

Aufklärung in der Radiologie

Patient information in diagnostic and interventional radiology

R. Vosschenrich, S. Kühn, P. Reimer

Übersicht

Einleitung	145
Behandlungsvertrag	145
Aufklärung	146
Aufklärungspflichtiger	148
Aufklärungsadressat	149
Aufklärungszeitpunkt	150
Qualitätsaufklärung	150
Wirtschaftliche Aufklärung	151
Dokumentation	151

Zusammenfassung

Das Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patienten ist gute medizinische Praxis. Dabei muss der Patient die geplanten Maßnahmen verstehen und über Alternativen informiert werden. Eine wirksame Einwilligung ist erst dann möglich, wenn alle Fragen des Patienten beantwortet sind. In diesem Artikel sollen die praktischen und juristischen Grundlagen der Aufklärung im Rahmen der diagnostischen und interventionellen Radiologie aufgezeigt werden.

Einleitung

Jährlich finden ca. 450–500 Millionen Patient-Arzt-Begegnungen statt. Dabei stellt jede ärztliche Behandlungsmaßnahme, die in die körperliche Integrität eines Patienten eingreift, eine Körperverletzung dar. Sie kann durch eine wirksame Einwilligung des Patienten gerechtfertigt werden. Auch für medizinisch indizierte, regelrecht durchgeführte und erfolgreiche Maßnahmen gilt dies uneingeschränkt. Daraus folgen Probleme im Rahmen der Aufklärung und der Wirksamkeit der rechtfertigenden Einwilligung des Patienten. Diese drücken sich in einer steigenden Zahl von Verfahren gegen Ärzte aus. Nach einer realistischen Schätzung werden in Deutschland jährlich rund 40 000 Behandlungsfehlervorwürfe erhoben, von denen sich etwa 12.000 als berechtigt erweisen. Daraus ergeben sich statistisch 140 Fehlvorwürfe je 1000 Ärzte und Jahr, was pro Arzt einen Fehlvorwurf alle 7 Jahre bedeutet [1, 2].

Zur Vermeidung von Haftpflichtschäden sind Systeme der Qualitätssicherung etabliert. Seit 1975 gibt es Ärztliche Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Ihre Aufgabe ist die sachverständige und für alle Beteiligten kostenfreie Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen. Die dabei gewonnenen Erfahrungen werden

in Fortbildungsmaßnahmen transponiert, um häufiger vorkommende und strukturelle Fehler zu identifizieren und zu eliminieren [3]. Rechtliche Fragen gewinnen somit eine zunehmende Bedeutung im ärztlichen Alltag. Ziel dieses Artikels ist es, die juristischen Aspekte der Aufklärung zu skizzieren, praktische Orientierungshilfen für den klinischen Alltag zu geben und Fallstricke aufzuzeigen.

Behandlungsvertrag

Begibt sich ein Patient in ärztliche Behandlung, kommt ein Behandlungsvertrag zustande. Dieser ist geprägt von den Grundsätzen der ärztlichen Berufsethik und dem Vertrauen, das der Patient dem behandelnden Arzt entgegenbringt. Für das Zustandekommen eines Behandlungsvertrags sind allein die Willenserklärungen von Arzt und Patient notwendig. Bei medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Berufsausübungsgemeinschaften wird die gesamte Gemeinschaft Vertragspartner des Patienten. Eine besondere Form ist nicht einzuhalten. So kommt ein Vertrag bereits durch die Vergabe eines Termins oder die Übernahme einer Behandlung durch den Arzt zustande.

Behandlungspflicht. Aus dem Behandlungsvertrag ist die Behandlungspflicht die primäre Pflicht des Arztes. Sie umfasst die Anamnese, die Untersuchung, das Erheben von Befunden, das Erstellen einer Diagnose und das Ergreifen der notwendigen therapeutischen Maßnahmen zur Heilung des Patienten. Die unberechtigte Ablehnung einer Behandlung kann eine strafbare Handlung, nämlich unterlassene Hilfeleistung, darstellen.

Persönliche Leistungserbringung. Bei seiner Tätigkeit muss der Arzt dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft genügen. Es gilt jedoch der Grundsatz der Therapiefreiheit. Aus § 613 S.1 BGB resultiert die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung. Diese ist auch im Berufsrecht verankert. Unter eingeschränkten Voraussetzungen können einzelne nichtärztliche Tätigkeiten an nichtärztliches Personal wie z. B. Schwestern, Pfleger oder medizinische Fachangestellte delegiert werden. Zum ureigenen Kernbereich ärztlichen Handelns gehören das Stellen der Diagnose, die Beratung, die Aufklärung oder das Ergreifen konkreter therapeutischer Maßnahmen. Dieser Kernbereich ist nicht übertragbar [4].

Begibt sich ein Patient in ärztliche Behandlung, kommt ein Behandlungsvertrag zustande. Eine besondere Form ist für den Vertragsabschluss nicht einzuhalten. Aus dem Behandlungsvertrag ist die primäre Pflicht des Arztes die Behandlungspflicht.

Aufklärung

Zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Handelns gehört das Einverständnis des Patienten in die ärztliche Behandlung und/oder den ärztlichen Eingriff nach ordnungsgemäßer Aufklärung. Aufklärungsdefizite machen Eingriffe wegen fehlender Einwilligung des Patienten rechtswidrig und führen bei Verschulden des Arztes im Grundsatz zur Haftung für alle Schäden.

Tabelle 1

Selbstbestimmungsaufklärung = Basis- oder Grundaufklärung.

Diagnoseaufklärung

Verlaufsaufklärung

Risikoaufklärung

Grundsätzlich sind 2 Arten der Patientenaufklärung zu unterscheiden: die Selbstbestimmungsaufklärung und die therapeutische Aufklärung.

Selbstbestimmungsaufklärung

Die Selbstbestimmungsaufklärung soll die Willensfreiheit des Patienten und die Wirksamkeit der Einwilligung in den ärztlichen Eingriff gewährleisten. Teilaspekte der Selbstbestimmungsaufklärung sind die Aufklärung zur Diagnose, zur vorgeschlagenen Therapie und zum Risiko der ärztlichen Behandlung (Tab. 1).

■ Aufklärung zur Diagnose

Befund und Prognose. Die Diagnoseaufklärung soll Informationen über den medizinischen Befund und die sich hieraus ergebenden Prognosen vermitteln (BVerfG NJW 2005, 1103). Hierbei besteht ein ärztlicher Ermessensspielraum. Auf der einen Seite soll der Patient durch die Mitteilung z. B. einer lebensbedrohlichen Erkrankung nicht zu einer möglichen Überreaktion verleitet werden, auf der anderen Seite sollte er in vollem Umfang aufgeklärt werden, wenn der Arzt den Eindruck gewinnt, dass sich der Patient nur so von der Notwendigkeit einer Therapie überzeugen lässt. Dies zählt insbesondere in der onkologischen Radiologie zum klinischen Alltag.

Befundmitteilung. Allerdings wollen Patienten nicht mehr nur den Befund mit dem behandelnden Arzt besprechen, sondern zunehmend auch, dass der Radiologe sie baldmöglichst über das Untersuchungsergebnis der diagnostischen Maßnahme informiert. Eindrucksvoll wurde dies in einer aktuellen prospektiven Studie mit nicht onkologischen Patienten belegt, bei denen eine CT oder eine Sonografie durchgeführt wurde [5]. Voraussetzung für eine entsprechende Aufklärung zur Diagnose ist allerdings, dass der Radiologe die Untersuchung in der klinischen Routine vorher sorgfältig und vollständig durchsehen konnte.

■ Aufklärung zur vorgeschlagenen Therapie

Mit der Verlaufsaufklärung erläutert der Arzt dem Patienten den vorgesehenen Eingriff oder die beabsichtigte Behandlung. Dabei soll der Patient Art und Schwere des Eingriffs erkennen und ein allgemeines Bild über den Umfang der Behandlungsmaßnahme erhalten. Hierzu gehören auch und insbesondere die Folgen eines Eingriffs wie z. B. Operationsnarben, Aussehen der betroffenen Körperregion nach der Behandlung, ein möglicher Funktionsverlust und der Grad der Erfolgchancen bzw. die Gefahr des Misserfolgs (BGH

NJW 1981, 1319, OLG Oldenburg NJW 1997, 1642). Auch die Information über das Risiko einer Nichtbehandlung gehört zur Verlaufsaufklärung. Liegt z. B. eine unbegründete Weigerung gegenüber einer Röntgenaufnahme nach einem Handgelenkbruch mit Fehlstellung vor, muss der Arzt den Patienten eindringlich über das Risiko informieren (LG Memmingen VersR 1981, 585). Für den Umstand, dass der Patient die Einwilligung verweigert hat, trägt der Arzt die Beweispflicht (BGH VersR 1992, 237). Die Verlaufsaufklärung überschneidet sich teilweise mit der Risiko- und der Therapieaufklärung.

■ **Aufklärung zum Risiko der ärztlichen Behandlung/des ärztlichen Eingriffs**

Von praktischer Bedeutung ist die sog. Risikoaufklärung. Der Patient soll in die Lage versetzt werden, selbst über die Durchführung oder Verweigerung einer vorgeschlagenen Behandlung zu entscheiden.

Allgemeine Informationen zum Risiko. Im Allgemeinen ist es ausreichend, wenn der Patient über die mit einem Eingriff verbundenen Risiken „im Großen und Ganzen“ unterrichtet wird. Maßstab der dem Patienten in diesem Sinne zu gewährenden Informationen ist, dass er Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahme vor seiner Einwilligung erkennt und in der Lage ist, das Für und Wider verständlich abzuwägen. Dabei gilt, dass der Patient umso ausführlicher und eindrücklicher über die Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen eines angeratenen oder gewünschten Eingriffs zu informieren ist, je weniger dieser medizinisch geboten ist (z. B. kosmetische Operationen).

Der Patient hat eine Grundaufklärung über **Art und Schwere des Eingriffs** zu erhalten. Diese setzt voraus, dass der Patient auch über das schwerste in Betracht kommende Risiko informiert wird (BGH VersR 1996, 196). Hierzu zählt z. B. die Aufklärung über das Risiko von Nervenirritationen bei einer intravenösen Injektion in die Ellenbeuge im Rahmen diagnostischer Maßnahmen wie Kontrastmittelapplikationen. Es stellt keinen Behandlungsfehler dar, wenn einer erfahrenen und fachgerecht ausgebildeten medizinisch-technischen Assistentin für Radiologie intravenöse Injektionen zur Vorbereitung von Diagnosemaßnahmen übertragen werden, sofern für eine regelmäßige Kontrolle und Überwachung durch den Arzt Sorge getragen wird (OLG Dresden, Urt. v. 24. 7. 2008 – 4 U 1857/07, LG Dresden). Keine Aufklärung ist bei medizinisch indizierter Blutentnahme erforderlich (LG Heidelberg, Urt. v. 29. 6. 2011 – 4 O 95/08).

Der Arzt hat ebenfalls über atypische und evtl. für den medizinischen Laien **überraschende Risiken** aufzuklären, wenn sie im Einzelfall das Leben des Patienten schwer belasten können und auch bei geringer Komplikationsrate für den Eingriff spezifisch sind. Hierzu zählen die Querschnittlähmung bei CT-gesteuerter zervikaler periradikulärer Schmerztherapie oder periradikulärer Lumbalinfiltration und eine Halbseitenlähmung bei einer Angiografie (BGH, Urt. v. 6. 7. 2010 – VI ZR 198/09, OLG Hamburg; OLG Köln, Urt. v. 12. 1. 2011 – 5U 37/10, LG Bonn; OLG Hamm VersR 1992, 883).

Wahl der Behandlungsmethode. Über die Wahl der richtigen Behandlungsmethode ist nicht aufzuklären. Die Wahl der im Einzelfall anzuwendenden Behandlungsmethode ist grundsätzlich Sache des Arztes. Zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten kann in einzelnen Fällen die Unterrichtung über alternativ zur Verfügung stehende Behandlungsmethoden erforderlich sein. Die Aufklärungspflicht greift zumindest bei gleichwertigen Chancen, wenn eine Erkrankung sowohl konservativ als auch operativ behandelt werden kann oder eine echte Behandlungsalternative (interventionelle radiologische Verfahren) zur Operation besteht (OLG Köln VersR 2000, 766).

Risiko bei diagnostischen Eingriffen. Das Ausmaß der Aufklärung verhält sich zur Dringlichkeit des Eingriffs umgekehrt proportional. Die Aufklärungspflicht erhöht sich bei rein diagnostischen Eingriffen ohne therapeutischen Wert. Hierzu zählt z. B. die intraarterielle DSA der Hirn- und Halsgefäße (BGH VersR 2009, 257). Es sind grundsätzlich strengere Anforderungen an die Aufklärung des Patienten über die damit verbundenen Risiken zu stellen. Ist der diagnostische Eingriff vital oder bedingt vital indiziert, kann dies den Umfang beschränken. An der Notwendigkeit einer Aufklärung ändert dies nichts (BGH VersR 2009, 720). Richtet sich der diagnostische Eingriff vorwiegend auf Heilung oder Linderung, so folgt der Grad der erforderlichen Aufklärung den Gegebenheiten des therapeutischen Eingriffs (Tab. 2). Eine aktuelle Übersicht der Aufklärungsmodalitäten bei den verschiedenen interventionellen radiologischen Verfahren haben Marschner und Stroszczyński zusammengestellt [6].

Die Selbstbestimmungsaufklärung stellt die Basis- oder Grundaufklärung dar. Der Patient soll über Befunde, Diagnosen, Prognosen, Ziele der Behandlung, deren Tragweite, Notwendigkeit, Dringlichkeit, vorgesehene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt werden. Wenn er dies alles verstanden hat, kann er medizinischen Maßnahmen zustimmen.

Tabelle 2

Inhalte der Risikoaufklärung.

allgemeine Informationen zum Risiko

Informationen zur Wahl der Behandlungsmethode

Aufklärung zum Risiko bei diagnostischen Eingriffen

Therapeutische Aufklärung

Gemäß Deutsch und Spieckhoff „stellt die therapeutische Aufklärung oder Sicherungsaufklärung keine echte Aufklärung dar. Sie soll den Patienten vor Folgen, insbesondere durch sein Verhalten warnen“ [7]. Hierzu zählen beispielsweise Informationen über die Medikation wie Dosierung, Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten. Sie ist besonders wichtig, wenn die Behandlung eine Mitwirkung des Patienten erfordert. Der Patient muss über das Risiko einer Nichtbehandlung oder einer Nichtbefolgung ärztlicher Informationen informiert werden. Dies soll derart geschehen, dass er die Anweisungen oder Empfehlungen auch versteht (BGH VersR 1997,449; VersR, 1357).

Alternativen, postoperatives Verhalten. Bei ambulanten Operationen/interventionellen Eingriffen betrifft die Sicherungsaufklärung auch die Unterrichtung über die Alternative einer stationären Behandlung und das richtige Verhalten in der postoperativen Phase.

Kontroll- und Überwachungspflichten. Den Arzt treffen strenge Kontroll- und Überwachungspflichten nach einem ambulant durchgeführten Eingriff. Dabei haftet der Arzt im Einzelfall auch für den Tod eines Patienten, wenn der bei einer ambulanten Behandlung so stark sediert wurde, dass seine Tauglichkeit im Straßenverkehr über einen längeren Zeitraum erheblich eingeschränkt ist und der Arzt keine geeigneten Maßnahmen ergriffen hat, dass sich der Patient nach der erfolgten Behandlung nicht unbemerkt entfernen kann (BGH, Urt. v. 8.4.2003 – VI ZR 265/02, OLG Frankfurt/

Main). Zur Sicherungsaufklärung gehören somit auch konkrete Sicherungs- und Überwachungspflichten.

Kontrolluntersuchungen. Zur Aufklärung des Patienten für ein richtiges Verhalten im Rahmen einer Behandlung gehört zudem der Hinweis auf die Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen, um z. B. der Gefahr einer Thrombose zu begegnen. Der fehlende Hinweis auf die Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen kann als grober Behandlungsfehler ausgelegt werden (OLG Oldenburg VersR 1994,1478; OLG Köln VersR 2000,102).

Die therapeutische Aufklärung oder Sicherungsaufklärung ist eine Aufklärung über das zur Sicherung des Therapieerfolgs erforderliche Verhalten nach einem ärztlichen Eingriff.

Aufklärungspflichtiger

Grundsätzlich hat der behandelnde Arzt das Aufklärungsgespräch zu führen. Die Aufklärung ist an seine Zuständigkeit und Sachkunde gebunden. Andernfalls hat er die Aufklärung durch einen entsprechend qualifizierten Arzt zu organisieren und sicherzustellen, dass dieser die Aufklärung vollständig durchgeführt hat (BHG NJW 1980, 1905). Bei Delegation ist durch Organisationsanweisungen und Kontrollen sicherzustellen, dass die Aufklärung standardgemäß durchgeführt wurde. Im Krankenhaus trägt der Chefarzt hierfür die Darlegungslast, wenn die Risikoaufklärung auf einen nachgeordneten Arzt delegiert wird (OLG Schleswig NJW-RR 1994,1052; OLG Oldenburg NJW-RR 1999,390). Beispielsweise haftet zunächst der aufklärende Stationsarzt, wenn er über ein seltenes, aber schweres Risiko nicht genügend aufgeklärt hat. Für diese mangelnde Aufklärung haftet aber auch der später operierende Chefarzt und zwar deshalb, weil die dann fehlende Aufklärung den Eingriff von vornherein rechtswidrig macht. Ferner darf sich ein Krankenhausarzt nicht darauf verlassen, dass der Hausarzt oder die Ärzte des vorbehandelnden Krankenhauses die Aufklärung vorgenommen haben (OLG Karlsruhe VersR 1997, 241).

Die Aufklärung ist eine ärztliche Aufgabe. Sie kann an andere sachkundige Ärzte delegiert werden. Dabei ist aber sicherzustellen, dass die Aufklärung standardgemäß und umfassend erfolgt.

Aufklärungsadressat

Der erwachsene, mündige Patient ist persönlich und mündlich aufzuklären. Grundsätzlich kann der Arzt den Patienten auch in einem telefonischen Gespräch über die Risiken eines bevorstehenden Eingriffs in „einfach gelagerten Fällen“ (Leistenhernienoperation) aufklären, wenn der Patient damit einverstanden ist (BGH, Urt. V. 15.6.2010 – VI ZR 204/09, OLG München). Eine schriftliche Einwilligung ist vor dem Eingriff dennoch erforderlich. Für die Vorgehensweise bei radiologischen Interventionen gibt es hierzu von der „Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe“ (CIRSE) dezidierte Empfehlungen [8]. Das Aufklärungsgespräch mit dem Arzt wird nicht durch die Aushändigung eines Aufklärungsbogens ersetzt (OLG Oldenburg, Urt. V. 27.5.2009 – 5 U 43/08, LG Oldenburg). Auch die bloße Unterschrift unter dem Aufklärungsbogen genügt noch nicht zwingend für den Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung. Es empfiehlt sich vielmehr dringend, die durchgeführte Besprechung des Aufklärungsbogens durch entsprechende handschriftliche Zusätze oder Unterstreichungen im Text des Aufklärungsbogens zu individualisieren. Der Operateur muss ggf. auch darlegen, welche Maßnahmen organisatorischer Art er getroffen hat, um sowohl eine ordnungsgemäße Aufklärung durch den nicht operierenden Arzt als auch die Umsetzung erteilter Aufklärungsanweisungen sicherzustellen.

Minderjährige. Bei einem minderjährigen Kind bedarf es in allen den Fällen, in denen die elterliche Sorge beiden Eltern gemeinsam zusteht, der Einwilligung beider Elternteile vor einem Eingriff. In Routinefällen, z. B. einer Routineimpfung oder einer Kontrastmittelgabe im Rahmen einer diagnostischen Untersuchung, darf der Arzt davon ausgehen, dass der mit dem Kind erscheinende Elternteil ermächtigt ist, die Einwilligung in die ärztliche Behandlung für den abwesenden Elternteil zu erteilen (BGH, Urt. V. 15.6.2012 – VI ZR 204/09). Geht es um schwierige und weitreichende Entscheidungen wie z. B. eine Herzoperation oder eine kardiovaskuläre interventionelle Maßnahme, muss sich der Arzt Gewissheit verschaffen, dass der nicht erschienene Elternteil mit der vorgesehenen Behandlung des Minderjährigen einverstanden ist.

Fremdsprachige Personen. Bei fremdsprachigen Personen hat sich der Arzt sorgfältig zu vergewissern, ob der Patient die deutschsprachigen Erklärungen versteht. Im Zweifelsfall muss ein Dolmetscher hinzugezogen werden. Im Streitfall liegt die Beweislast beim Arzt (KG Berlin MedR 2009, 47).

Nicht einwilligungsfähige Patienten. Ist die Entscheidungsfähigkeit des Patienten wegen Bewusstlosigkeit, Drogeneinfluss oder Krankheit gemindert oder aufgehoben, kann er in eine Behandlung nicht wirksam einwilligen. Bei bewusstlosen Patienten muss, wenn medizinisch vertretbar, das Wiedererlangen des Bewusstseins abgewartet werden. Ist eine sofortige Behandlung geboten (z. B. Verschluss einer akuten, lebensbedrohlichen Blutung), kann die Behandlung unter Rückgriff auf § 683 BGB durchgeführt werden, die im Interesse des Patienten objektiv geboten ist und daher seinem mutmaßlichen Willen entspricht [7].

Bei Patienten, die an einer psychischen oder seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung leiden, ist zu eruieren, ob sie über die notwendige Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügen, um Ausmaß und Tragweite der ärztlichen Maßnahmen zu überschauen. Dies obliegt allein dem Arzt. Wenn die Einwilligungsfähigkeit fehlt und der Patient nicht in der Lage ist, zu entscheiden, kann an seiner Stelle ein Betreuer einwilligen (BVerfG, NJW 2002, 206). Dies ist auch telefonisch möglich. Bei besonders schweren oder vitalen Eingriffen muss der Betreuer zusätzlich die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts einholen. Bei unaufschiebbaren Maßnahmen entfällt diese Pflicht [7].

Die Aufklärung muss persönlich und mündlich durch einen Arzt erfolgen. Ein Aufklärungsbogen allein ist nicht ausreichend. In einfachen Fällen ist eine telefonische Aufklärung bei Einverständnis des Patienten möglich. Sie wird in der Rechtsprechung zunehmend kritisch gesehen und ist stets mit einem erheblichen Nachweisproblem verbunden. In jedem Fall sollte deren Durchführung vom Patienten durch Unterschrift bestätigt werden. Bei Minderjährigen bedarf es der Einwilligung beider Elternteile. Bei Sprachproblemen muss ein Dolmetscher hinzugezogen werden. Bei bewusstlosen Patienten kann bei vitaler Indikation in dessen mutmaßlichen Willen behandelt werden. Bei Patienten mit fehlender Einsichts- oder Urteilsfähigkeit ist die Einwilligung des Betreuers und ggf. des Vormundschaftsgerichts einzuholen.

Tabelle 3**Unwirksame Einwilligung in radiologische Eingriffe.**

Aufklärung im Untersuchungsraum

Aufklärung auf dem Untersuchungstisch

Aufklärung nach erfolgter Prämedikation

Tabelle 4**Grundsätze der ordnungsgemäßen Aufklärung [10].**

Die Aufklärung ist von einem Arzt durchzuführen.
Die Delegation an einen anderen sachkundigen Arzt ist zulässig.

Die Aufklärung hat in einem persönlichen Gespräch zu erfolgen.

Der Adressat der Aufklärung ist der Patient selbst.
Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit sind die gesetzlichen Vertreter aufzuklären.

Vermittelt werden müssen Grundkenntnisse über den Eingriff.

Umfang und Genauigkeit sind umgekehrt proportional zur Dringlichkeit und den Heilungsaussichten.

Die Aufklärung muss rechtzeitig erfolgen, sodass der Patient ohne Zeitdruck das Für und Wider des Eingriffs abwägen kann.

Die Einwilligung ist von vornherein unwirksam, wenn der Patient sich bereits auf dem OP-/Untersuchungstisch befindet oder bereits eine Medikation zur Vorbereitung des Eingriffs erhalten hat (BGH, NJW 1992, 20; NJW 1998, 1784).

Ein Patient müsse so rechtzeitig aufgeklärt werden, dass er „durch hinreichende Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe seine Entscheidungsfreiheit und damit sein Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise wahren kann“, so der BGH (Tab. 3, Tab. 4). Je nach den Vorkenntnissen des Patienten über den Eingriff kann eine Aufklärung am Tag vor der Operation genügen. Bei normalen ambulanten und diagnostischen Eingriffen mit geringerem Risiko reiche es dagegen weiterhin aus, wenn die Aufklärung am Tag des Eingriffs stattfindet (BGH VersR 2003, 1441).

Die Aufklärung muss so rechtzeitig stattfinden, dass der Patient frei entscheiden kann, ohne sich unter Druck gesetzt zu fühlen. Eine Einwilligung im Operations-/Untersuchungsraum oder nach erfolgter Prämedikation ist unwirksam. Bei ambulanten und diagnostischen Eingriffen mit geringem Risiko kann die Aufklärung am Tag des Eingriffs erfolgen.

Aufklärungszeitpunkt

Nach der Aufklärung muss der Patient durch die Einwilligung von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen können. Praktisch bedeutet dies, dass eine Aufklärung am Vortag vor z. B. einem interventionellen Eingriff zu einem Zeitpunkt stattfinden muss, der es dem Patienten ermöglicht, hierüber noch einmal nachzudenken und/oder sich mit seinen Angehörigen zu besprechen (OLG Hamm, Urt. V. 12. 5. 2012 – I-3 U 134/09, LG Münster). Dies gilt tendenziell auch für diagnostische Maßnahmen wie CT- oder MRT-Untersuchungen mit Kontrastmitteln. Eine erstmalige Aufklärung im Vorbereitungsraum der Untersuchung wird den zeitlichen Voraussetzungen nicht gerecht. In den Fällen ambulanter Operationen und diagnostischer Eingriffe soll es ausreichen, wenn der Arzt dem Patienten durch einen aufrichtig artikulierten Hinweis, dass er nicht unter Zeitdruck stehe, die freie Entscheidung lässt, auf eine längere Bedenkzeit zu verzichten. Ein solcher Verzicht sollte aus Beweisgründen entsprechend dokumentiert werden (OLG Oldenburg Urt. v. 25. 3. 1997, AZ 5U 184/95 VersR 1998, 769).

Qualitätsaufklärung

Höherwertige Behandlung andernorts. Aktuell wird diskutiert, ob eine Pflicht zur Aufklärung über eine qualitative höherwertige Behandlung besteht, die der aufgesuchte Arzt oder das entsprechende Krankenhaus nicht vorhalten. Unstrittig ist, dass eine Behandlung unter dem medizinischen Standard pflichtwidrig ist. Fraglich ist, ob der behandelnde Arzt oder das Krankenhaus für die Unterlassung des Hinweises oder der entsprechenden Information haften kann, dass die Behandlung andernorts auf höherem Niveau erfolgt. Bestehen allerdings für die Durchführung einer konkreten medizinischen Maßnahme an einem anderen Ort eindeutig bessere Rahmenbedingungen, die signifikant höhere Heilungschancen versprechen, so ist darauf hinzuweisen [7]. Dieser Aspekt kann zukünftig für die interventionelle Radiologie mit ihren dedizierten Behandlungsverfahren von Relevanz sein.

Evidenzbasierte Standards. Zunehmend besteht die Tendenz, medizinische Standards auf Evidenz aus wissenschaftlichen Untersuchungen zu stützen. Dies lässt auch die Pflicht zur Aufklärung über Art und Risiken der Behandlung nicht unberührt. Je mehr evidenzbasierte Standards vorhanden sind, umso relevanter wird die Pflicht des Arztes darüber aufzuklären – unabhängig davon, ob er die Behandlungsmethoden anwenden oder davon abweichen will. Grundsätzlich gilt, dass der Arzt gut daran tut, den Patienten über Art, Risiken und Vorteile eines evidenzbasierten Behandlungskonzepts aufzuklären und die Entscheidung über das anzuwendende Konzept ihm zu überlassen [9].

Wirtschaftliche Aufklärung

Wirtschaftliche Folgen einer Behandlung. Der Arzt muss seinen Patienten als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag auch auf mögliche wirtschaftliche Folgen einer Behandlung hinweisen. Die wirtschaftliche Aufklärung betrifft die Beratung über Fragen der Kostenerstattung durch den Krankenversicherer, beispielsweise wegen der fehlenden Erstattungspflicht hinsichtlich ärztlicher Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (BGH NJW 2000, 999). Ebenso besteht eine Aufklärungspflicht in wirtschaftlicher Hinsicht bei der Anwendung von Außenseitermethoden. Die Patienten sind mit aller Deutlichkeit auch auf die wirtschaftlichen Folgen ihres Handelns hinzuweisen, insbesondere, wenn es sich um kostspielige Therapien handelt, deren Wirksamkeit nicht erwiesen ist.

Nicht persönlich erbrachte Leistungen. Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 25. 1. 2012 hat außerdem die auch strafrechtliche Haftung von Ärzten bei der Privatliquidation von nicht persönlich erbrachten Leistungen erheblich verschärft. Ein privatliquidierender Arzt wurde zu einer Freiheitsstrafe von 3½ Jahren verurteilt, weil er bei der Abrechnung von Laborleistungen nicht darauf hingewiesen hat, dass er diese nicht persönlich erbracht hat.

Eine eindeutige Pflicht, über qualitativ höherwertige Behandlungen aufzuklären, besteht nicht. Eine wirtschaftliche Aufklärung ist eine Aufklärung über die Kosten der Behandlung, wenn diese nicht von der Krankenversicherung übernommen werden.

Dokumentation

Der Arzt und der Krankenhausträger müssen im Haftungsprozess die ordnungsgemäße Aufklärung beweisen. Schriftliche Hinweise und Abbildungen sind von Vorteil und ergänzen das Aufklärungsgespräch. Die häufig verwendeten handelsüblichen Aufklärungsbögen sind zu datieren und vom Patienten und vom Arzt zu unterschreiben. Geboten ist eine Individualisierung hinsichtlich der spezifischen Risiken durch Unterstreichungen, Streichungen oder Zusätze. Der BGH hält es für ausreichend, wenn der Arzt in den Krankenunterlagen dokumentiert hat, dass, wann und über welche Risiken aufgeklärt worden ist. Hilfreich ist, wenn die sachgemäße Aufklärung durch Mitarbeiter belegt werden kann. Eine schriftlich dokumentierte Aufklärung ist ein Indiz, das im Zweifelsfall vom Patient widerlegt werden muss (BGH NJW 1999, 863).

Der Arzt muss die ordnungsgemäße Aufklärung beweisen. Ein individualisierter, datierter und unterschriebener Aufklärungsbogen kann das Aufklärungsgespräch ergänzen. Die Aufklärung sollte im Krankenblatt oder der EDV dokumentiert und archiviert werden.

Praxistipp

Aufklärung vor einer i. v. Kontrastmittelgabe

- Aufklärung durch einen Arzt
- Aufklärung außerhalb des Untersuchungsraums
- Aufklärung vor einer medikamentösen Prämedikation
- Aufklärung ohne Zeitdruck für den Patienten
- Aufklärung durch Patient und Arzt mittels Unterschrift bestätigt
- Aufklärung im Krankenblatt und/oder der EDV dokumentiert und archiviert

Hinweis

Nach Fertigstellung des Manuskripts wurde das Patientenrechtgesetz verabschiedet [11]. Praktische Konsequenzen sind nicht absehbar.

Kernaussagen

- Begibt sich ein Patient in ärztliche Behandlung, kommt ein Behandlungsvertrag zustande. Aus dem Behandlungsvertrag ist die Behandlungspflicht die primäre Pflicht des Arztes. Er hat die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung.
- Zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Handelns gehört das Einverständnis des Patienten in die ärztliche Behandlung und/oder den ärztlichen Eingriff nach ordnungsgemäßer Aufklärung. Aufklärungsdefizite machen Eingriffe wegen fehlender Einwilligung des Patienten rechtswidrig und führen bei Verschulden des Arztes im Grundsatz zur Haftung für alle Schäden. Der Arzt muss die ordnungsgemäße Aufklärung beweisen.
- Bei der Aufklärung unterscheidet man die Selbstbestimmungs- und die therapeutische Aufklärung. Erstere ist die Basis- oder Grundaufklärung und umfasst Diagnose-, Verlaufs- und Risikoaufklärung, Letztere ist eine Sicherungsaufklärung und soll den Patienten vor Folgen, insbesondere durch sein Verhalten, warnen.
- Aufklärungspflichtiger ist der Arzt, Adressat ist der erwachsene, mündige Patient, der persönlich und mündlich aufgeklärt wird. Bei Minderjährigen bedarf es der Einwilligung beider Elternteile. Bei Sprachproblemen muss ein Dolmetscher hinzugezogen werden. Bei bewusstlosen Patienten kann bei vitaler Indikation in dessen mutmaßlichen Willen behandelt werden.
- Der Aufklärungszeitpunkt ist so zu wählen, dass der Patient durch die Einwilligung von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen kann.

Abstract

Prudent and ethical medical practice requires close communication between the patient and the physician. The patient must have every opportunity to understand the treatment or procedure the patient is to receive and its reasonable alternatives, to have all questions answered, and to fully consent to the treatment and procedure. The aim of this article is to explain the basic practical and legal principles of the patient information in diagnostic and interventional radiology.

Keywords

Diagnostic and interventional radiology · patient information · informed consent

Über die Autoren

Rolf Vossenhric



Prof. Dr. med. 1980–1986 Studium der Humanmedizin und Promotion an der Georg-August-Universität Göttingen. 1986–1988 Assistenzarzt in der Abteilung Strahlentherapie. 1988–1993 Assistenzarzt in der Abteilung Röntgendiagnostik der Universitätsmedizin Göttingen. 1993 Erwerb der Gebietsbezeichnung Radiologie. 1998 Habilitation über die MR-Angiografie der Becken- und Beinarterien. 1994–2003 Oberarzt in der Abteilung Röntgendiagnostik der Universitätsmedizin Göttingen. 2003–2011 MRT im Friederikenstift (Röntgenpraxis am Marstall) in Hannover. Seit 2012 in der Praxis für moderne Schnittbilddiagnostik in Göttingen.

Stefan Kühn



Rechtsanwalt und Fachanwalt für Arbeitsrecht und Medizinrecht, Kuentzle Rechtsanwälte Partnerschaft Karlsruhe. 1977–1982 Jura-Studium in Heidelberg und Freiburg. 1983–1987 Zivildienst und juristisches Referendariat in Karlsruhe. 1988 Zulassung als Rechtsanwalt, seit 1994 auch Fachanwalt für Arbeitsrecht, seit 2006 auch Fachanwalt für Medizinrecht. Mitglied in den Arbeitsgemeinschaften Arbeitsrecht und Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein (DAV).

Peter Reimer



Prof. Dr. med. 1986–1989 und 1991 Assistenzarzt in der Abteilung Diagnostische Radiologie I, MHH. 1989–1991 Research Fellow in Radiology, Department of Radiology, MGH-NMR Center, Massachusetts General Hospital. 1992 Abteilung Strahlentherapie und spezielle Onkologie, MHH. 1993 Facharzt für Radiologie. 1993–1999 Institut für Klinische Radiologie, Universitätsklinikum Münster, Zentrale Röntgendiagnostik. 1999 Facharzt für Neuroradiologie. Seit 1999 Leiter des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie am Städtischen Klinikum Karlsruhe.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Rolf Vosshenrich
 Praxis für moderne Schnittbilddiagnostik
 Bahnhofsallee 1d
 37081 Göttingen
 Tel. 0551 8207422
 E-Mail: vosshenrich@t-online.de

Literatur

- 1 Tomczak R, Schnabel S, Ulrich P et al. Häufigkeit und Ursache zivil- und strafrechtlicher Verfahren in der Radiologie. *Radiologe* 2006; 46: 557 – 566
- 2 Laum H-D. Außergerichtliche Streitbelegung in Arzthaftungs-sachen – Bilanz, Analysen, Prognosen der Gutachterkommission Nordrhein. *MedR* 2011; 29: 230 – 232
- 3 Hoppe JD. Recht und Medizin – Herausforderung für den Berufsstand. *MedR* 2011; 29: 216 – 221
- 4 Dettmeyer R. Aufklärung und Einwilligung. In: Dettmeyer R (Hrsg) *Medizin & Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt.* Heidelberg: Springer; 2006: 27 – 46
- 5 Pahade J, Couto C, Davis RB et al. Reviewing imaging examination results with a radiologist immediately after study completion: patient preferences and assessment of feasibility in an academic department. *Amer J Roentgenol* 2012; 199: 844 – 851
- 6 Marschner M, Stroszczyński C. Patientenaufklärung in der Interventionellen Radiologie. *Radiologe* 2008; 48: 171 – 174
- 7 Deutsch E, Spickhoff A. Einwilligung und Aufklärung. In: Deutsch E, Spickhoff A (Hrsg) *Medizinrecht.* Heidelberg: Springer; 2007: 162 – 219
- 8 Reimer P. Medico-legal aspects of obtaining consent. 16.12.2012 http://www.esir.org/cslide/library/esir/mylibrary/search/session/0/410_10262
- 9 Steffen E. Einige Gedanken zur Arzthaftung unter einer evidenz-basierten Medizin. Ahrens H-J, von Bar C, Fischer G et al. (Hrsg.) *Medizin und Haftung. Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag.* Heidelberg: Springer; 2009: 615 – 634
- 10 Janda C. Fehlverhalten des Arztes. In: Janda C (Hrsg) *Medizinrecht.* Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft; 2010: 308 – 314
- 11 Patientenrechtegesetz. 16.4.2013 <http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechtegesetz.htm>

CME-Fragen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den vorangehenden Beitrag. Bitte schicken Sie uns die entsprechenden Lösungsbuchstaben. Jeweils eine Antwort ist richtig. Die Vergabe von CME-Punkten ist an die korrekte Beantwortung der Multiple-Choice-Fragen gebunden.

1

Welche der folgenden Aussagen zum Behandlungsvertrag ist *nicht* richtig?

- A Er ist die primäre Pflicht des Arztes.
- B Es ist eine besondere Form einzuhalten.
- C Er kann durch Aufsuchen der Praxis zustande kommen.
- D Er kann durch die Vergabe eines Termins zustande kommen.
- E Er kann durch die Übernahme einer Behandlung zustande kommen.

2

Welche der folgenden Aussagen zur Selbstbestimmungsaufklärung ist *nicht* richtig?

- A Sie soll die Willensfreiheit des Patienten gewährleisten.
- B Zu ihr zählt die Diagnoseaufklärung.
- C Zu ihr zählt die therapeutische Aufklärung.
- D Zu ihr zählt die Verlaufsaufklärung.
- E Zu ihr zählt die Risikoaufklärung.

3

Welche der folgenden Aussagen zur Risikoaufklärung ist *nicht* richtig?

- A Sie unterrichtet im „Großen und Ganzen“.
- B Sie beinhaltet eine Grundaufklärung.
- C Sie beinhaltet im Einzelfall die Aufklärung über atypische Risiken.
- D Es muss über die Wahl der richtigen Behandlungsmethode aufgeklärt werden.
- E Das Ausmaß der Aufklärung verhält sich zur Dringlichkeit des Eingriffs umgekehrt proportional.

4

Welche der folgenden Aussagen zur therapeutischen Aufklärung ist *nicht* richtig?

- A Sie stellt eine echte Aufklärung dar.
- B Der Patient muss über das Risiko einer Nichtbehandlung informiert werden.
- C Es muss auf Kontrolluntersuchungen hingewiesen werden.
- D Sie beinhaltet Informationen über die Medikation.
- E Sie ist wichtig, wenn die Mitwirkung des Patienten erforderlich ist.

5

Wer führt das Aufklärungsgespräch?

- A Krankenschwester
- B Krankenpfleger
- C Arzt
- D medizinische Fachangestellte
- E Anästhesieschwester

6

Welche der folgenden Aussagen ist richtig?

- A Die Aufklärung muss nicht persönlich durch den Arzt erfolgen.
- B Ein Aufklärungsbogen ist ausreichend.
- C Eine telefonische Aufklärung ist bei Einverständnis des Patienten möglich.
- D Minderjährige können selbst einwilligen.
- E Bei seelischer Erkrankung ist keine Aufklärung erforderlich.

CME-Fragen

Aufklärung in der Radiologie

7

Welche der folgenden Aussagen zum Aufklärungszeitpunkt ist *nicht* richtig?

- A Eine Aufklärung im Untersuchungsraum ist unwirksam.
- B Eine Aufklärung auf dem OP-Tisch ist unwirksam.
- C Eine Aufklärung nach erfolgter Prämedikation ist unwirksam.
- D Eine Aufklärung auf dem Untersuchungstisch ist unwirksam.
- E Eine Aufklärung am Vortag eines Eingriffs ist unwirksam, weil der Patient das Für und Wider des Eingriffs abwägen kann.

8

Was zählt zu den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Aufklärung?

- A Die Aufklärung erfolgt immer per Telefon.
- B Mit der Aufklärung sollte sich der Arzt nicht belasten.
- C Die Aufklärung kann an eine Fachschwester delegiert werden.
- D Die Aufklärung kann an einen anderen Arzt delegiert werden.
- E Die Aufklärung sollte aus Zeitgründen direkt vor einem Eingriff erfolgen.

9

Welche der folgenden Aussagen zu Dokumentation ist *nicht* richtig?

- A Der Arzt muss im Haftungsprozess die ordnungsgemäße Aufklärung beweisen.
- B Die Krankenschwester muss im Haftungsprozess die ordnungsgemäße Aufklärung belegen.
- C Der Krankenhausträger muss im Haftungsprozess die ordnungsgemäße Aufklärung belegen.
- D Aufklärungsbögen sind zu datieren.
- E Aufklärungsbögen sollten unterschrieben werden.

10

Welche der folgenden Aussagen ist richtig? Die wirtschaftliche Aufklärung

- A betrifft die Beratung über Fragen der Kostenerstattung durch den Krankenversicherer.
- B ist Teil der Selbstbestimmungsaufklärung.
- C muss immer folgen.
- D darf nie unterlassen werden.
- E ist bei Außenseitermethoden irrelevant.

CME.thieme.de

CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.