. Die Überprüfung des Aufklärungsgesprächs bedeutet ebenfalls, derartige Gespräche regelhaft zu supervidieren. Verfahrensanordnungen zur Aufklärung stellen vor Gericht gewichtige Hinweise zur Frage der ordnungsgemäßen Aufklärung dar.

**Aufklärung ist ärztliche Aufgabe und kann nur an in der Aufklärung kompetente Ärzte delegiert werden.**

## Wer muss aufgeklärt werden? Die Adressaten der Aufklärung

Prinzipiell muss **jeder Patient**, d.h. auch der minderjährige Patient, wenn er Einsichtsfähigkeiten unterliegt, aufgeklärt werden. Eine Geschäftsfähigkeit mit Vorliegen des 18. Lebensjahres ist also keine Grundbedingung. Vielmehr geht es um die Möglichkeiten, die mit dem Eingriff verbundenen Auswirkungen und Risiken als Patient abschätzen und verstehen zu können. Behandelt der Arzt einen Patienten, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, besteht ein **zivilrechtlicher Behandlungsvertrag** zwischen dem Arzt einerseits und dem oder den Sorgeberechtigten des Minderjährigen andererseits. Dies bedeutet auch, dass im Regelfall des gemeinsamen Sorgerechts beider Elternteile bei Minderjährigen Patienten auch beide Elternteile aufgeklärt werden müssen. Es ist aber nach Überprüfung davon auszugehen, dass eine Einsichtsfähigkeit regelmäßig etwa ab dem 14.–15. Lebensjahr vorliegt.

### Ohne Einwilligung eines einsichtsfähigen Minderjährigen kann keine Narkose stattfinden.

In der Routine genügt bei nicht komplexen und nicht mit größeren Risiken assoziierten Eingriffen oder Anästhesien die Aufklärung **eines** Elternteils. Dabei muss festgehalten werden, ob der andere Elternteil mit der Aufklärung und Einwilligung ebenfalls einverstanden ist. Bei Anästhesien für Eingriffe mit höherem Risiko oder größeren Interventionen sollten **beide** Elternteile von Seiten des Arztes aufgeklärt und eine Einwilligung direkt eingeholt werden [7]. Die sogenannte **Dreistufentheorie** des Bundesgerichtshofs (BGH) formuliert, dass sich der Arzt bei erheblichen Risiken – beispielsweise eine drohende lange Morbidität oder gar Letalität bedingt durch die geplante Durchführung des Eingriffs bzw. der Anästhesie – nicht mehr auf das Vertrauensverhältnis gegenüber einem Elternteil verlassen darf. Hier müssen beide Elternteile zum Einverständnis be-

fragt werden [8]. Können sich die Elternteile nicht einigen, ist eine Entscheidung des **Familiengerichts** herbeizuführen (§ 1628 BGB). Beispielhaft für letzten Fall war in unserer Klinik die zeitweilige Übertragung des gesamten Sorgerechts für das Kind auf die Mutter im Rahmen eines größeren Eingriffs mit drohendem Blutverlust und Transfusion. Der Vater war als Angehöriger der Zeugen Jehovas mit einer Transfusion nicht einverstanden. Dies ist über das Familiengericht bei Fällen der Kindeswohlgefährdung möglich (§§ 1666 ff. BGB).

Bei **nicht einwilligungsfähigen** Patienten wird unterschieden zwischen bewusstlosen Patienten und den Bewusstseins eingeschränkten, nicht einwilligungsfähigen Patienten. Bei Ersterem geht der akute Gesundheitsschutz vor, bei Zweitem ist eine Betreuung einzurichten. Wurde einem Betreuer die Verantwortung für die gesundheitlichen Angelegenheiten des Patienten übertragen, aber der Patient ist in Bezug auf die ärztliche Maßnahme in der konkreten Situation noch einwilligungsfähig, hat der Arzt den Patienten aufzuklären (§§ 630d Abs. 1 S. 1, 630e Abs. 1 BGB). Ist der Betreute nicht einwilligungsfähig, so ist der Betreuer aufzuklären (§§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB) [2]. Dieses Vorgehen ist insbesondere für die Aufklärung über notwendige, jedoch nicht akut überlebenswichtige Maßnahmen zum Beispiel in der intensivmedizinischen Versorgung von nicht einwilligungsfähigen Patienten relevant.

### Aufzuklären ist derjenige, der in die ärztliche Maßnahme einwilligen muss – in der Regel ist dies der Patient selbst (§§ 630d Abs. 2, 630e Abs. 1 BGB).

## Womit soll aufgeklärt werden?

In der Regel werden zur Aufklärung **standardisierte Aufklärungsbögen** und nachfolgend zur Dokumentation der Einwilligung ebensolche **Einwilligungsbögen** verwendet. Im Zuge der Digitalisierung werden zunehmend **elektronische Aufklärungshilfen** in Form

von Informationsvideos eingesetzt. Zur besseren Umsetzung der Rechtssprechung sowie zur Organisationserleichterung empfehlen sich professionelle Anbieter mit ihren Dienstleistungen für nicht-digitalisierte und digitalisierte Medienverwendung. Diese kommen den fachgebietsspezifischen und rechtlichen Anforderungen mit hoher Wahrscheinlichkeit nahe. Des Weiteren erfolgen hier – schon aus Selbstschutz der Anbieter – adäquate Anpassungen der Textpassagen bei veränderter Rechtsprechung. Eigenproduktionen sollten unbedingt von Medizinrechtskundigen überprüft und freigegeben werden. Stets hat die Nachfrage beim Patienten zum Verständnis des Inhalts bei allen eingesetzten Aufklärungshilfen zu erfolgen. Dieses wird ebenfalls dokumentiert. In einer kürzlich erschienenen Durchsicht von unterschiedlichen präformierten Aufklärungsbögen wurde kritisch formuliert, dass bei den evaluierten Aufklärungsbögen eine Bewertung „...hinsichtlich ihrer Informationen zu Aktualität und Verlässlichkeit nur bedingt möglich ist und dass das Abwägen unterschiedlicher Behandlungsoptionen nicht durch eine numerische Darstellung von Nutzen und Schaden unterstützt wird...“ [9]. Aus Sicht der Autoren trifft dies für unser Fachgebiet in Teilen ebenfalls zu (z.B. Organunterstützungsverfahren, Ultraschall in der Regionalanästhesie, transthorakale bzw. transösophageale Echokardiographie). Formulare können das Aufklärungsgespräch vorbereiten und die notwendige Dokumentation der Aufklärung gewährleisten. Sie können jedoch im Grundsatz kein Aufklärungsgespräch ersetzen. Hierzu heißt es in § 630e Abs. 2 N. 1, 2. Halbsatz BGB: „... ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält“. Aufklärungen über die Unterstützung von Textmaterialien und übersetzten Aufklärungsbögen sind zivilrechtlich nur wirksam, wenn sie dem Patienten übergeben werden, bilden aber nur einen Teil des Aufklärungsgesprächs ab. Die Aushändigung des Textes ist also am besten zu dokumentieren.



## Aufklärung über Risiken und Verhalten vor und nach der Anästhesie

Vor dem Inkrafttreten des neuen Patientenrechtegesetzes wurde in der Aufklärung zwischen der sogenannten **Sicherungsaufklärung** und der Selbstbestimmungsaufklärung, die die **Risiko-****aufklärung** enthält, differenziert.

- Im Rahmen der Selbstbestimmungsaufklärung (auch: Eingriffsaufklärung) ist der Patient über Art und Schwere des Eingriffs aufzuklären, um selbstbestimmt über die Vornahme einer Maßnahme entscheiden zu können.
- Im Rahmen der Sicherungsaufklärung (auch: therapeutische Aufklärung) ist der Patient über das adäquate, seinem Gesundheitszustand angemessene Verhalten (im weitesten Sinne) vor und nach der Behandlung zu informieren.
- Ergänzend hierzu bestehen weitere Informations- und Aufklärungspflichten, etwa die Pflicht zur Aufklärung über die Kosten einer Behandlung [2].

Neuerdings wird dies unter den sogenannten **Informationspflichten** des Arztes (§ 630c BGB) zusammengefasst. In § 630e BGB sind demgegenüber die Anforderungen an die ordnungsgemäße Einwilligungsaufklärung normiert.

Im beispielhaft abgebildeten Vordruck der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Freiburg finden sich typische Risiken und deren Aufzählung, zu welchen in der Durchführung einer Anästhesie aufgeklärt werden sollte (Abb. 1). Solche Vordrucke können in Sinne von institutionalisierten Verfahrensordnungen als wichtige Instrumente zum juristischen Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung dienen:

Dabei ist diese Aufzählung nicht abschließend, hat aber zum Beispiel für die Durchführung einer Allgemeinanästhesie unter anderen mit „unbeabsichtigte Wachheit während der Operation“ oder „postoperative Kognitionstörungen“ Risiken aufgeführt, die benannt werden sollten.

In dem Aufklärungsgespräch **Durchführung allgemeine Anästhesie** würden

stets die allgemeintypischen Risiken der Anästhetika und Infusionstherapie wie

- Unverträglichkeitsreaktionen,
- allergische Reaktionen,
- Risiken der invasiven Überwachungs- und Therapiemaßnahmen (Blutung, Gefäß-, Nerven- und Weichteil-Verletzungen, Infektionen),
- Lagerungsschäden sowie
- evtl. Risiken und Gefahren einer Blutübertragung

benannt und im vorliegenden Bogen angekreuzt werden.

Die **Aspiration** als gefürchtete mit der Allgemeinanästhesie assoziierte Komplikation wird mit unterschiedlichen Inzidenzen und Mortalitätsquoten in der Literatur angegeben. So finden sich in größeren Untersuchungen Inzidenzen von 1–2:10.000 in elektiven Fällen und 2,2–4:10.000 in nicht-elektiven Fällen [10]. Im sogenannten NAP-4-Register (4th National Audit Project des Royal College of Anaesthetists und der Difficult Airway Society, UK) verstarben 50% der Patienten mit Aspira-

Abbildung 1

**Anästhesieprotokoll** Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin 12345678-12

**Anästhesie-Einwilligung nach Aufklärungsgespräch**  
geplante (operative) Maßnahme

☐ Den Informationsbogen Diomed "habe ich gelesen und verstanden."  
\* (D-An1E Anästhesie (Schmerzbehandlung) bei Erwachsenen und Jugendlichen" - Narkose Regionalanästhesie - oder D-An1K bei Kindernarkose, oder D-An1D Anästhesie und Überwachungsmaßnahmen oder D-An1G Geburtshilfliche Regionalanästhesie)

Danach habe ich mit Herrn / Frau ein ausführliches Gespräch über das bei mir vorgesehene Anästhesieverfahren geführt.

Es wurden Vorteile und Nachteile des geplanten Narkoseverfahrens erklärt, Alternativen angeboten und u.a. folgende Nebenwirkungen / Komplikationen besprochen:

☐ **Allgemeinanästhesie mit Maske / Kehlkopfmaske / Intubation**

- Bewusstseinsstörungen zum Beispiel Übelkeit, Erbrechen, Schläfbeschwerden, Heiserkeit, Müdigkeit
- unbeabsichtigte Wachheit während der Operation
- Zahn-, Stimmband-, Luftröhren- oder Weichteilschäden
- Aspiration mit Lungenentzündung
- Verletzung der Luftwege
- Beatmungsprobleme
- postoperative Kognitionstörung

☐ **Spinal-, Peridural-, Kaudalanästhesie mit oder ohne Katheter**

☐ **Periphere Nerven- oder Plexusanästhesie mit oder ohne Katheter**

- Entzündungen
- Blutungen
- Verletzungen (Nervenschäden mit Gefäßstörungen / Lähmungen)
- Blutdruckabfall, Übelkeit, Kopfschmerzen
- Harnverhalt
- Blutergüsse unter dem Schädelknochen, Hygrom
- Seh- oder Hörverlust, Querschnittslähmung
- Versagen der Regionalanästhesie mit Notwendigkeit der Allgemeinanästhesie
- Ansammlung von Luft im Brustraum (Pneumothorax)

☐ **Haut-, Gewebe-, Nervenschäden durch Lagerung auf dem Operationstisch**

☐ **Unverträglichkeitsreaktionen, allergische Reaktionen lebensbedrohliche Herz-, Kreislaufreaktionen**

☐ **Invasive Überwachungsverfahren**

- Blutungen, Gefäß-, Nerven-, Weichteilverletzungen, Infektionen
- arterielle Kanüle (Durchblutungsstörungen, Thrombosen)
- zentraler Venenkatheter und pulmonalarterieller Katheter (Thrombosen, Pneumothorax, Rhythmusstörungen)
- Magensonde (Fehlplatz, Gewebeverletzung, Blutung)
- Blasenkatheeter (Blasen-, Harnröhren-Verletzung, - Entzündung)
- TEE (transösophageale Echokardiographie) (Verletzung der Speiseröhre und der Weichteile)

☐ **Autotransfusion während der Operation**

☐ **Blutübertragung (HIV- und Hepatitisinfektion)**

☐ **"off-label" Gebrauch von Medikamenten (außerhalb der Zulassung eingesetzte Medikamente)**

☐ **Schweigepflichtenbindung für bestimmte Personen:**

☐ **In die geplanten und besprochenen Narkose- und Therapiemaßnahmen sowie der Überwachungsmaßnahmen willige ich ein:**

- ☐ Analosedierung / MAC
- ☐ Masken- / Kehlkopfmaskennarkose
- ☐ Intubationsnarkose oral
- ☐ Intubationsnarkose nasal
- ☐ Fiberoptische Intubation
- ☐ Doppellumentubus
- ☐ Sonstiges:
- ☐ Spinalanästhesie
- ☐ Periduralanästhesie
- ☐ Regionalanästhesie der Nerven
- ☐ "Invasive Überwachungsverfahren" links erläuterte und angekreuzte Verfahren

☐ **Mit unvorhersehbaren, aber medizinisch notwendigen Änderungen oder ggf. Erweiterungen des vorgesehenen Verfahrens (z.B. einem Übergang von einer Regionalanästhesie zu einer Allgemeinanästhesie) sowie notwendigen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.**

☐ **Dies schließt auch eine Blutgabe oder Blutkomponentengabe mit ein.**

☐ **Die Verhaltensregeln vor und nach der Anästhesie (Nüchternheit) wurden mir erläutert. Ich werde sie befolgen.**

☐ **Die Verhaltensregeln nach einer ambulanten OP wurden mir erläutert. Ich werde sie befolgen.**

☐ **Mit folgenden Maßnahmen bin ich in keinem Fall einverstanden:**

☐ **Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt. Alle meine Fragen wurden verständlich beantwortet. Eine Kopie der Einwilligung und das Original des Informationsbogens Diomed "habe ich erhalten."**

☐ **Eine Kopie möchte ich nicht.**

**Dies bestätige ich durch meine nachfolgende Unterschrift.**

**Unterschrift Patient**  
Unterschrift ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Eltern unterschreiben.

**Unterschrift Arzt**  
Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

**Besonderheiten, die das Anästhesierisiko für den Patienten erhöhen / Notizen zum Aufklärungsgespräch:**

Einwilligung nach Aufklärungsgespräch – Deckblatt mit Durchschlag, scanbar; aus dem Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Entwurf der Klinik, Vertrieb Druck-satz Fa. Medling, Hamburg.



tionen [11]. Die **Anästhesie-bedingte Sterblichkeit bei Erwachsenen** mit nicht-kardiochirurgischen elektiven Anästhesien wird ebenfalls mit einer sehr unterschiedlichen Häufigkeit von 1:30.000 bis 1:100.000 angegeben [12].

**Schäden durch Regionalanästhesie** zählen zu den häufigsten Ursachen anästhesiologisch bedingter Patientenanträge auf Begutachtung bei den Ärztekammern. Noch überwiegen dabei die **rückenmarksnahen Verfahren**. Die Inzidenz von spinalen und epiduralen Raumforderungen bei Periduralanästhesien liegt bei ca. 1:3.000 bei orthopädischen oder viszeralkirurgischen Eingriffen und bei ca. 1:150.000–1:200.000 bei geburtshilflichen Periduralanästhesien [13]. Mit der zunehmenden Verbreitung ultraschallgesteuerter Verfahren zur Nervenlokalisation nimmt jedoch die Anzahl peripherer Leitungsblockaden zu [14]. Gerade hier sind spezifische Aufklärungen über Risiken und Gefahren ein wichtiger Baustein in der geforderten Selbstbestimmtheit des Patienten. Neben den vielen Vorzügen von Regionalanästhesietechniken sollten nach Meinung der Autoren jedoch alle Narkoseformen und -Techniken stets kontext-sensitiv von Seiten des Arztes betrachtet und aufgeklärt werden. Dazu zählt auch die Beachtung der Berufstätigkeit des Patienten. So ist die interskalenäre Plexusblockade bei einem Profi-Violinisten ohne weitere individuelle Risiken für eine postoperative systemische Schmerzbehandlung differenzierter zu betrachten. Eventuell mit dem Regionalanästhesieverfahren verbundenen Risiken wiegen in diesem Kontext für diesen Patienten wahrscheinlich stärker als die Risiken einer Allgemeinanästhesie bei nicht vorbestehenden anderen Patientenrisiken.

**Nervenschädigungen bei Regionalanästhesien für obere Extremitäten werden höher angegeben (interskalenäre Blockade bis zu 2,73%; axilläre Blockade bis zu 1,4%) als für untere Extremitäten (N. femoralis Blockade bis zu 0,13% und N. Ischiadicus Blockade bis zu 0,09%).**

Bei allen peripheren Nervenschädigungen muss jedoch in ca. 30–50% von

einer langfristig fortbestehenden Schädigung ausgegangen werden [15].

Generell sollte bei Verwendung von **Medikamenten**, die keine Zulassung für den Applikationsweg oder die gedachte Indikation haben, eine Risikoaufklärung im Sinne eines **therapeutischen Heilversuchs** durchgeführt werden (z.B. Clonidin als Adjuvans bei Regionalanästhesien). Die Bewertung von Metamizol in diesem Zusammenhang schließt die Möglichkeiten von allergischen Zwischenfällen und der Agranulozytose mit ein.

Intraoperativ obliegt auch dem Anästhesisten die rechtliche und ärztliche Verantwortung für die Durchführung von **Bluttransfusionen**. Aus diesem Grund sollte durch den Anästhesisten eine präoperative Risikoaufklärung erfolgen, die sich an den medizinrechtlichen Grundsätzen aus § 630e BGB zu orientieren hat. Darüber hinaus ergeben sich aus den Hämotherapie-Richtlinien strenge Vorgaben hinsichtlich der Vollständigkeit der Aufklärung auch über seltene oder kontrovers diskutierte Risiken und hinsichtlich eines möglichst frühzeitigen Zeitpunktes der Aufklärung.

**Bei elektiven Eingriffen mit einer Transfusionswahrscheinlichkeit von >10% muss sowohl die Risikoaufklärung für allogene Bluttransfusionen erfolgen als auch – wenn klinisch sinnvoll – auf die Behandlungsalternativen durch autologe Hämotherapieverfahren und deren Risiken hingewiesen werden.**

Darüber hinaus müssen **weitere Maßnahmen zur individualisierten Hämotherapie** (Anämiediagnostik, Gerinnungsmanagement, Maßnahmen zur Minimierung des Blutverlustes) umgesetzt werden. Ein Sonderfall stellt die zwingend notwendige nachträgliche Sicherungsaufklärung zu den Risiken einer Transfusion bei Unmöglichkeit einer präoperativen Aufklärung, z.B. bei einem Notfalleingriff, dar.

Postoperativ muss der Patienten auch auf mögliche Gefahren in den Verhaltensregeln hingewiesen werden, z.B. dem Verbot der Benutzung eines Kraftwagens

[2,16]. In den Einwilligungen werden dann die Verfahren festgelegt und nachfolgend die Verhaltensregeln wie z.B. Nüchternheit besprochen.

In einem aktuellen Urteil des BGH werden die Wahrscheinlichkeiten in der Risikoaufklärung relativiert. Im Unterschied zu den gebräuchlichen Definitionen von Häufigkeiten, wie für die Arzneimittelreaktionen im Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA) dargelegt, nimmt der BGH nun an, dass verbale Risikobeschreibungen wie „gelegentlich“, „selten“ oder „sehr selten“ in Aufklärungsbögen nicht an den Häufigkeitsdefinitionen des MedDRA zu orientieren sind [17,18].

**Die Risikoaufklärung sollte umfassend alle möglichen Risiken benennen, auch wenn diese statistisch selten auftreten. Patienten muss die Möglichkeit gegeben werden, den Stellenwert eines Risikos in der eigenen Situation abzuschätzen.**

## Umfang und Zeitpunkt der Aufklärung

**Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung selbstbestimmt treffen kann (§ 630e Abs. 2 Nr. 2 BGB).**

Dabei darf kein **äußerer Zwang** bestehen (z.B. nicht in der Anästhesie-Einleitung). In der Regel gelten für die Anästhesie Fristen bis zum Abend vor dem Eingriff als zeitlich genügend. Hierbei kann eine vollumfängliche anästhesiologische Aufklärung erst nach Festlegung des chirurgischen Eingriffs mit der Möglichkeit, das perioperative Gesamtrisiko abschätzen zu können, erfolgen. Das von Seiten des Gesetzgebers eingeforderte notwendige **vertrauensvolle** Gespräch zwischen Arzt und Patient kann auch telefonisch geführt werden (Abb. 2), allerdings nur bei „... einfach gelagerten Fällen...“ und unter der Voraussetzung, dass „...der Patient damit einverstanden ist...“ [19]. Aufklärungen und Einwilligungen können auch vorab in einem zeitlich begrenzten

Rahmen (Gespräch je nach Eingriffsschwere und Risiken 6–12 Wochen vor dem Eingriff) oder auch für sogenannte **Wiederholungseingriffe** einmalig, wenn der Patient auf erneute Aufklärung verzichtet, stattfinden. Veränderungen des Patienten-bezogenen Risikos bei einer Einwilligung für Serieneingriffe sollten zu einer erneuten Aufklärung führen. Diese Information muss dem Patienten vermittelt werden, eine entsprechende Dokumentation ist vorteilhaft.

**Organisatorische Schwierigkeiten**, z.B. das nicht rechtzeitig stattfindende Gespräch am Abend wegen zu großer Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes, werden ausdrücklich von Seiten des Gesetzgebers nicht akzeptiert. Es gilt weiterhin:

**Je weniger dringlich ein Eingriff, desto ausführlicher und umfassender ist aufzuklären. Je dringender die Indikation und je notwendiger der Eingriff, desto geringer sind demgegenüber die Anforderungen an die Aufklärungspflicht.**

Ist ein **sofortiges ärztliches Handeln** erforderlich, um Schaden von einer Patientin oder einem Patienten abzuwenden, darf u. U. auf die Aufklärung verzichtet werden. So bedarf es der Aufklärung auch aus zivilrechtlicher Sicht gemäß § 630e Abs. 3 BGB nicht,

soweit sie ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist. Dies gilt etwa bei **Unaufschiebbarkeit der ärztlichen Maßnahme** oder bei **ausdrücklichem patientenseitigem Verzicht**. Zum Umfang hat sich das BGH in einem Gerichtsurteil [21] bezüglich der Komplikation „Hygrom nach Spinalanästhesie“ wie folgt geäußert: „...Die Notwendigkeit zur Aufklärung hängt bei einem spezifisch mit der Therapie verbundenen Risiko nicht davon ab, wie oft das Risiko zu einer Komplikation führt. Entscheidend ist vielmehr die Bedeutung, die das Risiko für die Entschließung des Patienten haben kann. Bei einer möglichen besonders schweren Belastung für seine Lebensführung ist deshalb die Information über ein Risiko für die Einwilligung des Patienten auch dann von Bedeutung, wenn sich das Risiko sehr selten verwirklicht...“. Leider sind es wie in diesem Fall häufig die Fachgutachter, die die Gerichte mit ihren Bewertungen zur Anerkennung von Aufklärungsfehlern – wie bei dem sehr seltenen Krankheitsbild Hygrom nach Spinalanästhesie – verhelfen.

Bei **Regionalanästhesieverfahren zur Entbindung** ist eine Aufklärung entsprechend der Vereinbarung der anästhesiologischen und gynäkologischen Fachgesellschaften und Berufsverbände bereits im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge zu empfehlen. Dies gilt besonders für spezielle Risikopatientinnen, z.B. mit Adipositas per magna oder mit kongenitalen Herzfehlern. Hier hat sich ein Merkblatt „KOMM!-Patientinnen“ als sehr hilfreich erwiesen (Abb. 3). Ist eine frühzeitige Aufklärung und Einwilligung nicht erfolgt, so ist im Einzelfall abzuwägen, ob die Schwangere trotz Wehentätigkeit in der Lage ist, einem Aufklärungsgespräch zu folgen. Dabei ist die geburtshilfliche Indikationsstellung besonders wichtig [22].

Interessanterweise sind neuere Urteile zum Zeitpunkt der Aufklärung und dem nachfolgenden Einholen der Einwilligung mit erheblichen Organisationsaufwänden für die operativen Kollegen verbunden. So formuliert das OLG Köln 2019 im Rahmen einer Oberschenkelfraktur einer älteren Patientin, die sich im Laufe

des kurzen Aufenthaltes im Krankenhaus unsicher zur weiteren Operation zeigte: „...die behandelnden Ärzte sind verpflichtet, sich vor dem Eingriff davon zu überzeugen, dass die Einwilligung nach wie vor dem freien Willen des Patienten entspreche...“ Denn nach § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BGB muss eine Aufklärung so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung wohlüberlegt treffen kann [23,24].

**Wann muss aufgeklärt werden? Rechtzeitig (§ 630e Abs. 2 S. 1. Nr. 2 BGB), damit der Patient ausreichend die Risiken einer Narkose abwägen und anschließend eine autonome Entscheidung treffen kann**

- **elektiver operativer Eingriff: am Vortag des Eingriffs ausreichend**
- **dinglicher Eingriff: am Tag des Eingriffs ausreichend**
- **diagnostischer oder ambulanter Eingriff: teilweise (Risiko-adjustiert) am Tag der Intervention ausreichend**
- **kurz vor der Narkose und dem Eingriff: in der Regel nicht ausreichend.**

### Aufklärung in verständlicher Weise – Umgang mit Sprachbarrieren

Die ärztliche Aufklärung muss verständlich sein (§ 630e Abs. 2 Ziff. 3 BGB) [25]. Ärzte müssen sich im Rahmen der Aufklärung vergewissern, dass der Patient das Aufklärungsgespräch und die Erläuterungen verstanden hat. Ebenfalls muss die Frage, ob weitere Informationen gewünscht werden, gestellt werden. Bei **fremdsprachigen Patienten** bedeutet dies, dass die Aufklärung in einer Sprache zu erfolgen hat, die der Patient versteht. Sollte dies erforderlich sein, sind eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher (auf Kosten des Patienten) hinzuzuziehen. Es genügt grundsätzlich nicht, dem Patienten lediglich ein Aufklärungsformular in dessen Sprache zu überreichen. Ist ein Patient nach der Überzeugung des Arztes der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig, benötigt er einen Dolmetscher. So hat das OLG Köln in einer Entscheidung

Abbildung 2

#### - Telefonische Aufklärung -

- nur bei Routineeingriffen zulässig!
- Aufklärungsbogen vorher überreichen
- Persönliches Gespräch anbieten
- Telefontermin vereinbaren
- Am OP-Tag Gelegenheit zu Fragen geben
- Mündlich erteilte Einwilligung am OP-Tag schriftlich bestätigen lassen
- Sorgfältige Dokumentation
- Minderjährige Patienten: „3-Stufen-Theorie“ beachten
- Voruntersuchung / Vorbefundung sicherstellen.

Telefonische Aufklärung nach Ass. iur. E. Weis [20].

zur Überprüfung des Sprachvermögens formuliert [25,26]: „...Wird ein der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtiger Patient in deutscher Sprache aufgeklärt und werden die Erläuterungen des aufklärenden Arztes durch einen Familienangehörigen übersetzt, muss der Arzt in geeigneter Weise überprüfen, ob der als Dolmetscher agierende Familienangehörige seine Erläuterungen verstanden hat. Hierzu muss der Arzt sich zumindest einen ungefähren Eindruck von den sprachlichen Fähigkeiten des Übersetzers verschaffen. Anschließend muss er durch eigene Beobachtung feststellen, dass dem Patienten übersetzt wird und er muss aus der Länge des Übersetzungsvorgangs den Schluss ziehen können, dass eine vollständige Übersetzung vorliegt. Zum Schluss muss der Arzt sich durch Rückfrage an den Patienten einen Eindruck davon verschaffen, ob dieser die Aufklärung auch verstanden hat. Hat der aufklärende Arzt Zweifel, ob der Patient seine Ausführungen verstanden hat, oder muss er solche Zweifel haben, ist er gehalten, sich der Hilfe eines Dolmetschers zu bedienen, von dessen ausreichenden Sprachfähigkeiten er hinreichend sicher ausgehen kann...“.

**Insbesondere bei Angehörigen des Patienten muss der Arzt in geeigneter Weise überprüfen, ob die Sprachkenntnisse des Angehörigen zur Übersetzung der Aufklärung ausreichend sind. Sollten keine ausreichenden Sprachkenntnisse vorliegen, muss eine Übersetzung (möglichst professionell) erfolgen. Die Kosten hat der Patient zu tragen.**

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen Kosten für Sprachmittler in der Regel nicht. Mangels gesicherter Kostentragung sollten als Sprachmittler vorrangig sprachkundige Angestellte des Arztes beziehungsweise des Krankenhauses, ehrenamtliche Helfer oder Angehörige des Patienten herangezogen werden. Eine sehr gute Alternative stellt die Aufklärung unter Zuhilfenahme von professionellen Videodolmetschern dar. Hiermit lassen sich viele bisher immanente Schwierigkeiten bei der

Organisation zur Aufklärung nicht-deutschsprachiger Patienten lösen. In der eigenen Klinik verwenden wir einen Web-basierten, zertifizierten medizinischen Übersetzungsservice mittels Video-Plattform auf einem sogenannten portablen Computer.

**Generell gilt: Die Anforderungen an die Qualität der Übersetzung und die Überprüfung des Verständnisvermögens sind umso höher, je risikoreicher und schwerwiegender die geplante Maßnahme ist [25].**

### Dokumentation der Aufklärung

Wenn in einem Streitfall behauptet wird (was oft geschieht), dass weder ordnungsgemäß noch ausreichend aufgeklärt worden sei, so obliegt dem Arzt die Beweislast für die ordnungsgemäße Aufklärung. So lautet § 630h Abs. 3 BGB: „Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Abs. 1 oder Abs. 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Abs. 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.“

Abbildung 3

## KOMM! –PATIENTINNEN GEBURTSHILFE

Sehr geehrte Hebammen, sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur **besseren Risikoreduktion** sollten **bitte alle schwangeren Patientinnen** mit einem deutlich **erhöhten Bodymass Index > 35** (sprich Adipositas per magna) **oder mit angeborenen Herzfehlern oder mit seltenen Erkrankungen** frühzeitig bei uns in der Anästhesieambulanz vorgestellt werden. Dies gilt ab der 24 SSW.

**Frühzeitig heisst, Patientin ist in Ihrer Ambulanz gesehen  
→ Anmeldung in der Anästhesieambulanz  
als KOMM!- Patientin**

Bitte bedenken Sie, daß hier eine frühe anästhesiologische Vorbereitung und zum Beispiel die Indikationsstellung für die Anlage der Periduralanästhesie nachweislich hilft, bei den schwangeren Patientinnen eine eventuelle fatale Komplikation zu verhindern.

#### BMI berechnen:

Der BMI errechnet sich nach folgender Formel:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht}}{\text{Größe}^2}$$

Die Angabe des Gewichtes erfolgt in Kilogramm, die Größe wird in Meter angegeben.

Durchschnittliche BMI Bewertung:	BMI weiblich
<u>Untergewicht</u>	unter 19
Normalgewicht	19-24
<u>Übergewicht</u>	25-30
Adipositas	31-40
<u>stärkste Adipositas</u>	größer 40

#### Der optimale Body Mass Index nach Alter:

Alter	optimaler BMI
19-24	19-24
25-34	20-25
35-44	21-26
45-54	22-27
55-64	23-28
älter als 65	24-29

Merkblatt KOMM!-Patientinnen.



Das neue Patientenrechtegesetz [2] hat zur Dokumentation Stellung genommen und diese Fragestellung über Anweisungen konkretisiert. So müssen über den in § 630f Abs. 2 BGB geregelten Umfang „...sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse...“ aufgezeichnet werden, dies betrifft auch Einwilligungen und Aufklärungen. An den dem Arzt obliegenden Beweis der ordnungsgemäßen Aufklärung dürfen nach Ansicht des BGH „allerdings keine unbilligen und übertriebenen Anforderungen gestellt werden“. So heißt es unter anderem in einem BGH-Urteil [27]: „Für den Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung ist nicht unbedingt erforderlich, dass sich der Arzt an das konkrete Aufklärungsgespräch (Ort, Umstände, genauer Inhalt) erinnert. Angesichts der Vielzahl von Informations- und Aufklärungsgesprächen, die Ärzte täglich führen, kann dies nicht erwartet werden. Da an den vom Arzt zu führenden Nachweis der ordnungsgemäßen Aufklärung keine unbilligen oder übertriebenen Anforderungen zu stellen sind, darf das Gericht seine Überzeugungsbildung gemäß § 286 ZPO auf die Angaben des Arztes über eine erfolgte Risikoaufklärung stützen, wenn seine Darstellung in sich schlüssig und „einiger“ Beweis für ein Aufklärungsgespräch erbracht ist. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt erklärt, ihm sei das strittige Aufklärungsgespräch nicht im Gedächtnis geblieben“. Über die frühere Rechtsprechung hinaus geht zudem die in § 630e Abs. 2 BGB geregelte Verpflichtung, Patienten Abschriften derjenigen Unterlagen auszuhändigen, die diese im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet haben. Dieser Verpflichtung kommen viele Kliniken jedoch noch nicht nach.

**Ebenfalls wichtig ist zu wissen, dass alle Unterlagen, die zur Aufklärung mit verwendet wurden, dem Patienten in Kopie auszuhändigen sind.**

### Wirtschaftliche Aufklärung

Die zunächst durch die Rechtsprechung entwickelte **wirtschaftliche Aufklärungspflicht** ist in § 630c Abs. 3 BGB

vorgesehen: „Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, oder ergeben sich aus den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.“

### Aufklärungsgespräch: Praxis, Weiter- und Fortbildung

**Das Aufklärungsgespräch stellt für den Arzt und den Patienten eine zentrale, im besten Falle vertrauensbildende Interaktion während der anästhesiologischen ärztlichen Behandlung dar.**

Während im sogenannten **Prämedikationsgespräch** die notwendigen medizinischen Daten über die Eigen- und Fremdanamnese des Patienten erhoben werden und neben der körperlichen Untersuchung die weitere Befundsichtung und -erhebung erfolgt, werden im **Aufklärungsgespräch** die für die Anästhesie relevanten Befunde bewertet. Diese können dann dem Patienten sowohl in der Risikoaufklärung als auch in der Sicherungsaufklärung für den individualisierten Behandlungsfall dargelegt werden. Viele dieser Gespräche unterliegen einer Routine. Grundlegend gemeinsam ist diesen Gesprächen jedoch die Darlegung der individuellen Arzt-Kompetenz als auch der Kompetenz des Fachgebiets und der eigenen Klinik/Abteilung. Förderlich hierzu ist die Umsetzung des Aufklärungsgesprächs in adäquaten Räumlichkeiten mit entsprechendem Mobiliar. Neben den hier aufgeführten rechtlichen und organisatorischen Überlegungen erscheinen weitere Beschäftigungen mit der Thematik **Arzt-Patienten-kommunikation** auch im Fachgebiet Anästhesiologie dringend notwendig (Abb. 4). Viele Sprachgebräuche unseres Fachgebietes werden unwillkürlich im Sinne des Kommunikationsmodells vom Sender anders verstanden als vom Empfänger [28]. So können zum Beispiel

Schmerzbeschreibungen über die Art der Wortwahl unterschiedlich verstärkt oder reduziert werden [29–31]. Hierzu gibt es viele Beispiele in unserem Arbeitsalltag. Professionalisiertes Auftreten ohne Bagatellisierung der Risiken mit zeitgleicher respektvoller Zuwendung im Sinne eines empathischen, nicht anbietenden Gesprächsleitfadens, wird helfen, das Vertrauen in das Fachgebiet zu bestärken [32]. Ärzte von anästhesiologischen Kliniken, Abteilungen und Praxen sollten sich über das oft formulierte Ausgeliefertsein des Patienten während einer Anästhesie auch über die hierzu veröffentlichten wissenschaftlichen Studien fortbilden. In der Organisation der Fort- und Weiterbildung helfen Simulationen im eigenen Bereich, Aufklärungsgespräche effektiv und effizient neben der ärztlichen Empathie zu gestalten. Sie sichern zudem die notwendige fachliche Kompetenz (Facharztstandard) des Aufklärenden. Auch in einer leider oft nicht ausreichend zur Verfügung stehenden Gesprächszeit helfen diese Maßnahmen, Aufklärungsgespräche für Arzt und Patient besser zu gestalten.

### Literatur

1. Weis E: Nachweis des Aufklärungsgesprächs, BDAktuell JUS-Letter. Anästh Intensivmed 2014;55:459–462
2. Patientenrechtegesetz; Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013;277: Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten
3. Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern: Merkblatt: Die Aufklärungs- und Informationspflichten des Arztes; Stand Februar 2016
4. BGH Urteil vom 28.01.2014, Az. VI ZR 143/13
5. Urteil OLG Brandenburg 04.11.2010 – 12 U 148/08
6. Staufer A: Was Studierende im Praktischen Jahr dürfen – und was nicht. Dtsch Arztebl 2018;40:2
7. BGH Urteil vom 15.06.2010 – VI ZR 204/09.
8. BGH Urteil vom 28.06.1988 – VI ZR 288/87
9. Lühnen J, Mühlhauser I, Steckelberg A: The quality of informed consent forms – a systematic review and critical analysis. Dtsch Arztebl Int 2018;115:377–383

## Abbildung 4

### Regeln für erfolgreiches Beziehungsmanagement im Aufklärungsgespräch Anästhesie

- Nutzen Sie die einmalige Chance des ersten Eindrucks  
(äußeres Erscheinungsbild inklusive Dresscode → Sie vertreten Ihre Fachdisziplin und Institution, geben Sie Hinweise zu Ihrem Arbeitsplatz nicht zu Ihrer persönlichen Artistik)
- Stellen Sie sich mit Namen und Funktion vor  
(„Ich komme von der Narkose“ oder ich gehöre zur „Anästhesie“ sind weder grammatikalisch noch inhaltlich richtig)
- Gehen Sie freudig und aktiv auf Ihren Patienten und seine Angehörigen/Begleiter zu  
(ein Lächeln ist die kürzeste Verbindung zwischen zwei Menschen, probieren Sie es aus)
- Zeigen Sie im Gespräch ehrliches Interesse, fragen Sie z.B. nach dem ausgeübten Beruf des Patienten  
(gibt Ihnen viele Hinweise auf den Kontext des Patienten)
- Fragen Sie gut und systematisch, aber hören Sie noch besser zu
- Seien Sie kompetent und agieren Sie professionell  
(bereiten Sie sich auf Fragen zum Vorgehen vor; lassen Sie sich supervidieren; initiieren Sie eigene kleine Simulationen mit KollegInnen; achten Sie auf emotionale Übertragung und Gegenübertragung)



Tipps für das erfolgreiche Aufklärungsgespräch (eigene Darstellung H. Bürkle).

- Walker RWM: Pulmonary aspiration in pediatric anesthetic practice in the UK: a prospective survey of specialist pediatric centers over a one year period. *Pediatr Anesth* 2013;23:702–711
- 4th National Audit Report of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society. Major complications of airway management in the United Kingdom. March 2011
- Gottschalk A, Van Aken H, Zenz M, Standl T: Is anesthesia dangerous? *Dtsch Arztebl Int* 2011;108:469–474
- Pöpping D, Wenk M, Van Aken H: Nervenschäden bei Regionalanästhesie – Neurologische Komplikationen durch die Epiduralanalgesie. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2012;47:336–344
- Kessler P, Schaffartzik W, Neu J: Gutachtenfälle – Gutachtenbeispiele aus der Regionalanästhesie. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2016 51:344–350
- Münch J, Volk T: Nervenschäden bei Regionalanästhesie – Nervenschäden bei peripheren Blockaden: Klinik und Inzidenz *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2012;47:320–326
- Urteil LG Konstanz vom 14.04.1972 – 5 O 74/72
- BGH Urteil vom 29. Januar 2019, Az.: VI ZR 117/18
- Berner B: Wahrscheinlichkeitsangaben im Aufklärungsgespräch. *Dtsch Arztebl* 2019;27–28:A1344
- BGH Urteil vom 15.06.2010, Az. VI ZR 204/092.
- Weis E, Gaibler T: Telefonische Aufklärung bei „Routineeingriffen“ zulässig/Einwilligung bei minderjährigen Patienten. *BD Aktuell – JUS-Letter. Anästh Intensivmed* 2010;51:503–506
- BGH Urteil vom 19.10.2010 (VersR 2011, 223)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin; Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe: 2. überarbeitete Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. *Anästh Intensivmed* 2009;50:S490–S495
- Urteil OLG Köln vom 16. Januar 2019, Az.: 5 U 29/17
- Berner B: Rechtsreport: Fehlerhafte Aufklärung rechtfertigt Schmerzensgeld. *Dtsch Arztebl* 2019;116:A–1394
- Biermann E: Aufklärung fremdsprachiger Patienten. *Anästh Intensivmed* 2017;58:513–516
- Weis E: Aufklärung fremdsprachiger Patienten. *Anästh Intensivmed* 2014;55:459–462

- BGH Urteil vom 28.01.2014, Az. VI ZR 143/13.
- Zech N, Seemann M, Hansen E: Noceboeffekte und Negativsuggestionen in der Anästhesie. *Anaesthesist* 2014;63:816–824
- Keltner JR, Furst A, Fan C, Redfern R, Inglis B, Fieldset HL: Isolating the Modulatory Effect of Expectation on Pain Transmission: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *J Neurosci* 2006;26:4437–4443
- Aslaksen PM, Zwarg ML, Eilertsen HH, Gorecka MM, Bjørkedal E: Opposite effects of the same drug: reversal of topical analgesia by nocebo information. *Pain*. 2015;156:39–46
- Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Lutgendorf S, Kettenmann E, Logan H, et al: Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive medical procedures. *Pain* 2005;114:303–309
- Kutscher P: Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin; Heidelberg: Spr. M. V. 2007.

### Korrespondenz- adresse

**Priv.-Doz. Dr. med.  
Nils Schallner, DESA**



**Prof. Dr. med.  
Hartmut Bürkle**



Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Freiburg  
Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Hugstetter Strasse 55  
79106 Freiburg  
Tel.: 0761 270-23060  
Fax: 0761 270-23960  
E-Mail: anaesthesie-direktion@uniklinik-freiburg.de  
ORCID-ID: 0000-0003-2120-788X (N. Schallner)  
ORCID-ID: 0000-0002-2471-6252 (H. Bürkle)