

**Diplomarbeit**

**Aufklärung fremdsprachiger Patienten/innen am Beispiel  
der Zahnheilkunde**

eingereicht von

**Andrea Verena Zinkl**

Geb.Dat.: 14.08.1985

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der Zahnheilkunde**

**(Dr. med. dent.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin**

unter der Anleitung von

**ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Wolfgang Kröll**

## **EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

Graz, Jänner 2013

.....

*Andrea Zinkl*

## **DANKSAGUNG**

An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei meinem Betreuer Univ.-Prof. Dr. med. univ. Wolfgang Kröll für die Bereitstellung des Diplomarbeitsthemas, für die freundliche und kompetente Betreuung und für seine immerwährende Geduld bedanken.

Mein größter Dank gilt meiner Mama Maria Schaut, meinem Papa Reinhard Besel und dessen Gattin Waltraud Besel, die mich während der gesamten Studienzeit sowohl finanziell als auch moralisch immer unterstützt haben. Bei meinem Bruder Christian Besel möchte ich mich für die computertechnische Unterstützung während der Erstellung meiner Diplomarbeit bedanken.

Ein besonderer Dank gilt auch meinen Großeltern Ingeborg und Anton Zinkl, die mir stets Kraft und Mut gegeben haben.

## **ZUSAMMENFASSUNG**

Aufgrund der in den letzten Jahren ansteigenden Migrationsbewegungen stellen sich für westliche Staaten Europas neue Herausforderungen bezüglich des Gesundheitssystems.

Die Aufklärung des/der Patienten/in vor medizinischen Eingriffen wird immer wichtiger und von allen Seiten immer mehr diskutiert. Trotz lege artis durchgeführter Behandlungen kommt es immer wieder zu Verurteilungen aufgrund versäumter Aufklärungspflicht. Man ist also sowohl als Allgemeinmediziner/in als auch als Zahnmediziner/in angehalten, sich genau an die Regeln der Aufklärung zu halten, der Zeitdruck im Beruf soll und darf nicht zu Mängeln in der Aufklärung führen. Die Aufklärung von Patienten mit Migrationshintergrund stellt für Ärzte/innen eine große Herausforderung dar, da nicht nur sprachliche Barrieren, sondern auch kulturelle Unterschiede zu Verständnisproblemen führen können.

In der vorliegenden Arbeit werden die Regeln der Aufklärung genau erläutert, insbesondere auch die Zahnheilkunde betreffend, die Problematik der Patienten/innen mit Migrationshintergrund wird beschrieben und Lösungsansätze werden vorgeschlagen, wie man die Thematik der Aufklärung sowohl für Ärzte/innen als auch Patienten/innen in korrekter Form durchführen kann, um jedem/r Patienten/in die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.

## **ABSTRACT**

Due to increasing migration movements, western European states are consistently facing new challenges regarding their health care systems.

The importance of informing the patients on their impending treatment is progressively being highlighted and discussed. Even though patients are treated *lege artis*, medical practitioners are still subject to judicial sentences for neglecting their legal obligation to inform the patient sufficiently. Both general medical practitioners and dental specialists should accurately abide by the rules of informing their patients, as being under serious time pressure does not justify negligence and incorrect patient information. When dealing with patients with migration backgrounds, difficulties in informing them are often caused by language barriers and cultural differences.

This thesis examines the rules of patient information in detail, with particular focus on dentistry; the abovementioned language problems when informing patients with migration backgrounds; methods of overcoming these issues; and how to facilitate the process of medical clarification for both the patient and the doctor, in order to guarantee the best possible medical treatment for each and every patient.

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CT	Computertomographie
DVT	Dentale Volumetomographie
d.h.	das heißt
etc.	Et cetera
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
f	folgend
ff	fortfolgend
ÖGH	Österreichischer Gerichtshof
z.B.	zum Beispiel

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abb. 1: Aufklärungsbogen für die Entfernung eines retinierten Weisheitszahnes an der Universitätsklinik für Zahn-Mund- und Kieferheilkunde Graz

Abb. 2: Aufklärungsbogen in englischer Sprache für die Entfernung eines retinierten Weisheitszahnes an der Universitätsklinik für Zahn-Mund- und Kieferheilkunde Graz

Abb. 3: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/einbuengerungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/einbuengerungen/index.html)

## INHALTSVERZEICHNIS

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG .....	II
DANKSAGUNG .....	III
ZUSAMMENFASSUNG .....	IV
ABSTRACT .....	V
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	VI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	VII
1 Einleitung .....	1
1.1 Problemstellung .....	1
1.2 Zielsetzung .....	2
2 Material und Methode .....	3
2.1 Literaturrecherche .....	3
3 Problemstellung anhand des Präzedenzfalles Rafalla EI-K .....	4
4 Warum muss der/die Patient/in aufgeklärt werden .....	7
4.1 Aufklärung allgemein .....	7
5 Worüber muss der/die Patient/in aufgeklärt werden .....	8
5.1 Selbstbestimmungsaufklärung .....	8
5.1.1 Diagnoseaufklärung .....	8
5.1.2 Informationen über Behandlung, Alternativen und Gefahren bei Unterlassung der Behandlung .....	9
5.1.2.1 Folgen bei Nichtbehandlung .....	10
5.1.3 Risikoaufklärung .....	10
5.1.3.1 Eingriffsspezifische und typische Risiken .....	10
5.1.3.2 Allgemeine Komplikationsrisiken .....	11
5.1.3.3 Patienten/innenbezogene Risiken .....	11
5.1.3.4 Behandler/innenbezogene Risiken .....	11

5.1.4	Information zur Person des/der behandelnden Arztes/Ärztin/Operators/in .....	12
5.2	Therapeutische Aufklärung oder Sicherungsaufklärung .....	13
5.2.1	Komplikationsdichte und typische Risiken .....	14
5.2.2	Der/die Patient/in und seine/ihre Persönlichkeitsstruktur .....	15
5.2.3	Intellektuelle Fähigkeiten des/der Patienten/in.....	15
5.2.3.1	Psychische Verfassung und Belastbarkeit.....	15
5.2.3.2	Patienten/innen mit Vorinformation und medizinischen Kenntnissen 16	
5.2.3.3	Der/die fremdsprachige Patient/in und Patienten/innen anderer Kulturkreise .....	16
6	Von wem ist der/die Patient/in aufzuklären.....	17
6.1	Allgemein.....	17
6.2	Dokumentationspflicht .....	17
6.2.1	Umfang der Dokumentationspflicht.....	17
6.2.2	Aufbewahrungspflicht.....	18
6.2.3	Beweismittel im Falle eines gerichtlichen Prozesses .....	18
6.3	Delegation der ärztlichen Aufklärung.....	18
6.4	Aufklärungsverzicht .....	19
6.5	Therapeutisches Privileg .....	19
7	Wann muss der/die Patient/in aufgeklärt werden .....	20
7.1	Ort und Zeit der Aufklärung .....	20
8	Wie muss der/die Patient/in aufgeklärt werden .....	21
8.1	Der ärztliche Behandlungsvertrag .....	21
8.1.1	Allgemein .....	21
8.1.2	Vertragsparteien .....	22
8.1.3	Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit.....	22
8.1.3.1	Geschäftsfähigkeit.....	22

8.1.3.2	Einwilligungsfähigkeit .....	23
8.1.3.3	Einsichts- und Urteilsfähigkeit .....	23
8.1.3.4	Formen der Einwilligung .....	24
8.1.4	Beendigung des Behandlungsvertrags .....	24
9	Die zahnärztliche Aufklärung .....	26
9.1	Allgemein.....	26
9.2	Formulare zur Aufklärung .....	27
9.3	Aufklärungsbogen: operative Entfernung von Weisheitszähnen .....	29
10	Der/die fremdsprachige Patient/in .....	37
10.1	Allgemein .....	37
10.2	Ausländeranzahl in Österreich .....	38
10.3	Aufklärung fremdsprachiger Patienten/innen .....	39
10.3.1	Anforderungen an den/die Arzt/Ärztin.....	39
10.3.1.1	Kulturelle Kompetenz.....	39
10.3.2	Sprachliche Barrieren .....	40
10.4	Probleme hinsichtlich der Mundgesundheit.....	40
10.5	Beispiele aus der Praxis.....	41
11	Verletzung der Aufklärungspflicht .....	44
11.1	Allgemein .....	44
11.2	Arzthaftungsdiskussion .....	45
11.3	Schadensersatz .....	45
12	Konklusion.....	47
13	Literaturverzeichnis .....	49
14	Anhang.....	54

# 1 Einleitung

Wer schon einmal im Ausland erkrankt ist, weiß um die Probleme bezüglich der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin, Patient/in und Pflegepersonal. Menschen mit mangelnden Deutschkenntnissen oder Gehörlosen ergeht es in Österreich ebenso.

In Österreich leben derzeit rund 900.000 Menschen mit Migrationshintergrund, das entspricht ca. 11% der österreichischen Gesamtbevölkerung. Seit dem Jahr 2000 haben über 277.000 Einbürgerungen stattgefunden.<sup>1</sup> Nachdem die Vielzahl dieser Menschen aus nicht deutschsprachigen Ländern kommt, ist eine Aufklärung in deutscher Sprache oft schwierig.

Da die Aufklärungspflicht bzw. das Patientenrecht auf Aufklärung im Behandlungsvertrag positioniert ist, ist es von essentieller Bedeutung, dass der/die Arzt/Ärztin vor (zahn-) medizinischen Eingriffen eine rechtsgemäße Aufklärung sicherstellt.<sup>2</sup>

## 1.1 Problemstellung

Durch den Zeitdruck vor der Behandlung, das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Kulturen und vor allem durch sprachliche Barrieren kommt es immer wieder zu Missverständnissen zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in. Insbesondere die Kombination aus der Verwendung von Fachvokabular durch den/die Arzt/Ärztin und der fehlenden Sprachkenntnisse durch den/die Patienten/innen führt zu Missverständnissen und in weiterer Folge zu Behandlungsfehlern.

Der/die Arzt/Ärztin ist dazu verpflichtet, bei fremdsprachigen Patienten/innen einen/e Dolmetscher/in hinzuzuziehen oder zumindest Aufklärungsbögen in einer für den/die Patienten/in verständlichen Sprache bereitzustellen. Vielfach werden diese Ressourcen aus Zeitmangel nicht genutzt.

Oftmals würden Patienten/innen bei gewissen Behandlungen gar nicht zustimmen, wenn sie die Aufklärung verstanden hätten bzw. über die Komplikationen, Risiken und Alternativen jener Behandlung Bescheid gewusst hätten.

---

<sup>1</sup> Vgl. [http://www.statistik.at/web\\_en/statistics/population/migration/migration\\_total/index.html](http://www.statistik.at/web_en/statistics/population/migration/migration_total/index.html)  
14.08.2012

<sup>2</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.1/73

Die Arzt-Patientenbeziehung ist sehr eng, daher spielen Sprache und Kultur eine große Rolle.

Die Auseinandersetzung mit transkulturellen Kompetenzen bzw. die Anwendung dieser gewährleisten eine optimale Patientenbehandlung und Patientenbetreuung.<sup>3</sup>

## **1.2 Zielsetzung**

In der vorliegenden Arbeit soll zum einen auf die Schwierigkeit der Aufklärung fremdsprachiger Patienten/innen hingewiesen werden und zum anderen ein Lösungsansatz erläutert werden.

Im folgenden Präzedenzfall wird auf die Problematik der Aufklärung fremdsprachiger Patienten/innen aufmerksam gemacht.

---

<sup>3</sup> Vgl. [http://www.nzw.de/download/nzw11\\_kreckel\\_NOGGO.pdf](http://www.nzw.de/download/nzw11_kreckel_NOGGO.pdf) 19.07.2011

## **2 Material und Methode**

### **2.1 Literaturrecherche**

Die Inhalte der vorliegenden Arbeit beziehen sich auf eine ausführliche Literaturrecherche, deren Quellen in Fachbüchern, Fachartikeln sowie auch auf Internetseiten zu finden sind. Es gibt keine zeitliche Beschränkung bezüglich der Verfassungsdaten der recherchierten Literatur.

### 3 Problemstellung anhand des Präzedenzfalles Rafalla El-K.

Im Jahr 1988 sollten bei einem libyschen Staatsbürger (Rafalla El-K.), der an Würgeanfällen litt, Zahnextraktionen und Wurzelbehandlungen im Unterkiefer in Vollnarkose durchgeführt werden. Ein Narkosezwischenfall führte zu einem apallischen Syndrom (Neurologisches Krankheitsbild aufgrund schwerster Schädigung des Gehirns, Ausfall der gesamten Großhirnfunktion oder größerer Teile durch Unfall oder Hypoxie (Sauerstoffmangel) z.B. nach Reanimation. Die Funktionen von Zwischenhirn, Hirnstamm und Rückenmark bleiben erhalten (Spontanatmung), die Betroffenen haben vermutlich kein Bewusstsein und nur sehr begrenzte Möglichkeiten der Kommunikation. Dieser Zustand wird auch als Wachkoma (lat. *Coma vigil*) und Lucid Stupor bezeichnet.<sup>4</sup>

Der Patient wurde zwar über die Möglichkeit einer Lokalanästhesie aufgeklärt, entschied sich aber für die Vollnarkose.

Der behandelnde Zahnarzt beauftragte eine Anästhesistin, die die Vollnarkose *lege artis* (entsprechend den Regeln der medizinischen Wissenschaft) zum damaligen Stand der Medizin durchführte.

Es wurden präanästhesiologische Befunde wie EKG, Harnbefund, Blutgerinnungsparameter und ein Blutbild erhoben. Da die Werte alle in der Norm lagen, ergaben sich keine Kontraindikationen zur Vollnarkose.

Verwendet wurde ein Narkosegerät, das mit einem Vapor (Verdampfer von Narkosegas, von bei Raumtemperatur flüssigem Zustand in den gasförmigen Zustand)<sup>5</sup> ausgestattet wurde. Das Narkosegerät wurde manuell bedient und hatte keine Alarmvorrichtung im Falle einer Diskonnexion (Abziehen eines Schlauches). Warnsignal bei Sauerstoffabfall und Lachgassperre waren vorhanden.

---

<sup>4</sup> Vgl. Roche Lexikon deutsche Ausgabe: Apallisches Syndrom, <http://www.tk.de/rochelexikon/>, 14.07.2010

<sup>5</sup> Vgl. Sozialstiftung Bamberg: Vapor, [www.klinikum.bamberg.de/internet/index\\_home.php?nav=66,161,213,215,231&site=kliniken](http://www.klinikum.bamberg.de/internet/index_home.php?nav=66,161,213,215,231&site=kliniken), 19.07.2010

Die Narkoseeinleitung erfolgte nach Gabe von 0,5mg Atropin mit 200mg Brietal (ein kurz wirkendes Barbiturat, d.h. es wirkt sedierend, hypnotisch)<sup>6</sup> und 100mg Lysthenon (Muskelrelaxans). Intubiert wurde der Patient nasotracheal mit einem Tubus, welcher den Durchmesser von 7.5mm hatte. Um Atmung und Herztöne zu kontrollieren, verwendete die Narkoseärztin ein Stethoskop, welches mit einem Pflaster an der Brust des Patienten befestigt war. Zum Messen des Blutdrucks wurde jenes von der Brust gelöst und anschließend wieder befestigt. Zunächst war der Kreislauf des Patienten stabil. Fortgesetzt wurde die Narkose mit einer Sauerstoff-Lachgasmischung 2:4 und Halothan. Erst nach dem Auftreten der Spontanatmung sollte mit der Zufuhr von Halothan begonnen werden. Allerdings zeigte sich bei dem Libyer auch nach 10 bis 15 Minuten keine Spontanatmung und weder Herztöne noch Puls waren vorhanden. Nachdem die Zahnbehandlung noch nicht mal stattgefunden hatte informierte die Anästhesistin sofort den Zahnarzt. Die Wiederbelebung wurde mit 100% Sauerstoff und Herzmassage durchgeführt. Zusätzlich wurden eine Ampulle Alupent 0,5 (Betamimetikum, welches an den  $\beta$ 1-Rezeptoren des Herzens positiv inotrop, chronotrop u. dromotrop wirkt)<sup>7</sup>, 2 Ampullen Suprarenin (Adrenalin), 20ml Natriumbicarbonat.

Nach ungefähr 7 Minuten waren Herztöne wieder hörbar und auch der Puls war deutlich zu tasten. Vom eingetroffenen Notarzt wurde ein EKG geschrieben, welches Sinusrythmus zeigte. Der Patient zeigte eine oberflächliche Schnappatmung, die Pupillen waren erweitert und reagierten kaum auf Lichtreaktion. In weiterer Folge wurde der Patient auf eine Intensivstation gelegt.

Die Narkoseeinleitung wurde fehlerfrei und nach allen Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Der Gesundheitszustand des 34 Jährigen Patienten lybischer Abstammung war ohne pathologischen Befund. Alle Geräte, Techniken und Medikationen entsprachen dem damaligen Standard. Die Wiederbelebensmaßnahmen wurden lege artis durchgeführt.

Durch den Sauerstoffmangel kam es infolge zu einem apallischen Syndrom, d.h. zu einer Schädigung des Gehirns. Der Patient wurde nach Aufenthalt auf einer neurologischen Station in eine Pflegeabteilung verlegt, wo er 1996 verstarb.

---

<sup>6</sup> Vgl. Roche Lexikon deutsche Ausgabe: Barbiturat, <http://www.tk.de/rochelexikon/>, 19.07.2010

<sup>7</sup> Vgl. ebenda

Im Jahr 1991 wurde bereits Klage gegen die Anästhesistin und den Zahnarzt erhoben und Schmerzensgeld gefordert. Die Narkoseärztin und der Beklagte hätten Behandlungs- und Verhaltensfehler zu verantworten.

Der Kläger (Rafalla E.) sei über die Narkoserisiken nicht ausreichend aufgeklärt worden und die Anamnese wurde nicht sachgerecht durchgeführt.

Die Klage wurde allerdings vorerst abgewiesen, da die beiden Ärzte nach allen Regeln der ärztlichen Kunst gehandelt hätten und sogar bei der Anamnese ein Dolmetscher anwesend war. Es kann also weder der Narkoseärztin noch dem Zahnarzt ein Kunstfehler vorgeworfen werden.

In der Revision („Revision ist ein Rechtsmittel gegen Urteile. Mit der Revision kann nur eine Rechtsverletzung gerügt werden. Die Revision eröffnet somit keine neue Tatsacheninstanz“)<sup>8</sup> zeigten sich Mängel beim Berufungsverfahren und zwar in puncto ausreichende Aufklärung des Klägers über die Risiken einer Vollnarkose, diese wäre im Ersturteil nicht festgestellt worden. Somit wurde das Verfahren wieder aufgenommen um diese Beweismängel zu klären.<sup>9</sup>

Dieser Fall zeigt ganz eindeutig, dass selbst wenn die behandelten Ärzte lege artis gehandelt haben, die Problematik bei der Aufklärung liegen kann.

Der Gesetzgeber gibt Richtlinien vor nach welchen ein derartiges Aufklärungsgespräch geführt werden muss. Ebenso ist die schriftliche Dokumentation, meist in Form von Aufklärungsbögen, unerlässlich. Nutzen, Risiken und Alternativtherapien sind zu besprechen.

Das Aufklärungsgespräch muss in einer für den jeweiligen Patienten verständlichen Art und Weise durchgeführt werden, muss dem Patienten genügend Zeit für die Entscheidung geben und es muss für den Patienten auch die Möglichkeit gegeben sein, Fragen an den Arzt über die geplante Therapie zu stellen.

---

<sup>8</sup> <http://www.rechtswoerterbuch.de/recht/r/revision/> 20.08.2012

<sup>9</sup> siehe Anhang I:

[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT\\_20010315\\_OGH0002\\_0060OB00258\\_00K0000\\_000/JJT\\_20010315\\_OGH0002\\_0060OB00258\\_00K0000\\_000.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT_20010315_OGH0002_0060OB00258_00K0000_000/JJT_20010315_OGH0002_0060OB00258_00K0000_000.pdf)

## 4 Warum muss der/die Patient/in aufgeklärt werden

### 4.1 Aufklärung allgemein

*„Die zentrale Funktion der Aufklärung liegt in der Wahrung der Entscheidungsfreiheit.“<sup>10</sup>*

Der/die Patient/in muss über „das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite“<sup>11</sup> der medizinischen Behandlung informiert werden.

Die Aufklärung ist Part der ärztlichen Behandlung.

Durch die ärztliche Aufklärung ist der/die Patient/in in der Lage, sich für oder gegen den jeweiligen Eingriff zu entscheiden.

Erst nach stattgefundener ausführlicher Aufklärung, d.h. Aufklärung über die Bedeutung des medizinischen Eingriffs und dessen mögliche Folgen und Risiken, ist die Zustimmung oder Ablehnung des/der Patienten/in rechtswirksam.

Die ärztliche Aufklärung betrifft nicht nur invasive Eingriffe sondern ebenso zahnärztliche (nicht invasive), physikalische und medikamentöse Behandlungen.

Gleichermaßen muss auch bei Impfungen und Blutabnahmen aufgeklärt werden.<sup>12</sup>

Die Aufklärung kann grundsätzlich in 3 Bereiche unterteilt werden:

- die Diagnoseaufklärung
- die therapeutische Aufklärung, auch als Sicherungsaufklärung bezeichnet
- die Eingriffs- bzw. Risikoaufklärung<sup>13</sup>

Nach Diagnose und Untersuchung sollen nach heutiger Auffassung Arzt/Ärztin und Patient/in gemeinsam zu einer Entscheidung, entweder für oder gegen den Beginn der jeweilig spezifischen Behandlung, kommen.<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/76

<sup>11</sup> ebenda

<sup>12</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/76

<sup>13</sup> Vgl. Albert Benzing/P.Bannen. Praxishandbuch Anästhesie: Leitfaden für die klinische Arbeit, S13

<sup>14</sup> Vgl. Silke Edith Geißendörfer. „Die Selbstbestimmung des Entscheidungsunfähigen an den Grenzen des Rechts“, Lit. Verlag Dr. W. Hopf: Berlin 2009. S.111

## 5 Worüber muss der/die Patient/in aufgeklärt werden

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass jede Heilbehandlung und jeder operative Eingriff nur mit der Zustimmung des/der Patienten/in durchgeführt werden darf. Damit der/die Patient/in zustimmen oder ablehnen kann, muss er vorher über die Behandlung aufgeklärt werden. Dieses beinhaltet den Behandlungsablauf, mögliche Risiken, eventuelle Alternativen und auch die Folgen einer Nichtbehandlung.<sup>15</sup>

*„In jedem Fall ist die Aufklärung eine Pflicht, die auf Grundlage des „Behandlungsvertrages“ geschuldet wird.“<sup>16</sup>*

### 5.1 Selbstbestimmungsaufklärung

#### 5.1.1 Diagnoseaufklärung

Der/die Patient/in muss von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin über den jeweiligen vorliegenden Befund informiert werden.

Aufgeklärt wird nur über gesicherte Diagnosen und nicht über Verdachtsdiagnosen, denn dies führt in den meisten Fällen zu Verunsicherung und Verängstigung, es sei denn die Verdachtsdiagnose muss mit dem medizinischen Eingriff geklärt werden.<sup>17</sup>

Dies ist zum Beispiel der Fall bei zystischen Läsionen im Kieferbereich. Diese werden entfernt (Zystektomie) oder eröffnet (Zystostomie) bzw. biopsiert um sie anschließend histopathologisch befunden zu lassen um klären zu können, um welche Art der Läsion es sich wirklich handelt.

---

<sup>15</sup> Vgl. Eckhard Pitzl, Gerhard W. Huber. Behandlungsaufklärung-Risikoaufklärung-Aufklärungsbögen. RdM 1996, 113.

<sup>16</sup> Claus Penz, Ärztekammer Wien. <http://www.kassenarzt.at/index.php?id=1716>. 20.08.2012

<sup>17</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.1/77f

### **5.1.2 Informationen über Behandlung, Alternativen und Gefahren bei Unterlassung der Behandlung**

Der/die Patient/in muss sowohl über die Art und den Umfang, die Schwere und die Dringlichkeit des geplanten medizinischen Eingriffs, als auch über die Erfolgsaussichten und die etwaige Folgen, Bescheid wissen.<sup>18</sup>

*Nach Aigner/ Kletečka-Pulker/ Memmer, Handbuch Medizinrecht muss die Aufklärung demnach enthalten:*

- *Art, Wesen und Umfang der geplanten Behandlung*
- *Information, ob die Behandlung diagnostischen, therapeutischen oder prophylaktischen Zwecken dient*
- *Schwere und Dringlichkeit der Behandlung*
- *mit der Behandlung verbundene Belastungen (z.B. Schmerzen)*
- *Erfolgsaussichten und Versagensquoten der geplanten Therapie*
- *Folgen der Behandlung (z.B. Dauer der Berufsunfähigkeit)*

Alternative Behandlungsmethoden sind zu erläutern, sie könnten für den/die Patienten/in von grundlegender Bedeutung für seine/ihre Entscheidung sein. Insbesondere trifft dies im zahnärztlichen Bereich dann zu, wenn neben der Extraktion auch noch die Möglichkeit einer Wurzelspitzenresektion besteht und somit die Erhaltung des Zahnes möglich wäre.<sup>19</sup>

*„Eine Aufklärung über die möglichen alternativen Behandlungsmethoden, die weniger gefährlich sind oder besseren Erfolg versprechen, darf nicht unterbleiben. Der Arzt muss über mehrere zur Wahl stehende diagnostische oder therapeutische adäquate Verfahren informieren und die Vor- und Nachteile mit dem Patienten abwägen, damit der Patient eine echte Wahlmöglichkeit hat.“<sup>20</sup>*

---

<sup>18</sup> Vgl. Aigner/ Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.1/78

<sup>19</sup> Vgl. Klaus Oehler. Der zahnärztliche Sachverständige: Behandlungsfehler in Begutachtung und Rechtsprechung. 2.Auflage. Deutscher Zahnärzte Verlag, 2004. S.181

<sup>20</sup> Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.1/79

### **5.1.2.1 Folgen bei Nichtbehandlung**

Der/die Patient/in muss ebenso darüber informiert werden, welche Risiken und Folgen, bzw. welchen Verlauf die jeweiligen Erkrankung bei Unterlassung der Behandlung in sich birgt.<sup>21</sup>

### **5.1.3 Risikoaufklärung**

Der/die Arzt/Ärztin ist verpflichtet, über etwaige Risiken bzw. Komplikationen aufzuklären.

Der/die Patient/in muss informiert werden, dass auch bei einer Behandlung nach lege artis Risiken bzw. Komplikationen auftreten können.<sup>22</sup>

#### **5.1.3.1 Eingriffsspezifische und typische Risiken**

Dazu gehören Risiken die bei der vorgeschlagenen Therapie häufig auftreten und jene, die mit dem Eingriff typischerweise verbunden sind.

*„Die Typizität ergibt sich nicht aus der Komplikationshäufigkeit, sondern daraus, dass das Risiko speziell dem geplanten Eingriff anhaftet und auch bei Anwendung allergrößter Sorgfalt und fehlerfreier Durchführung nicht sicher zu vermeiden ist.“<sup>23</sup>*

Laut OGH sind typische Risiken beispielsweise:

- Zahnschäden nach Bronchoskopie<sup>24</sup>
- Beeinträchtigung des N.lingualis nach Extraktion von Weisheitszähnen im Unterkiefer<sup>25</sup>
- Stimmbandlähmung nach Tetanie bei Kropfoperationen<sup>26</sup>
- Hirnschädigung nach Herzoperationen<sup>27</sup>
- Schwere Nachblutung nach Nasenoperation<sup>28</sup>

---

<sup>21</sup> Vgl. Schinnenburg, Wieland. Der Rechtsratgeber für die Zahnarztpraxis: Praktische Tipps, Checklisten und Beispiele. 2.Auflage. Deutscher Zahnärzte Verlag. S.23

<sup>22</sup> Vgl. Aigner/ Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/82/a

<sup>23</sup> Aigner/ Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/82a

<sup>24</sup> OGH 18.10.1991, 8 Ob 620/91.

<sup>25</sup> OGH 2001-03-08 8 Ob 33/01p.

<sup>26</sup> OGH 23.06.1983, 3 Ob 545/82.

<sup>27</sup> OGH 3 Ob 562/84.

<sup>28</sup> OGH 28.2.2001,7 Ob 233/01

### **5.1.3.2 Allgemeine Komplikationsrisiken**

Diese Risiken beziehen sich auf jeden invasiven medizinischen Eingriff und sind für den Durchschnittspatienten weniger überraschend.

Zum Beispiel können dies Thrombosen, Blutungen während des Eingriffs, Wundinfektionen oder auch Herzstillstand bei Narkosen sein.<sup>29</sup> Speziell in der Zahnheilkunde kommt es in 9-10% der Fälle bei einer Lokalanästhesie zu Komplikationen wie:

- Ohnmacht
- Hyperventilation
- Intoxikation
- Allergische Reaktion

Des Weiteren kann es zu Problemen kommen wie:

- Hämatome
- Fazialislähmung
- Verletzung von Nachbarzähnen und Weichteilen
- Schluckstörungen
- Kopfschmerz
- Kanülenbruch
- Nervenschädigungen
- Nekrosen<sup>30</sup>

### **5.1.3.3 Patienten/innenbezogene Risiken**

Diese Komplikationen sind von körperlichen Merkmalen des/der Patienten/in abhängig, wie Alter, Gewicht, Allgemeinzustand, Diabetes, oder Allergieneigung.

Außerdem sind noch besondere Lebensumstände, d.h. berufliche oder sonstige Gründe in der Aufklärung zu erfassen.<sup>31</sup>

### **5.1.3.4 Behandler/innenbezogene Risiken**

Dabei geht es vorrangig um die apparative und personelle Ausstattung des/der Arztes/Ärztin oder der Krankenanstalt.

---

<sup>29</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/82/b

<sup>30</sup> Vgl. N.Schwenzer/M. Ehrenfeld. „Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde: Zahnärztliche Chirurgie“, New York: Thieme 2000. S.27ff

<sup>31</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/82/b

Gäbe es also in einer anderen Klinik alternative Behandlungsmethoden oder modernere Apparaturen und Techniken, ist der/die Arzt/Ärztin verpflichtet den/die Patienten/in darüber in Kenntnis zu setzen.<sup>32</sup>

Wurzelspitzenresektionen werden im niedergelassenen Bereich meist ohne Verwendung eines Mikroskops und ohne retrograde Füllung durchgeführt, während an der Grazer Universitätsklinik für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde dies ausschließlich mittels Mikroskop und obligat mit retrograder Aufbereitung und Füllung durchgeführt wird und somit die Erfolgsrate bei über 90% liegt. Der/die Arzt/Ärztin ist verpflichtet, den/die Patienten/in über diese Möglichkeit der Behandlung zu informieren.<sup>33</sup>

#### **5.1.4 Information zur Person des/der behandelnden Arztes/Ärztin/Operators/in**

Der/die Patient/in hat das Recht auf eine freie Arztwahl, und auch er/sie bestimmt darüber ob er/sie behandelt werden will und gegebenenfalls von welchem/r Arzt/Ärztin.<sup>34</sup> Der/die Patient/in unterliegt bei Aufnahme in ein Krankenhaus dem Krankenanstaltenträger und hat also nicht das Recht, sich nur von einem/r bestimmten Arzt/Ärztin behandeln zu lassen.

Allerdings gibt es unter bestimmten Umständen Ausnahmen, die dem/der Patienten/in das Recht zugestehen nur von einem/r bestimmten Arzt/Ärztin behandelt zu werden. Dies wird meist schon im Aufklärungsgespräch festgelegt oder der/die jeweilige Arzt/Ärztin vermerkt dieses mit „ipse“, d.h. er/sie selbst führt die Behandlung durch.<sup>35</sup>

---

<sup>32</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/83

<sup>33</sup> Vgl. N.Jakse. „Skriptum Orale Chirurgie I-III“. Graz 2011: Universitätsklinik für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde.

<sup>34</sup> Vgl. Diether, Barth. „Mediziner-Marketing“. Springer-Verlag Berlin: 1999. S. 169

<sup>35</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/84ff

## 5.2 Therapeutische Aufklärung oder Sicherungsaufklärung

Die therapeutische Aufklärung bzw. Sicherungsaufklärung ist mehr eine Beratung bzw. eine Aufklärung im gesundheitlichen Interesse des/der Patienten/in. Dieser Bereich der Aufklärung gehört im eigentlichen Sinn schon zur Behandlung und soll den/die Patienten/in vor Gefahren oder unerwünschten Folgen und Nebenwirkungen schützen.<sup>36</sup>

*„Die Sicherungsaufklärung erfolgt, wenn sich der Patient bereits in Behandlung befindet und warnt ihn vor den möglichen Folgen seines eigenen Verhaltens. Der Patient muss während und nach der Behandlung jenen Wissensstand erwerben, der ihm ein therapiegerechtes Verhalten („Compliance“) erlaubt. Im Gespräch ist auf die generelle Lebensführung im Sinne von Diät- und Hygienevorschriften, Medikation und Nachbehandlungen hinzuweisen.“<sup>37</sup>*

Der Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht ist im Gesetz nicht verankert und muss konkret auf den Einzelfall angepasst werden.

Der Umfang der Aufklärung ist abhängig von:

- ➔ der Persönlichkeit und dem Verhalten des/der Patienten/in,
- ➔ der Art der Erkrankung und
- ➔ der Art der Behandlung<sup>38</sup>

Als Art der Behandlung wird die Dringlichkeit der medizinischen Maßnahme verstanden. Je weniger dringlich die Behandlung zu erfolgen hat und je größer die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung ist, desto umfassender muss aufgeklärt werden. Die Aufklärung darf sich auf das Wesentliche beschränken, wenn die Behandlung lebensnotwendig ist bzw. darf sie, wenn Sofortmaßnahmen erforderlich sind entfallen.<sup>39</sup>

Ein besonderes Augenmerk ist auf kosmetische Eingriffe zu richten, bzw. auf Eingriffe, die weder sachlich notwendig noch zeitlich vordringlich sind.

---

<sup>36</sup> Vgl. Rolf, Mehringer. „Die Anfängeroperation: Zwischen Patientenrechten und Ausbildungsnotwendigkeit“. Springer Verlag Berlin, Heidelberg 2007. S. 63

<sup>37</sup> <http://www.aerzte-exklusiv.at/archiv/index.php?id=571>, 14.06.2011

<sup>38</sup> §§ 1295 ff ABGB

<sup>39</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/87

Sie unterliegen der Totalaufklärung, in der alle Für und Wider umfassend zu dokumentieren sind.

Ein weiteres Beispiel ist die Entfernung von Weisheitszähnen, welche oftmals rein prophylaktisch z.B. bei fehlendem Gegenbiss, da sie aus diesem Grund völlig funktionslos sind, extrahiert werden. Bei einer Patientin kam es dabei zu einer Beeinträchtigung des N. lingualis, welche zu Sensibilitätsstörungen und Sekretionsstörungen führt. Der behandelnde Arzt hatte nicht über diese mögliche Komplikation aufgeklärt. Es kam zur Anklage gegen den Arzt.

An der Grazer Universitätsklinik für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde ist dieser Aufklärungspunkt obligatorisch, auch wenn laut Literatur die Wahrscheinlichkeit für eine solche Komplikation nur bei 0,5 - 1% liegt.<sup>40</sup>

### **5.2.1 Komplikationsdichte und typische Risiken**

Die Häufigkeit möglicher auftretender Komplikationen wird in Prozent- oder Promillesätzen angegeben, dabei sind diese immer vom konkreten Einzelfall abhängig (z.B. lebensbedrohend, zeitweilige Beeinträchtigung oder Dauerschädigung, gesundheitliche Entwicklung des/der Patienten/in bei Unterlassen des Eingriffs).

Über neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden ist der/die Patient/in ebenfalls darüber aufzuklären, da bei diesen das Risiko noch nicht im vollen Maße abzuschätzen ist.

Über unbedeutende und äußerst seltene Risiken muss der/die Patient/in nicht aufgeklärt werden, außer es besteht im konkreten Einzelfall für den/die Arzt/Ärztin ein erkennbares Risiko.

Zu den typischen Risiken zählen jene, die speziell bei jener geplanten Behandlung gehäuft auftreten und die selbst bei korrekter Durchführung, sprich lege artis, nicht ausgeschlossen werden können.<sup>41</sup>

Dazu gehören z.B. nach operativer Weisheitszahnentfernung Schwellungen und die damit einhergehende eingeschränkte Mundöffnung.

---

<sup>40</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/89ff

<sup>41</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/91ff

Auch beim Legen tiefer Kunststofffüllungen muss der Patient darauf hingewiesen werden, dass dies Aufbissbeschwerden verursachen kann.

Sehr selten kann es auch bei sachgerechter Durchführung einer Leitungsanästhesie am N. mandibularis (N. alveolaris inf.) zu einer Schädigung des N. lingualis kommen und zu damit verbundenen Sensibilitätsstörungen. Im Einzelfall kann darüber aufgeklärt werden.<sup>42</sup>

### **5.2.2 Der/die Patient/in und seine/ihre Persönlichkeitsstruktur**

Die Aufklärung ist nicht nur von der Art der Erkrankung und des Eingriffs abhängig, sondern unter anderem auch wesentlich von der Persönlichkeitsstruktur des/der Patienten/in.<sup>43</sup>

### **5.2.3 Intellektuelle Fähigkeiten des/der Patienten/in**

*„Erst eine sachgerechte, individuelle auf die intellektuellen Fähigkeiten des einzelnen Patienten abgestimmte Aufklärung, versetzt diesen in die Lage, eigenverantwortlich und rechtlich wirksam in eine geplante Behandlung einzuwilligen („informen consent“). Der Inhalt der Aufklärung ist in vielen gerichtlichen Urteilen konkretisiert.“<sup>44</sup>*

Das Selbstbestimmungsrecht des/der Patienten/in soll somit bewahrt werden, d.h. der/die Arzt/Ärztin muss die Informationsmenge individuell bestimmen und darf den/die jeweiligen Patienten/in nicht durch ein Zuviel an Information überfordern.<sup>45</sup>

#### **5.2.3.1 Psychische Verfassung und Belastbarkeit.**

Die Aufklärung hat in schonender und verständlicher Art und Weise zu erfolgen. Sollte sich der/die Patient/in bereits in schlechter psychischer Verfassung befinden, hat der/die Arzt/Ärztin sein Aufklärungsgespräch darauf abzustimmen. Allerdings ist die Einschränkung der Aufklärung nur in Einzelfällen gestattet und nur bei vitaler Indikation zulässig.

Ein therapeutischer Vorbehalt ist gegeben, wenn durch die umfassende Aufklärung mit nicht behebbaren physischen und psychischen Schäden gerechnet werden

---

<sup>42</sup> Vgl. N.Jakse. „Skriptum Orale Chirurgie I-III“. Graz 2011: Universitätsklinik für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde

<sup>43</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.1/94

<sup>44</sup> Klaus Röttscher. „Forensische Zahnmedizin“. Books on Demand GmbH: 2003. S. 13

<sup>45</sup> Vgl. Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.1/94

muss. Es ist zwischen Selbstbestimmungsrecht des/der Patienten/in und ärztlicher Hilfeleistungspflicht abzuwägen.<sup>46</sup>

### **5.2.3.2 Patienten/innen mit Vorinformation und medizinischen Kenntnissen**

Der/die Arzt/Ärztin darf nicht davon ausgehen, dass der/die Patient/in Kenntnisse über die medizinische Maßnahme hat. Wenn dies den Anschein erweckt, dann muss sich der/die Arzt/Ärztin darüber vergewissern, ob der/die Patient/in tatsächlich über einen höheren Wissensstand verfügt. In diesem Fall ist der/die Arzt/Ärztin nicht mehr verpflichtet, über Dinge aufzuklären, die dem/der Patienten/in ohnedies bereits bekannt sind.<sup>47</sup>

### **5.2.3.3 Der/die fremdsprachige Patient/in und Patienten/innen anderer Kulturkreise**

Maßgebend für die Aufklärung über die jeweilige Erkrankung, den Krankheitsverlauf, die Behandlungsmöglichkeiten und die Risiken der Behandlung bzw. ebenso die Folgen einer Nichtbehandlung ist das Verständnisvermögen des/der Patienten/in.<sup>48</sup>

Maßgebend für die korrekte Einwilligung zu einer Behandlung ist das Selbstbestimmungsrecht. Von diesem kann der/der Patient/in aber nur Gebrauch machen, wenn er die Informationen, die ihm in der Aufklärung näher gebracht werden, auch versteht.

Erfolgt die Aufklärung aufgrund von Verständnisschwierigkeiten fehlerhaft und es tritt ein unvermeidliches Risiko oder eine Komplikation auf, über welche nicht aufgeklärt wurde oder aufgrund von Verständigungsproblemen nicht aufgeklärt werden konnte, ist der/die Arzt/Ärztin schadensersatzpflichtig, selbst wenn die Behandlung lege artis durchgeführt wurde.<sup>49</sup>

---

<sup>46</sup> Vgl. ebenda, S.I/95

<sup>47</sup> Vgl. Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.I/99ff

<sup>48</sup> Vgl.

[http://www.wernerschell.de/Rechtssalmanach/Selbstbestimmung/die\\_aufklaerung\\_von\\_auslaendischen\\_patienten.php](http://www.wernerschell.de/Rechtssalmanach/Selbstbestimmung/die_aufklaerung_von_auslaendischen_patienten.php) 28.06.2011

<sup>49</sup> Vgl. <http://www.fachgruppe-grundrechte.at/pics/grundrechtstag09/abstracts/Kletecka.pdf> 05.07.2011

## **6 Von wem ist der/die Patient/in aufzuklären**

### **6.1 Allgemein**

Die Aufklärung ist obligatorisch vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin durchzuführen. Wird der/die Patient/in von mehreren Ärzten/innen im Laufe der Erkrankung behandelt, so muss jeweils der/die Arzt/Ärztin aufklären, der/die die Behandlung durchführt. Abgesehen davon muss der/die Arzt/Ärztin die jeweilige Behandlung entweder unter Aufsicht bzw. alleine schon zuvor einmal durchgeführt haben, bevor er/sie über diese aufklären darf.<sup>50</sup>

### **6.2 Dokumentationspflicht**

Der Gesetzgeber verpflichtet den/die behandelnden Arzt/Ärztin zu einer Dokumentation jedes Behandlungsschrittes, welcher zumindest für den Fachmann nachvollziehbar sein muss.

Die Dokumentation der Behandlung ist neben der Hauptpflicht, den/die Patienten/in nach dem neuesten Stand der Wissenschaft zu behandeln, eine Nebenpflicht des Behandlungsvertrages.<sup>51</sup>

#### **6.2.1 Umfang der Dokumentationspflicht**

Abgesehen vom Behandlungsablauf, in Form von Operationsberichten müssen ebenso Anamnese bzw. Krankheitsverlauf, Befunde, angeordnete medizinische Maßnahmen (Diagnostik), Medikation, präventive und therapeutische ärztliche Maßnahmen, Zeitpunkte und Ausmaß der ärztlichen Aufklärung, Name der behandelnden Ärzte/innen (Operateure/innen) und Namen der Assistenzen und Schwestern sowie Hinweise auf empfohlene Nachbehandlung und Aufklärung über Gesundheitsfolgen bei „Nichterscheinen“ des/der Patienten/in zur Kontrolle, etc. dokumentiert werden.

---

<sup>50</sup> Vgl. <http://www.aerztekammer-bw.de/20/merkblaetter/aufklaerungspflicht.pdf> 14.07.2011

<sup>51</sup> Vgl. Kindel. „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 132ff

Auch der Umfang der Aufklärung durch den/die behandelnden Arzt/Ärztin muss schriftlich festgehalten werden.

Abbildende Aufzeichnungen wie Röntgen, CT, DVT, EKG oder EEG müssen sich ebenso in der Krankenakte des/der Patienten/in wiederfinden.

Der/die Patient/in hat jederzeit das Recht sowohl in seine Krankengeschichte Einsicht zu nehmen als auch Kopien seiner/ihrer etwaigen Röntgen oder CT-Bilder zu erhalten.<sup>52</sup>

### **6.2.2 Aufbewahrungspflicht**

Laut dem Ärztegesetz §51 ist der/die Arzt/Ärztin verpflichtet, die Dokumentation über 10 Jahre lang aufzubewahren. Im Falle einer Ordinationsübernahme ist die Dokumentation des Vorgängers zu übernehmen.<sup>53</sup>

### **6.2.3 Beweismittel im Falle eines gerichtlichen Prozesses**

Da die Dokumentationspflicht eine Nebenpflicht des Behandlungsvertrages ist, hat somit ein Verstoß gegen jene auch im Falle eines Gerichtsprozesses beweisrechtliche Konsequenzen. D.h. dass vor Gericht die Vermutung begründet wird, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme von seitens des/der Arztes/Ärztin als nicht getroffen gilt.<sup>54</sup>

### **6.3 Delegation der ärztlichen Aufklärung**

Grundsätzlich ist es so, dass der/die Arzt/Ärztin, der/die die Behandlung durchführt, auch aufklären muss.

Ein deutsches Gericht hat entschieden, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin die Aufklärung nur dann einem/r anderen Arzt/Ärztin übertragen darf, wenn er/sie sichergestellt hat, dass die Aufklärung ordnungsgemäß erfüllt wird. Er/sie muss im Arzthaftungsprozess darlegen, was er/sie dafür getan hat.

---

<sup>52</sup> Vgl. Kindel, „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 132ff

<sup>53</sup> Vgl. <http://www.kup.at/kup/pdf/9415.pdf> 23.01.2013

<sup>54</sup> ebenda

Der/die Patient/in muss in einer für ihn/sie verständlichen Sprache über mögliche Risiken eines vorgesehenen Eingriffs aufgeklärt werden.

Operiert der/die Primararzt/ärztin, so träfe diesen/er neben der depektischen Haftung auch die Haftung bezüglich der Organisation in seiner/ihrer Abteilung.<sup>55</sup>

#### **6.4 Aufklärungsverzicht**

Der/die Patient/in kann prinzipiell auf seine/ihre Aufklärung verzichten, dabei gelten die gleichen Anforderungen wie bei einer wirksamen Aufklärung. Der Umfang des Verzichts muss zuerst genau definiert werden, d.h. es muss genau festgelegt werden, ob es nur um einen speziellen Eingriff geht oder um alle Eingriffe, die mit der jeweiligen Erkrankung in Verbindung stehen. Es ist davon auszugehen, dass ein Aufklärungsverzicht im Zweifel immer restriktiv anzusehen ist.<sup>56</sup>

#### **6.5 Therapeutisches Privileg**

Es besteht die Möglichkeit, bei der Aufklärung des/der Patienten/in gewisse Risiken oder mögliche Komplikationen zu verschweigen, wenn diese negative Auswirkung auf den Behandlungsablauf haben könnte, z.B. keine psychische Bereitschaft, der Erkrankung zu widerstehen oder zu große Angst vor dem Eingriff. Allerdings haben die letzten Jahre gezeigt, dass die Tendenz zur Vollaufklärung geht und eher selten vom therapeutischen Privileg Gebrauch gemacht wird. Der/die Arzt/Ärztin hat aber darauf zu achten, dass es nicht zu einer völlig unnötigen Verunsicherung seitens des/der Patienten/in kommt. Grundsätzlich lastet aber die Entscheidung, in wie weit die Aufklärung zu erfolgen hat, alleine auf dem/der Arzt/Ärztin. Er/sie hat das Wohl des Patienten/innen zu wahren, muss aber gleichzeitig soweit Aufklärung leisten, dass eine rechtmäßige Einwilligung erfolgen kann.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> <http://www.aerztemagazin.at/dynasite.cfm?dsmid=80655&dspaid=654644> 18.07.2011

<sup>56</sup> Vgl. <http://php3.aeknoe.or.at/php3/dictionary/docs/wrapper.php3?doc=pb2K02050.html#a3>  
30.08.2011

<sup>57</sup> ebenda

## 7 Wann muss der/die Patient/in aufgeklärt werden

### 7.1 Ort und Zeit der Aufklärung

*„Die Aufklärung muss zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, an dem sich der Patient noch frei entscheiden kann. Das bedeutet, dass die Aufklärung so zeitgerecht vorgenommen werden muss, dass sich der Patient nicht durch die Nebenumstände genötigt fühlt zuzustimmen.“<sup>58</sup>*

Dem/der Patienten/in muss eine gewisse Überlegungsfrist gewährt werden können, bevor er/sie eine Entscheidung für oder gegen eine Behandlung trifft.

Es muss ihm/ihr auch die Möglichkeit gegeben werden, eine Zweitmeinung einzuholen und sich eventuell noch mit Angehörigen zu beraten. Wenn ein konkreter Eingriff geplant ist, muss die Risikoaufklärung vor Fixierung des Operationstermins erfolgen, da es oft zu psychischen Barrieren kommt, wenn bereits ein Termin festgelegt wurde.<sup>59</sup>

*„Jedenfalls steht der optimale Aufklärungszeitpunkt in Relation zu Dringlichkeit und Schwere des geplanten Eingriffes.“<sup>60</sup>*

Sollte der/die Patient/in aus einer stationären Behandlung entlassen werden, ist über die weitere Behandlungs- bzw. Verhaltensweise mittels eines Arztbriefes aufzuklären. Dieser Arztbrief geht entweder an den/die Vertrauens- oder Hausarzt/ärztin, oder bei therapeutischer Aufklärung an den/die Patienten/in selbst.<sup>61</sup>

---

<sup>58</sup>[http://universitypublisher.meduniwien.ac.at/radio2wiki/index.php/Rechtsfragen\\_in\\_der\\_Radiologie#Art der Aufkl.C3.A4rung](http://universitypublisher.meduniwien.ac.at/radio2wiki/index.php/Rechtsfragen_in_der_Radiologie#Art_der_Aufkl.C3.A4rung) 28.06.2011

<sup>59</sup> Vgl. Schramm/Stempkowski. „Die zahnärztliche Aufklärungspflicht-Eine Betrachtung aus juristischer Sicht“ RdM 1997, 136

<sup>60</sup> Schramm/Stempkowski. „Die zahnärztliche Aufklärungspflicht-Eine Betrachtung aus juristischer Sicht“ RdM 1997, 136

<sup>61</sup> Vgl. Kindel. „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 55f

## 8 Wie muss der/die Patient/in aufgeklärt werden

*„Der Patient muss rechtzeitig wissen, was medizinisch mit ihm, mit welchen Mitteln und mit welchen Risiken und Folgen, geschehen soll.“<sup>62</sup>*

In jedem Fall muss vor der Behandlungsmaßnahme ein ärztliches Aufklärungsgespräch stattgefunden haben. Ein Aufklärungsformular mit der Unterschrift des/der Patienten/in ist nicht ausreichend. Der/die Arzt/Ärztin ist dazu verpflichtet im Gespräch mit dem/der Patienten/in einerseits auf die Behandlungsschritte hinzuweisen, und andererseits die möglichen Risiken zu erläutern. Das Aufklärungsgespräch muss in einer für den/die Patienten/in verständlichen Sprache erfolgen, d.h. der Bildungsstand des/der Patienten/in muss mitberücksichtigt werden.

Sollte es sich um einen/e fremdsprachigen/e Patienten/in handeln, und besteht die Möglichkeit, dass dieser/e die Bedeutung der Aufklärung nicht verstanden hat, so muss der/die Arzt/Ärztin dafür sorgen, dass dieses Gespräch in eine für den/die Patienten/in verständliche Sprache übersetzt wird. Kommt es zu keiner Übersetzung jenes Informationsgesprächs, so kann dem/der Arzt/Ärztin die Verletzung der Aufklärungspflicht angelastet werden.<sup>63</sup>

### 8.1 Der ärztliche Behandlungsvertrag

#### 8.1.1 Allgemein

Der Behandlungsvertrag gilt als rechtliche Grundlage des Verhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in. Dies gilt sowohl für Privat- als auch für Kassenpatienten/innen. Der Vertrag gilt für den/die behandelnden Arzt/Ärztin und für die Krankenanstaltenträger. Im Falle eines Fehlverhaltens seitens eines/r Spitalarztes/ärztin haftet der Krankenanstaltenträger.

Bei stationärer Aufnahme gibt es einen Krankenhausaufnahmevertrag, in welchem verankert ist, dass die Behandlung durch medizinisches Personal, welches auch als

---

<sup>62</sup> <http://www.aerztekammer-bw.de/20/merkblaetter/aufklaerungspflicht.pdf> 14.07.2011

<sup>63</sup> Vgl. Kindel, „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 55

Erfüllungsgehilfen bezeichnet wird, d.h. angestellte Ärzte/innen, Krankenschwestern, Hebammen, durchgeführt werden muss.<sup>64</sup>

*„Der mit dem Arzt oder dem Träger der Krankenanstalt geschlossene Behandlungs- bzw. Krankenhausaufnahmevertrag bildet die wesentliche Grundlage für die Informationspflicht des Arztes, da zu den vertraglichen Pflichten auch die Aufklärung des Patienten über Art und Schwere der Krankheit, über mögliche Gefahren und schädliche Folgen der Behandlung oder ihrer Unterlassung zählt.“*<sup>65</sup>

### **8.1.2 Vertragsparteien**

Zwischen dem/der Arzt/Ärztin bzw. der Krankenanstalt und dem/der Patient/in kommt es zum Behandlungsvertrag, welcher entweder in mündlicher oder schriftlicher Form abgeschlossen wird.

Der Vertragsabschluss erfolgt durch schlüssiges Verhalten, welches keine andere Interpretation zulässt.<sup>66</sup>

### **8.1.3 Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit**

Die Haftung des/der Arztes/Ärztin kann nur bei wirksamer Zustimmung des/der Patienten/in ausgeschlossen werden. Dies setzt voraus, dass der/die Patient/in sich im Klaren ist, wozu er eingewilligt hat. Davor muss der/die Patient/in über die Erkrankung, deren Behandlung, Risiken und Folgen einer Nichtbehandlung aufgeklärt worden sein und dieses auch verstanden haben. Im lebensbedrohlichen Notfall darf der/die Arzt/Ärztin von einer mutmaßlichen Einwilligung ausgehen.<sup>67</sup>

#### **8.1.3.1 Geschäftsfähigkeit**

Die Seite des/der Arztes/Ärztin kann in diesem Fall vernachlässigt werden und somit bezieht sich die Thematik grundsätzlich nur auf die Seite des/der Patienten/in.

---

<sup>64</sup> Vgl. Kindel. „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 21

<sup>65</sup> Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer. Handbuch Medizinrecht (2010). S.1/73

<sup>66</sup> Vgl. Kindel. „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 24 ff

<sup>67</sup> <http://noe.arbeiterkammer.at/online/zustimmung-heilbehandlung-7779.html> 05.06.2011

Nach österreichischem Gesetz tritt die Geschäftsfähigkeit mit Vollendung des 18. Lebensjahres ein. Bei Patienten/innen, die jünger sind und Patienten/innen mit geistiger Behinderung oder Erkrankung bzw. bei jenen, die unter Sachwalterschaft stehen, muss der Vertragsabschluss durch die Zustimmung der Sachwalterschaft erfolgen, d.h. durch Eltern oder Sachwalter.<sup>68</sup>

### **8.1.3.2 Einwilligungsfähigkeit**

Jeglicher Eingriff in die körperliche Integrität, dieses gilt auch insbesondere für medizinische Behandlungen, ist im Grunde rechtswidrig und gilt als Körperverletzung laut Strafgesetzbuch<sup>69</sup>, „es sei denn, es liegen besondere Rechtfertigungsgründe wie insbesondere die Einwilligung des Patienten vor“.<sup>70</sup>

Als einwilligungsfähig gilt der/die Patient/in bereits mit Vollendung des 14. Lebensjahres.

Erst nach Einwilligung darf die Behandlung durchgeführt werden, ausgenommen Gefahr im Verzug rechtfertigt eine sofort zu erfolgende Behandlungsmaßnahme. Damit die Einwilligung rechtskräftig ist muss der/die Patient/in sowohl einsichts- als auch urteilsfähig sein.

Fehlt die Einwilligungs- und Urteilsfähigkeit, so muss der/die jeweilige Sachwalter/in bzw. Elternteil die Zustimmung oder Ablehnung zur Behandlung erteilen.<sup>71</sup>

### **8.1.3.3 Einsichts- und Urteilsfähigkeit**

Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist vor jeder Behandlung bzw. Zustimmung zu dieser vom/von der Arzt/Ärztin individuell zu prüfen. Im Zweifelsfall hat sich der/die Arzt/Ärztin an die Regelung des Gesetzgebers zu halten:

- Minderjährige im Alter von 0 bis 14 Jahren gelten als nicht einsichts- und urteilsfähig und sind daher nicht einwilligungsfähig.
- Minderjährige im Alter von 14 bis 18 Jahren gelten als einsichts- und urteilsfähig und sind daher einwilligungsfähig.

---

<sup>68</sup> Vgl. Kindel. „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 21

<sup>69</sup> Vgl. Haslinger. „Probleme der ärztlichen Aufklärung und Patienteneinwilligung“. AnwBl: 1994. S.866-872

<sup>70</sup> Kindel. „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 25f

<sup>71</sup> Vgl. Kindel. „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 26ff

In speziellen Fällen kann und muss der/die Arzt/Ärztin von dieser Regelung abweichen, wenn dieser/e erkennt, dass dem/der Patienten/in sowohl Einsichts- als auch Urteilsfähigkeit fehlen.

In diesem Fall ist die Zustimmung zu einer Behandlung vom gesetzlichen Vertreter zu holen.

Bei einer Fehleinschätzung kann der/der behandelnde Arzt/Ärztin zum Schadensersatz verpflichtet werden.<sup>72</sup>

#### **8.1.3.4 Formen der Einwilligung**

Es gibt keine vom Gesetzgeber vorgeschriebene Art der Einwilligung, d.h. es kann sowohl in mündlicher und schriftlicher Form als auch konkludent eingewilligt werden. Allerdings empfiehlt sich aus Gründen der Beweissicherung die schriftliche Einwilligung.<sup>73</sup>

#### **8.1.4 Beendigung des Behandlungsvertrags**

Dieser endet durch Erfüllung, Zweckerreichung, einvernehmliche Auflösung, Tod und einseitige Kündigung von Arzt/Ärztin oder Patient/in oder auch aus Gründen der Störung der Vertrauensbasis.<sup>74</sup>

*„Kündigen kann sowohl der Patient, wodurch dem Arzt aber trotzdem Honoraransprüche aus bisher erbrachten Leistungen entstehen, als auch der Arzt, hier allerdings unter der Berücksichtigung des § 50 Abs. 1 ÄrzteG, wonach der Rücktritt rechtzeitig anzuzeigen ist.“<sup>75</sup>*

§ 50 ÄrzteG:

*"Abs. (1) Beabsichtigt ein Arzt von einer Behandlung zurückzutreten, so hat er seinen Rücktritt dem Kranken oder den für dessen Pflege verantwortlichen Personen, erforderlichenfalls auch der Aufenthaltsgemeinde des Kranken, wegen Vorsorge für anderweitigen ärztlichen Beistand, rechtzeitig anzuzeigen."*

---

<sup>72</sup> ebenda

<sup>73</sup> ebenda

<sup>74</sup> Vgl. [http://www.medizinrecht-stickler.at/02\\_Medizinrecht/02-03\\_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.html](http://www.medizinrecht-stickler.at/02_Medizinrecht/02-03_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.html).  
28.08.2012

<sup>75</sup> [http://www.medizinrecht-stickler.at/02\\_Medizinrecht/02-03\\_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.html](http://www.medizinrecht-stickler.at/02_Medizinrecht/02-03_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.html).  
28.08.2012

*Abs. (2) Werden in dringenden Fällen gleichzeitig mehrere Ärzte gerufen, so übernimmt, wenn der Kranke selbst keine Entscheidung trifft und kein Einvernehmen erzielt wird, der Arzt die Behandlung, der als erster von den herbeigerufenen Ärzten eingetroffen ist.*

*Abs. (3) In den Fällen des Abs. 2 kann der Arzt eine Vergütung auch dann beanspruchen, wenn keine Behandlung stattgefunden hat, obwohl der Arzt hierzu bereit war."<sup>76</sup>*

---

<sup>76</sup> Österreichisches Ärztegesetz. §50

## 9 Die zahnärztliche Aufklärung

### 9.1 Allgemein

Laut §18 des österreichischen Zahnärztegesetzes:

*„(1) Angehörige des zahnärztlichen Berufs haben die in ihre zahnärztliche Beratung und Behandlung übernommenen Personen oder deren gesetzliche Vertreter/Vertreterinnen insbesondere über*

- 1. die Diagnose,*
- 2. den geplanten Behandlungsablauf,*
- 3. die Risiken der zahnärztlichen Behandlung,*
- 4. die Alternativen der bzw. zur zahnärztlichen Behandlung,*
- 5. die Kosten der zahnärztlichen Behandlung und*
- 6. die Folgen der zahnärztlichen Behandlung sowie eines Unterbleibens dieser Behandlung*  
*aufzuklären.*

*(2) Im Rahmen der Aufklärung über die Kosten der Behandlung ist insbesondere auch darüber zu informieren, welche Behandlungskosten von dem entsprechenden inländischen Träger der Sozialversicherung bzw. der Krankenfürsorge voraussichtlich übernommen werden und welche vom/von der Patienten/Patientin zu tragen sind.*

*(3) Die Aufklärung über die vom/von der Patienten/Patientin zu tragenden Kosten der Behandlung hat in Form eines schriftlichen Heil- und Kostenplans zu erfolgen, sofern*

- 1. im Hinblick auf die Art und den Umfang der Behandlung wesentliche Kosten (Abs. 4) anfallen,*
- 2. die Kosten die in den Autonomen Honorar-Richtlinien der Österreichischen Zahnärztekammer festgelegte Honorarhöhe übersteigen oder*
- 3. dies der/die Patient/Patientin verlangt.*

*(4) Wesentliche Kosten im Sinne des Abs. 3 Z 1 sind 70% der von Statistik Austria gemäß volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen laut ESVG 95 ermittelten Nettolöhne und Gehälter, nominell, monatlich je Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin. Die Österreichische Zahnärztekammer hat die wesentlichen Kosten bis 1. Oktober eines jeden Jahres durch Verordnung bekanntzugeben.*

*(5) Angehörige des zahnärztlichen Berufs haben die Inhalte der Autonomen Honorar-Richtlinien der Österreichischen Zahnärztekammer sowie der Verordnung gemäß Abs. 4 in einer für die Patienten/Patientinnen leicht ersichtlichen Form zugänglich zu machen.*<sup>77</sup>

*Hierbei ist wie bei jeder anderen medizinischen Aufklärung wie vorhin schon erwähnt zwischen Selbstbestimmungsaufklärung und Sicherungs- bzw. therapeutischer Aufklärung zu unterscheiden.*

*Die Selbstbestimmungsaufklärung muss vor der Behandlung erfolgen und dient dazu, dem Patient das nötige Wissen mitzuteilen, so dass dieser sich für oder gegen die geplante Behandlung entscheiden kann.*

*Die Sicherungsaufklärung vermittelt dem Patienten jene Information, damit er sich therapiegerecht verhalten kann.*

*Dazu zählen:*

- *Hinweise auf vorübergehende Fahruntauglichkeit*
- *Dosieranweisung von Medikamenten*
- *termingebundene Operationen oder Nachbehandlungen*
- *und ebenso Diät und Hygieneinstruktionen*

*Diese Form der Aufklärung dient der Sicherung des Heilungserfolges.*<sup>78</sup>

## **9.2 Formulare zur Aufklärung**

„In der Praxis werden vermehrt Formulare zur Aufklärung verwendet, wobei es sich teilweise um spitalseigene, teilweise um Formulare der entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften handelt. Die Tendenz zum häufigeren Gebrauch von Formularen ist zum Teil auf das (infolge der Beweislast) Bedürfnis von Ärzten/innen und Kliniken nach Beweisvorsorge zurückzuführen. Da jedoch Formulare allein den Erfordernissen der individuell-konkreten Aufklärung naturgemäß

---

<sup>77</sup>

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40070391>.  
28.08.2012

<sup>78</sup> Vgl. Schramm/Stempkowski. „Die zahnärztliche Aufklärungspflicht-Eine Betrachtung aus juristischer Sicht“ RdM 1997, S136

nicht gerecht werden, hat stets auch ein Aufklärungsgespräch stattzufinden, worin auf die Besonderheiten des Eingriffs am/an der individuellen Patienten/in einzugehen ist.“<sup>79</sup>

Das Arzt-Patienten-Gespräch und die dazugehörige Dokumentation sind unerlässlich.<sup>80</sup>

---

<sup>79</sup>[http://www.zurich.ch/internet/zurich-ch/SiteCollectionDocuments/site/de/003004\\_Aerztehaftpflicht.pdf](http://www.zurich.ch/internet/zurich-ch/SiteCollectionDocuments/site/de/003004_Aerztehaftpflicht.pdf)  
20.02.2012

<sup>80</sup> Vgl. N.Schwenzer/M. Ehrenfeld. „Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde: Zahnärztliche Chirurgie“, New York: Thieme 2000. S.312

### 9.3 Aufklärungsbogen: operative Entfernung von Weisheitszähnen



proCompliance

Patientendaten/Aufkleber

MKG 1/2 DE

Dokumentierte Patientenaufklärung  
Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

#### Operative Entfernung von Weisheitszähnen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oberkiefer links  | <input type="checkbox"/> Oberkiefer rechts  |
| <input type="checkbox"/> Unterkiefer links | <input type="checkbox"/> Unterkiefer rechts |

#### ■ Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

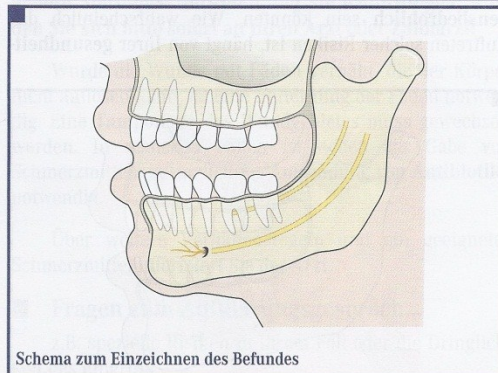
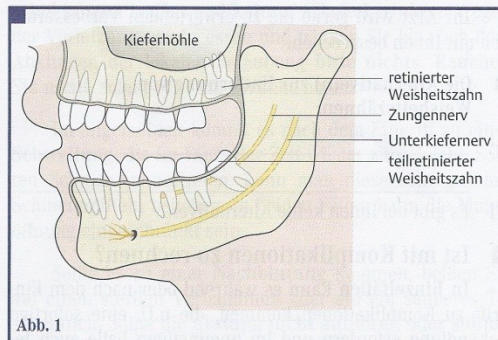
bei Ihnen/bei Ihrem Kind soll ein Weisheitszahn entfernt werden. Vor dem geplanten Eingriff wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur Arzt) mit Ihnen über die Notwendigkeit und Durchführung der geplanten Maßnahme, sowie über die Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen typische Risiken und Folgen sowie Alternativen des Eingriffs kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

#### ■ Die Gründe für die Entfernung

Weisheitszähne verursachen öfters als andere Zähne Probleme. Deshalb empfiehlt es sich aus verschiedenen Gründen, sie zu entfernen. Der Weisheitszahn muss bei Ihnen/Ihrem Kind entfernt werden,

- wegen einer **akuten/chronischen Entzündung** am betreffenden Weisheitszahn (Dentitio difficilis);
- weil er **nicht mehr zu sanieren** ist, da eine tiefe Karies (evtl. mit schwerer Wurzelentzündung) oder ein weitgehend zerstörter Zahn vorliegt;
- weil der Zahn vermutlich die **Ursache für Ihre Schmerzen** ist;
- weil sich am Zahn im Unterkiefer ein **krankhafter Zustand (Zyste/Tumor)** gebildet hat oder sich noch bilden kann;
- weil er bei einer **prothetischen, kieferorthopädischen Behandlung** oder einem **chirurgischen Eingriff stört**;
- weil er den **Nachbarzahn beschädigen** oder **Resorptionen (Abbauerscheinungen) am benachbarten Zahn** hervorrufen kann;
- weil er die **erfolgreiche Behandlung einer paradontalen Erkrankung** behindern würde;
- weil er möglicherweise die **Ursache für eine Entzündung oder Zyste der Kieferhöhle** ist;
- weil er **verpflanzt** werden soll;
- weil er durch seine **Fehlstellung (Kippung/Verlagerung)** einen **regelrechten Kauablauf verhindert**;
- weil er nach einem **Kieferbruch** durch seine **Lage in Bruchnähe** entfernt werden muss;
- weil er eine **Gefährdung darstellen** kann (z.B. bei Chemotherapie, Immunsuppression o. Bestrahlung);

- weil er die **zahnärztliche Versorgung (Prothese, Füllung) von Nachbarzähnen verhindern** kann.



Dokumentierte Patientenaufklärung · Herausgeber: proCompliance in Thieme Compliance GmbH · Empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. · Fachgebietshrsg.: Prof. Dr. Dr. med. M. Farmand · Autor: Dr. Dr. med. St. Gerlich · Juristische Betreuung: Dr. jur. A. Wienke · © 2007 by Thieme Compliance GmbH, 91058 Erlangen · Nachdruck - auch auszugsweise - und Fotokopieren verboten. Bestell-Adresse: Thieme Compliance GmbH, Am Weichselgarten 30, 91058 Erlangen, Tel. 09131 93406-40, Fax 93406-70 · www.proCompliance.de

Red. 08/2007  
PDF 09/2010  
Bestell-Nr.: DE 604-267

### ■ Wie wird der Eingriff durchgeführt?

Der Eingriff erfolgt bei Ihnen/Ihrem Kind

- in örtlicher Betäubung
- in Allgemeinnarkose.

Die Allgemeinnarkose erklärt Ihnen der Anästhesist. Für die örtliche Betäubung wird beim Unterkiefer auf der Innen- und evt. Außenseite des Kiefers sowie am Zahn eingespritzt; beim Oberkiefer wird außen und innen am Kiefer und um den Zahn herum eingespritzt.

Um den Zahn freizulegen, wird die Schleimhaut eingeschnitten und der Knochen mit einem Bohrer entfernt. Der Weisheitszahn kann nun mit einer Zange oder einem Hebel entfernt werden. Oft ist es erforderlich, den Zahn in Stücke zu teilen.

Die Wunde wird entweder vernäht oder mit einem Gaze-Streifen ausgefüllt.

Im Oberkiefer ragen die Wurzeln der Weisheitszähne oft in die Kieferhöhle hinein. Nach Entfernen des Zahnes kann deshalb eine offene Verbindung zwischen Mund und Kieferhöhle vorliegen, die eine Kieferhöhlenentzündung verursachen kann. Diese Öffnung muss in gleicher Sitzung mit einem Schleimhautläppchen, das meist aus der Wange stammt, verschlossen werden.

### ■ Der Vorteil der Entfernung von Weisheitszähnen:

Sind im Moment keine konkreten Probleme vorhanden, wird Ihnen/Ihrem Kind aus den vorgenannten Gründen die Entfernung der Weisheitszähne empfohlen. Sind bereits Beschwerden vorhanden, können diese bei normalem Behandlungsverlauf behoben oder doch gebessert werden. So kann man Folgeproblemen vorbeugen.

Ihr Arzt wird gerne die zu erwartenden Verbesserungen mit Ihnen besprechen.

### ■ Die Alternative(n) zur Entfernung von Weisheitszähnen:

- \_\_\_\_\_
- Es gibt bei Ihnen keine Alternativen.

### ■ Ist mit Komplikationen zu rechnen?

In Einzelfällen kann es während oder nach dem Eingriff zu Komplikationen kommen, die u.U. eine sofortige Behandlung erfordern und im ungünstigen Falle auch **lebensbedrohlich** sein könnten. Wie wahrscheinlich das Auftreten solcher Risiken ist, hängt von Ihrer **gesundheit-**

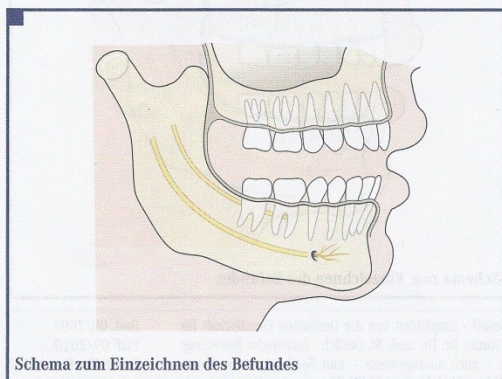
**lichen Verfassung**, Ihrem Alter, Ihrer Lebensweise (z.B. Rauchen) und weiteren Faktoren ab, die aktuell einen Einfluss ausüben. Zu nennen sind:

### ■ Allgemeine Risiken:

- **Allgemeine Reaktionen:** Eine Änderung des **Blutdrucks**, des **Pulses** oder Nebenwirkungen, welche das **Nervensystem** betreffen (Unruhe, Krampfanfälle, Atmungsstörungen) können in sehr seltenen Fällen wegen der Medikamente (z.B. Mittel zur lokalen Betäubung) auftreten. Diese Erscheinungen verlieren sich meist ohne Behandlung wieder, manchmal erfordern sie aber auch weiterführende Gegenmaßnahmen (z.B. Infusion, Medikamente);
- **Blutungen:** Bei stärkerer Blutung kann das erneute Eröffnen der Wunde, nochmaliges Vernähen, die Verwendung von blutstillenden Tamponaden, Medikamenten und auch eine operative Blutstillung erforderlich werden. Gegebenenfalls wird eine Verbandplatte eingegliedert;
- **Weichteilschäden** (Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Schwellung, Schmerzen, Nervenreizungen) vor, während oder nach dem Eingriff infolge von Einspritzungen; sie bilden sich meist von selbst wieder zurück bzw. sind gut behandelbar. In ungünstigen Fällen können sie auch langandauernde oder sogar **dauerhafte Beschwerden** (z.B. schmerzhafte Missempfindungen, Taubheitsgefühl) zur Folge haben. Es ist selbstverständlich, dass das Operationsgebiet immer unter **Narbenbildung** abheilt, was dort manchmal zu Wetterfühligkeit, Spannungsgefühl und Reizschmerz-zuständen führen kann.

Sehr selten kommt es auch durch Desinfektionsmittel, Schutzmaterialien und elektrischen Strom zu **Haut-/Schleimhautschäden** (Rötung, Reizung, oberflächliche Verbrennungen). **Druckschäden** (trotz ordnungsgemäßer Lagerung) sind sehr selten;

- **Entzündungen (Eiteransammlung, Knochenentzündung):** Eine Behandlung mit Antibiotika, Spülungen oder eine Nachoperation kann notwendig werden; in extrem seltenen Fällen kann es infolge einer Infektion zur **lebensbedrohlichen** Keimverschleppung in die Blutbahn (Blutvergiftung; Sepsis) bis hin zu einer Entzündung von Organen (z.B. der Herzinnenhaut; Endokarditis) kommen. Eine Behandlung mit Antibiotika und/oder eine intensivmedizinische Behandlung kann dann erforderlich sein;
- **Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergie)** gegen Betäubungsmittel und eingesetzte Medikamente (wie z.B. Antibiotika): Sie äußern sich in der milden Form z.B. als Juckreiz; stärkere Reaktionen bis hin zu Kreislaufstillstand, Krampfanfällen und Atemstörungen, die kritisch bis **lebensbedrohlich** sein können und bleibende Folgen (z.B. Nierenschäden, Hirnschädigung) hinterlassen können, müssen teilweise stationär behandelt werden;
- **Thrombose/Embolie:** **lebensbedrohliche** Störungen sind äußerst selten. Sie treten vor allem bei längerer Liegezeit, längerer Operationsdauer, bei Einnahme von bestimmten Medikamenten (z.B. „Pille“) oder älteren Patienten auf. Falls bei Ihnen ein erhöhtes Thrombose- und Embolierisiko (Bildung und Verschleppung von Blutgerinnseln) besteht, erhalten Sie vorbeugend Me-



dikamente (Thromboseprophylaxe), um möglichen Auswirkungen (z.B. Schlaganfall mit bleibender Lähmung) vorzubeugen. Diese notwendigen Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung können aber auch zu vermehrter Nachblutung und Blutbildveränderung führen.

#### ■ Spezielle Risiken:

- **Abbrechen feiner Wurzelspitzen:** Je nach Befund werden sie entfernt oder belassen;
- **Beschädigung von benachbartem Gewebe und Nachbarzähnen;**
- **Abrutschen des Zahnes bzw. Teilen davon sowie von Knochenstücken in die Weichteile.**

#### Oberkiefer:

- **Bei Eröffnung der Kieferhöhle** oder bei **Eindringen abgebrochener Wurzelspitzen** in dieselbe kann es zu einer **Entzündung** kommen; eine Behandlung mit Antibiotika oder eine Operation (z.B. Entfernung einer Zahnwurzel) kann dann erforderlich sein;
- **Nervverletzungen:** Sehr selten kann es z.B. bei der Freilegung der Vorderwand der Kieferhöhle und durch die Narbenbildung zu einer **Schädigung des Nerven im Oberkiefer** kommen; die Folge ist eine evtl. dauerhafte Gefühlsstörung (z.B. taube Lippe, schmerzhaftes Missempfinden) vor allem der Oberlippe, der Zähne, der Schleimhäute, der Wange und evtl. auch der Nasenhälfte (außen und innen). Derartige Gefühlsstörungen können äußerst selten auch durch die Betäubungsspritze verursacht werden.

#### Unterkiefer:

- **Nervverletzungen:** Da der **Unterkiefernerve** manchmal sehr nahe an den Wurzeln der Weisheitszähne liegt, kann es bei der Weisheitszahnentfernung zu einer mechanischen Schädigung des Unterkiefernervs kommen; die Folge ist eine **Gefühlsstörung** vor allem der **Unterlippe, der Schleimhaut und der Zähne**. Der **Zungennerv** liegt auf der Innenseite des Unterkiefers, ebenfalls nahe des zu entfernenden Zahnes und wird, jedoch ganz selten, bei der Operation berührt, so dass es dann zu einer Störung kommen kann. Diese äußert sich in einem **Taubheitsgefühl** und einer **Geschmacksstörung des vorderen Teils der Zunge** auf der entsprechenden Seite;

Die zuvor genannten Nervenstörungen (z.B. taube Unterlippe, schmerzhaftes Missempfinden) sind meist vorübergehender, selten auch – trotz entsprechender Folgeeingriffe (z.B. Nervennaht) – dauerhafter Art. Eine Bewegungsstörung der Zunge oder der Unterlippe besteht in keinem Fall. Diese Gefühlsstörungen können äußerst selten auch durch die Betäubungsspritze verursacht werden.

- **Unterkieferbruch:** Durch die notwendige Entfernung von Knochen wird der Unterkiefer an dieser Stelle geschwächt. Bei der Operation, aber auch noch bis zu einigen Wochen danach kann es deshalb bei ungünstiger Belastung zu einem Unterkieferbruch kommen, der behandelt werden muss und meist ohne größere Probleme ausheilt. Bei tief verlagerten Weisheitszähnen ist die Gefahr eines Kieferbruchs erhöht.
- **Knochenentzündung:** diese kann auch später (auch nach Jahren) auftreten, wenn beispielsweise die Wun-

de nicht zuheilt und zu Gefühlsstörungen (z.B. Taubheit, schmerzhaftes Missempfinden) und zur Behinderung der Mundöffnung führen. Die Störung kann v.a. bei vorbestehenden Erkrankungen wie Diabetes, geschwächter Immunabwehr oder Bestrahlung auftreten. Sollte dies auftreten, sind evtl. größere Operationen und lange Antibiotikabehandlungen zur Ausheilung erforderlich.

#### ■ Worauf ist zu achten?

##### ■ Vor der Operation:

Befolgen Sie bitte ganz genau und gewissenhaft die Ihnen gegebenen Anweisungen. Informieren Sie Ihren Behandler bitte über alles, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden für wichtig halten.

Besprechen Sie die Einnahme **Ihrer bisherigen Medikamente** mit dem Arzt. Sollten Sie Medikamente zur Gerinnungshemmung einnehmen, dürfen diese keinesfalls ohne Absprache mit Ihrem Hausarzt und Behandler abgesetzt werden.

##### ■ Nach der Operation:

Beachten Sie bitte, dass das Reaktionsvermögen nach der Gabe eines Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittels vorübergehend beeinträchtigt ist. Falls die Operation ambulant durchgeführt wird, lassen Sie sich/Ihr Kind bitte abholen und fragen Sie nach genauen Verhaltensregeln. Sorgen Sie für eine ständige Aufsicht am Tag des Eingriffes. Ferner dürfen Sie/sollte Ihr Kind in diesem Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, keine gefährlichen Tätigkeiten ausführen, keine wichtigen Entscheidungen treffen und keinen Alkohol trinken**. Wegen der Verletzungsgefahr essen und trinken Sie bis nach dem Abklingen der lokalen Betäubung **bitte nichts. Rauchen Sie nicht**, solange Sie eine Wunde haben.

Im allgemeinen kommt es nach dem Eingriff zu einer **Schwellung**, die im Laufe der Zeit wieder zurückgeht. Sollten Schmerzen auftreten, kann man diese sehr gut mit Schmerzmitteln beheben. In beiden Fällen kann die Mundöffnung eingeschränkt sein.

Sollte es zu einer **Nachblutung** kommen, beißen Sie auf einen sterilen Verbandmull oder auf ein sauberes Taschentuch. Sollte die **Blutung nicht aufhören oder sollten andere Störungen auftreten, die Sie beunruhigen, wenden Sie sich bitte sofort an Ihren Arzt oder Zahnarzt!**

Wurde die Wunde mit **Fäden** vernäht, die der Körper nicht auflösen kann, ist eine Entfernung der Fäden notwendig. Eine **Tamponade** des Wundgebietes muss gewechselt werden. In manchen Fällen ist neben der Gabe von Schmerzmitteln zusätzlich die Anwendung von **Antibiotika** notwendig.

Über weitere Verhaltensregeln und ein geeignetes Schmerzmittel informiert Sie der Arzt.

#### ■ Fragen zum Aufklärungsgespräch...

z.B. spezielle Risiken in Ihrem Fall oder die Dringlichkeit des Eingriffes.



Patientendaten

## Surgical Extraction of Wisdom Teeth

Operative Entfernung von Weisheitszähnen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> left upper jaw<br><small>Oberkiefer links</small>  | <input type="checkbox"/> right upper jaw<br><small>Oberkiefer rechts</small>  |
| <input type="checkbox"/> left lower jaw<br><small>Unterkiefer links</small> | <input type="checkbox"/> right lower jaw<br><small>Unterkiefer rechts</small> |

### Dear Patient, Dear Parents:

Extraction of your wisdom tooth/your child's wisdom tooth is planned. Before the procedure, we will discuss the need for treatment and describe how it will be performed. We will also explain any other alternatives to surgical treatment that may be available. You should be aware of risks involved and expected results, so that you can make an informed decision. The purpose of this information sheet is to help you prepare for the discussion with your doctor and to document the important points discussed.

### Why are wisdom teeth extracted?

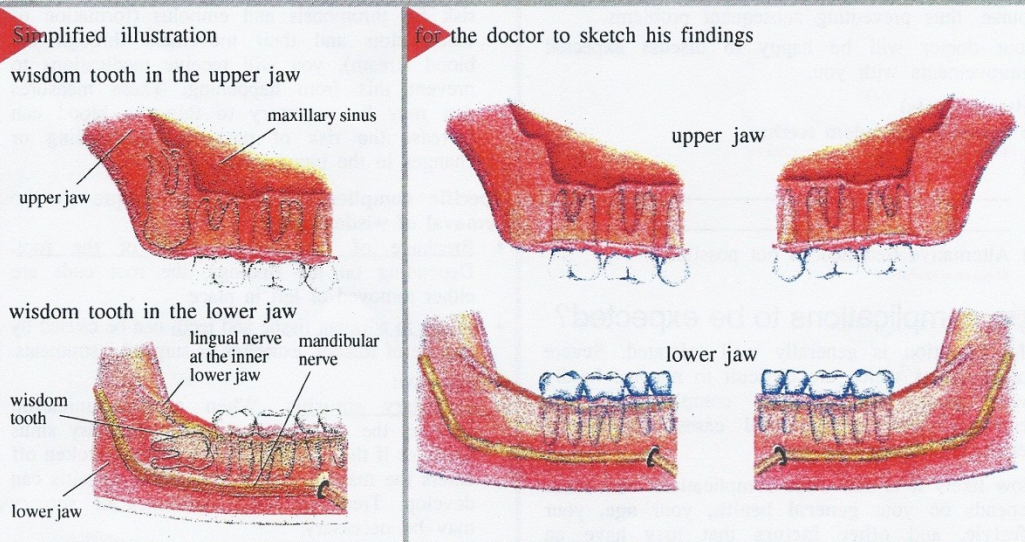
Wisdom teeth cause problems more often than other teeth. Therefore, for several reasons, it is wise to remove them, sometimes even if they are healthy.

Your/Your child's wisdom tooth must be removed for the following reason:

Der Weisheitszahn muss bei Ihnen/Ihrem Kind entfernt werden.

- there is insufficient room in the jaw (overcrowding), so that the tooth is still embedded/partially embedded in the bone or the gum and cannot erupt in the normal manner.  
weil nicht genügend Platz vorhanden ist, so dass der ganz/teilweise von Knochen oder Schleimhaut bedeckte Weisheitszahn nicht regelrecht durchbrechen kann.
- because inflammation or infection (pus) in the entire area around the tooth can develop due to the unfavourable position of the tooth.  
weil seine ungünstige Lage zu Entzündungen bis hin zur Vereiterung der ganzen Region führen kann.

- because inflammation has developed at the end of the root.  
weil eine Entzündung an der Wurzelspitze des Zahnes vorliegt.
- because it could interfere with long-term success of orthodontic treatment.  
weil er den langfristigen Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung gefährden kann.
- because it is damaging or displacing adjacent teeth.  
weil er den Nachbarzahn beschädigt.
- because there are deep caries within the tooth.  
weil eine tiefe Karies vorliegt.
- because it may become the source of other general disease.  
weil er einen „Herd“ für eine Allgemeinerkrankung bilden kann
- because a cyst has developed or could possibly develop in the lower jaw.  
weil sich ein Hohlraum (Zyste) gebildet hat.
- because it is probably the cause of inflammation or cyst in the maxillary sinus.  
weil er vermutlich die Ursache für eine Entzündung oder Zyste der Kieferhöhle ist.



Zeit: 05/01  
Fr.: 09/2002.dan  
Pr.: 11/2002

Surgical Extraction of Wisdom Teeth

4. Is your/your child's **blood pressure**  
Wie ist Ihr Blutdruck?  
 normal?  high?  low?  
 normal  erhöht  erniedrigt
5. Do you/Does your child suffer from one of the following **diseases**?  
Besteht eine der folgenden Erkrankungen?
- **disease of the thyroid gland**  no  yes  
(goitre, etc.)?  
 Schilddrüsenstörung
  - **diabetes?**  no  yes  
Zuckerkrankheit (Diabetes)
  - **other metabolic disease**  no  yes  
(e.g. phenylketonuria)?  
 Sonstige Stoffwechselerkrankung
  - **chronic disease** (e.g. disease of the nervous system, such as seizures [epilepsy], glaucoma)?  no  yes  
Chronische Erkrankungen (z.B. des Nervensystems, wie Krampfanfälle (Epilepsie), Grüner Star)?  
 if yes, please indicate \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, welche?
  - **infectious disease**  no  yes  
(e.g. hepatitis, tb, AIDS)?  
 Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)?  
 if yes, please indicate \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, welche?
6. Have you/Has your child been under **medical care recently**?  no  yes  
Be fanden Sie/befand Ihr Kind sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?  
 If yes, please indicate reason \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, weshalb?
7. Do you/Does your child suffer from **allergies** (e.g. asthma, hay fever) or are you/is your child **allergic to** (e.g. plaster, latex, any food, medications, local anaesthetic agents, iodine, contrast medium)?  no  yes  
Besteht eine Allergie (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit (z.B. gegen Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, örtliche Betäubungsmittel)?  
 If yes, please indicate \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, welche?
8. Do you/Does your child take **medications** (e.g. Marcumar, aspirin, ASA, antibiotics, cortisone, insulin, etc.) or **supplemental preparations** (e.g. vitamins)?  no  yes  
Nehmen Sie/nimmt Ihr Kind Medikamente (z.B. Marcumar, Aspirin, ASS, Antibiotika, etc.) ein?  
 If yes, please indicate \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, welche?
9. **For women of child-bearing age:**  
Frauen im gebärfähigen Alter:  
 Could you be pregnant?  no  yes  
Könnten Sie schwanger sein?  
 uncertain  
 ungewiss
10. Do you/Does your child **smoke**?  no  yes  
Rauchen Sie?  
 If yes, please indicate how many per day: \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, tägliche Menge:
11. Do you/Does your child **drink alcohol regularly**?  no  yes  
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  
 If yes, please indicate amount \_\_\_\_\_  
 Menge:

Doctor's comments on the interview

(e.g. **individual** risks and possible complications; possible additional/subsequent procedures/treatment that may be needed and associated complications; possible consequences if the patient refuses/postpones this procedure; reasons for refusal; anticoagulant therapy; blood transfusion; patient has a legal guardian)

(z.B. **individuelle** Risiken und Komplikationen; Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen und deren Risiken; Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung des Eingriffes; Gründe des Patienten für die Ablehnung; Thromboseprophylaxe; Bluttransfusion; Betreuungsfall)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

place/date/time/duration of interview  
Ort/Datum/Uhrzeit/Gesprächsdauer

doctor's signature  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

In case of refusal to consent to the procedure

Im Falle einer Ablehnung der Behandlung

After counselling, the patient/parents refused to consent to the proposed procedure. He/She was/ They were informed of the possible consequences, e.g. \_\_\_\_\_, involved in refusing the procedure.

Der vorgeschlagene Eingriff wurde abgelehnt. Über mögliche Nachteile, z.B. \_\_\_\_\_ durch die Ablehnung wurde informiert.

place/date/time  
Ort/Datum/Uhrzeit

doctor's signature  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

patient's/parents'\*/witness's signature(s)  
Patientin/des Patienten/der Eltern\*/ggf. des Zeugen

Patient's Statement of Consent:

Einwilligungserklärung

The above-named procedure and possible additions to this above-named procedure have been fully explained to me/us by Dr. \_\_\_\_\_. I was/We were afforded the opportunity to ask any question I/we deemed important, e.g. regarding the involved risks in my/our child's particular case and possible complications of this proposed procedure.

Über den geplanten Eingriff sowie eventuell erforderliche Erweiterungen hat mich Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, stellen.

I/We have **no further questions** and feel that the **counselling was satisfactory**; therefore, **after adequate time for consideration**, I/we consent to the proposed operation. I/We also consent to any additional treatment which may become necessary during the procedure.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in den geplanten Eingriff ein. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen bin ich ebenfalls einverstanden.

place/date/time  
Ort/Datum/Uhrzeit

patient's/parents' \* signature(s)  
Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern\*

\* As a rule **both** parents should sign. If only one parent signs, we will regard this as representing consent from both parents or that he/she has sole custody of the child.

located very near the root of the wisdom tooth, a mechanical injury can occur to the nerve when the wisdom tooth is being extracted. This injury can cause an alteration in sensation, mainly in the lower lip, the mucous membranes and the teeth.

- **Change in sensation and altered taste perception in the front half of the tongue.** The lingual nerve, located in the inner side of the lower jaw near to the tooth to be extracted, is bumped or bruised in very rare cases during extraction of the tooth. This mild injury can cause alteration in sensation, manifested by numbness or a change in taste perception of the tongue on the affected side. The nerve damage described (e.g. numbness of the lower lip, painful alteration in sensation) is usually of a temporary nature; in rare cases it can be permanent – despite subsequent surgical intervention (e.g. nerve suture). This injury will not affect the ability to move the tongue or the lower lip in any way. These changes in sensation can also be due to an injury caused by the needle when injecting the anaesthetic agent.
- **Fracture of the mandible.** Since bone tissue must be removed to extract the tooth, the jaw is weakened very slightly in that area. During the operation, or even for a period as long as several weeks after the wisdom tooth has been extracted, a stress fracture of the lower jaw may occur if undue pressure needs to be exerted. The fracture requires treatment, but usually heals without complication.
- **Bone infection:** This can occur even at a later time if the wound does not heal over and can lead to impaired sensation (e.g. numbness, painful alteration in sensation). A second operation and treatment with antibiotics may be necessary.

## Instructions

### Before the operation:

Please follow your doctor's instructions carefully and completely. Inform your doctor about all symptoms that you consider to be important. Please **do not smoke!**

Talk to your doctor before **taking your regular medications**. If you are taking medications to "thin the blood", you may not stop taking these without permission of your regular doctor and your oral surgeon/dentist.

### After the operation:

Please remember that your/your child's senses will be dulled after a sedative, pain medication, or anaesthetic agent.

If outpatient surgery is planned for you/your child, please arrange to be picked up/have your child picked up after the procedure, ask for exact instructions for the period after the procedure and have somebody stay with you/your child after the surgery for the rest of the day. Please remember also that you/your child **may not operate a moving vehicle**, use **dangerous equipment** or **make important decisions** during this period. Because of the risk of injury, please do not/do not allow your

child to **eat or drink** anything until the effects of the anaesthesia have worn off. In addition, please **do not smoke** as long as you have an open wound.

Generally there is **swelling** after the procedure which resolves over time. If **pain** develops it can be managed very well with pain medications. In both cases, there may be limitation in ability to open the mouth.

If **post-surgical bleeding** occurs, it can be easily controlled by biting on sterile gauze or a clean handkerchief for approximately 30 minutes. If problems occur which cause you to be concerned, contact your doctor or dentist.

If the wound has been **sutured** with a material which does not dissolve, removal of the stitches will be necessary. **Packings** in wounds will have to be changed.

In some cases it may be necessary to prescribe **antibiotics** in addition to **pain medications**.

Your doctor will provide you with additional post-op instructions and, if necessary, prescribe appropriate pain medication.

## Questions for the interview

During the interview with the doctor, you should ask all questions that appear important to you, e.g.:

- Is the surgery needed and how urgent is it?
- Are there risks for me/my child which are not mentioned in the information sheet?

---



---



---

## What the doctor needs to know?

Was der Arzt wissen sollte...

no = nein, yes = ja

1. Have you/Has your child ever had an operation?  no  yes

Wurden Sie jemals operiert?

If yes, please indicate when and the reason

Wenn ja, wann und aus welchem Grund?

Did any complications develop? \_\_\_\_\_

Gab es dabei Probleme?

2. Do you/Does your child have a **disease of the blood** or an **increased tendency to bleed** (e.g. after minor injuries or dental procedures, frequent nosebleeds) or do you/does your child **bruise** easily (haematomas) for no apparent reason?  no  yes

Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z. B. bei kleinen Verletzungen, Zahnbehandlung) oder entstehen leicht **blaue Flecken** ohne besonderen Anlass?

3. Do you/Does your child suffer from **heart or lung disease** (e.g. heart(valve) defect, disturbance of rhythm, disease of the coronary arteries, bronchial asthma, emphysema), or do you/does your child have a **pacemaker**?  no  yes

Besteht eine **Herz- oder Lungenkrankheit** (z. B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma), oder tragen Sie einen **Herzschrittmacher**?

- because it is interfering with dental care of neighbouring teeth (prosthesis, filling).

weil er die zahnärztliche Versorgung (Prothese, Füllung) von Nachbarzähnen verhindert.

## How is the procedure performed?

The surgery will be performed under

Der Eingriff erfolgt bei Ihnen/Ihrem Kind

- local anaesthesia  under general anaesthesia

in örtlicher Betäubung

in Allgemeinnarkose.

The anaesthesiologist will counsel you about the general anaesthesia.

For extraction of a lower wisdom tooth, the local anaesthetic agent is injected into the lower inner side of the jaw and around the tooth; for extraction of an upper wisdom tooth, the anaesthetic agent is injected into the inner and outer surface of the jaw around the tooth.

To expose the tooth, an incision is made in the gum and the bony structure encasing the tooth is removed with a drill. The wisdom tooth can then be removed with an extracting forceps or an elevator. In some cases it may be necessary to cut the tooth into pieces. The wound is either stitched or packed with gauze.

In the **upper jaw**, the roots of the wisdom teeth often extend into the maxillary sinus. When one of the upper wisdom teeth is removed, a communication between the sinus and the oral cavity can arise which may lead to maxillary sinusitis. This communication must be closed during the same procedure using a small flap of skin, which is generally removed from the cheek.

### Advantage

#### of removal of wisdom teeth:

Although you/your child may not have any definite problems at present, removal of the wisdom tooth/teeth is recommended for the reasons already stated. If symptoms are already present, these can be eliminated or improved if the treatment runs a normal course, thus preventing subsequent problems.

Your doctor will be happy to discuss expected improvements with you.

### Alternative(s)

#### to removal of wisdom teeth:

Die Alternative(n) zur Entfernung von Weisheitszähnen:

- Alternative treatment is not possible.

Es gibt keine Alternativen.

## Are complications to be expected?

The operation is generally well tolerated. Severe complications which are difficult to manage hardly ever occur. Nevertheless, complications can certainly occur in individual cases which may necessitate further treatment.

How likely it is that these complications will occur depends on your **general health**, your **age**, your **lifestyle**, and **other factors** that may have an influence. Complications can occur during and/or after the operation; these complications may necessitate additional treatment.

### General complications:

- **Generalized reactions:** Changes in blood pressure, pulse, or side-effects that affect the nervous system (restlessness, seizures, breathing difficulty) can develop in very rare cases due to medications that may be given (e.g. local anaesthetic agents). Temporary symptoms usually go away by themselves without treatment; medical intervention is sometimes necessary, however.
- **Bleeding:** If bleeding is severe, the wound may have to be reopened and sutured once again, medicated packing to stop bleeding may need to be applied, or medications or another operation may be necessary. If necessary a special protective splint may also be placed.
- **Scar formation:** It is quite normal for a surgical wound to heal by forming scars. This sometimes leads to sensitivity to weather changes, a feeling of tension and pain due to irritation. Skin damage is caused in very rare cases by sterilizing agents, protective materials and electrical current (redness, irritation, superficial burns). Precautions will certainly be taken during the operation to keep these risks to a minimum.
- **Infection** (abscess, bone infection): Treatment with antibiotics, irrigation or a second operation may be necessary.
- **Allergy** to an anaesthetic agent or to a medication that may be given (e.g. antibiotics) can occur. Mild allergy is manifested by, e.g. itching; severe reaction, or even interruption of circulation, seizures and breathing difficulty, which can be critical or life-threatening, will necessitate hospitalization in some cases.
- **Thrombosis/embolus:** This complication is extremely rare and is more likely to occur in patients who are confined to bed for a prolonged period or in elderly patients. If you are at high risk for thrombosis and embolus (formation of blood clots and their movement through the blood stream), you will receive medications to prevent this from happening. These measures that may be necessary to thin the blood can increase the risk of post-surgical bleeding or changes in the blood count.

### Specific complications that are unique to the removal of wisdom teeth

- **Breakage of the delicate ends of the root.** Depending on the findings, the root ends are either removed or left in place.
- **Injury to adjacent tissue** and **teeth** can be caused by the use of forceps, extractors or surgical instruments.

#### Upper jaw:

- **Maxillary sinusitis.** When a communication between the oral cavity and the maxillary sinus exists or if the end of a root which has broken off enters the maxillary sinus, maxillary sinusitis can develop. Treatment with antibiotics or surgery may be necessary.

#### Lower jaw:

- **Change in sensation in the lower jaw area and the lower lip.** Since the mandibular nerve is often

Abb. 2: Aufklärungsbogen in englischer Sprache für die Entfernung eines retinierten Weisheitszahn an der Universitätsklinik für Zahn-Mund- und Kieferheilkunde Graz

## 10 Der/die fremdsprachige Patient/in

### 10.1 Allgemein

Im Alltag eines/r Arztes/Ärztin kommt es immer wieder vor, dass Aufklärungsgespräche mit dem Satz „Patient/in konnte aufgrund sprachlicher Barriere nicht vollständig aufgeklärt werden“ beendet werden.

Einerseits hat der/die Patient/in das Recht auf einen/e Dolmetscher/in, andererseits gibt es Aufklärungsbögen in unterschiedlichen Sprachen. Doch oftmals wird aus Zeitmangel auf diese verzichtet. Vielmehr werden Angehörige des/der Patienten/in oder teils Reinigungskräfte, die migrantischen Hintergrund haben, als Dolmetscher/innen herangezogen. Problematisch wird es, wenn Kinder als Sprachvermittler dienen, denn diese fühlen sich oftmals überfordert und psychisch belastet. Ein Arzt- Patientengespräch liegt über dem Erfahrungs- und Verständnishorizont der meisten Kindern. Nur weil Kinder zweisprachig aufwachsen bedeutet das nicht gleichzeitig, dass sie die Kompetenz eines/r Dolmetschers/in besitzen. Abgesehen davon stellt sich auch die Frage der Haftung, wenn es zu einer Fehlentscheidung aufgrund mangelnder Sprachvermittlung kommt. Im Grunde kommt es dabei zu einer Verletzung der Aufklärungspflicht durch den/die Arzt//Ärztin, da die Aufklärung mit dem Kind stattgefunden hat, welches nach dem Gesetz dazu nicht qualifiziert ist.

Aus der unzureichenden oder sogar fehlenden Dolmetschung resultieren Folgen wie fehlende Anamnese, Missverständnisse und längere Wartezeit für andere Patienten/innen. Der/die fremdsprachige Patient/in fühlt sich vom/von der Arzt/Ärztin nicht verstanden und kann dadurch auch kein Vertrauen aufbauen. Daraus folgen mangelnde Compliance und Widerstand gegen die Therapie und das Behandlungskonzept. Vermehrt kommt es zur Überdiagnostik und zum sogenannten „Doctor hopping“ (häufiges Wechseln des/der Arztes/Ärztin).<sup>81,82</sup>

---

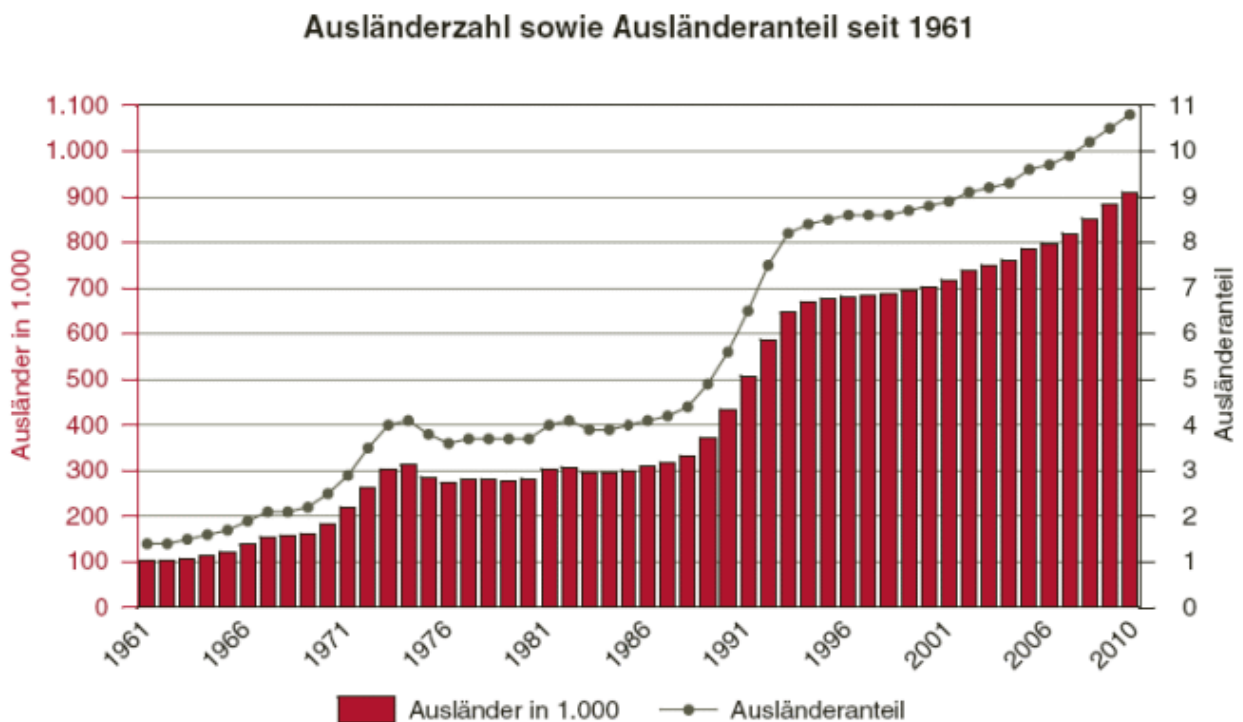
<sup>81</sup> Vgl. [http://www.nzw.de/download/nzw11\\_kreckel\\_NOGGO.pdf](http://www.nzw.de/download/nzw11_kreckel_NOGGO.pdf) 14.07.2011

<sup>82</sup> Vgl. Bleichhart/Weck „Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst“. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 2010. S. 13 „Doctor hopping“:  
[http://books.google.at/books?id=HT5SrWc8hwEC&pg=PA13&dq=doctor+hopping&hl=de&ei=vN0eTs6vDYz6sga0kun3AQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDIQ6AEwAg#v=onepage&q=doctor%20hopping&f=false](http://books.google.at/books?id=HT5SrWc8hwEC&pg=PA13&dq=doctor+hopping&hl=de&ei=vN0eTs6vDYz6sga0kun3AQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDIQ6AEwAg#v=onepage&q=doctor%20hopping&f=false) 14.07.2011

Für Patienten/innen fremdkultureller Herkunft ist der Zugang zu einer ordentlichen medizinischen Versorgung in Österreich erschwert, da es an fremdsprachigen Aufklärungs- und Informationsmaterial mangelt und außerdem zu wenige Dolmetscher/innen zu Verfügung stehen.

Vergleichsweise funktioniert die Umsetzung dieser Maßnahmen, sprich fremdsprachiger Aufklärungsbögen und Dolmetschung in anderen EU-Ländern wie Frankreich, Schweden oder die Niederlande wesentlich besser, ebenso auch in Großbritannien.<sup>83</sup>

## 10.2 Ausländeranzahl in Österreich



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am 19.05.2011.

Abb. 3: Entwicklung Ausländerzahl und Ausländeranteil in Österreich<sup>84</sup>

„Die Zahl der Einbürgerungen lag in den 1980er Jahren bei rund 7.700 Personen pro Jahr. Ab Mitte der 1990er Jahre erhöhten sich als Folge der deutlich gestiegenen

<sup>83</sup> Vgl. [http://www.universitas.org/uploads/media/OeGAM\\_News.pdf](http://www.universitas.org/uploads/media/OeGAM_News.pdf) 14.07.2011

<sup>84</sup> [www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand\\_und\\_veraenderung/bevoelkerung\\_im\\_jahresdurchschnitt/023142.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_im_jahresdurchschnitt/023142.html) 24.07.2011

*Zahl nicht-österreichischer Staatsangehöriger die Einbürgerungszahlen stark. So wurden 1997 knapp 16.000 in Österreich lebende Ausländerinnen und Ausländer eingebürgert, 1999 rund 25.000 und im Jahr 2003 insgesamt fast 45.000. Seit dem Jahr 2004 ist die Zahl der Einbürgerungen rückläufig und fiel im Jahr 2010 mit 6.135 um mehr als vier Fünftel des historischen Höchstwertes im Jahr 2003. Noch weniger Einbürgerungen gab es in Österreich zuletzt 1974 (bzw. 1973, wenn die Einbürgerungen von Personen mit Wohnsitz im Ausland mitgerechnet werden). Bezieht man die Einbürgerungen auf die ausländische Bevölkerung (Einbürgerungsrate), so war von 1991 bis 2003 ein kontinuierlicher Anstieg auf mehr als das Doppelte zu verzeichnen. In den 1980er und 1990er Jahren entfielen auf 100 ausländische Staatsangehörige im statistischen Durchschnitt 2,4 Einbürgerungen, von 2001 bis 2005 lagen die Raten über 4% bzw. über 5% (2003 und 2004). Seither sinkt die Einbürgerungsrate wieder und fiel im Jahr 2010 auf den seit 1961 tiefsten Wert von 0,7.<sup>85</sup>*

### **10.3 Aufklärung fremdsprachiger Patienten/innen**

Insbesondere bei jenen Patienten/innen, die von unserem westlichen Verständnis stark abweichen, natürlich einerseits durch sprachliche Barrieren aber auch andererseits durch kulturelle und religiöse Unterschiede, kommt es zu massiven Verständigungsproblemen.<sup>86</sup>

#### **10.3.1 Anforderungen an den/die Arzt/Ärztin**

##### **10.3.1.1 Kulturelle Kompetenz**

Es ist sicher nötig, dass der/die Arzt/Ärztin beim Aufklärungsgespräch auf den/die jeweiligen Patienten/in eingeht. Gerade bei fremdsprachigen Patienten/innen und Angehörigen anderer Kulturen stellt sich die besondere Herausforderung, vorurteilsfrei und aufgeschlossen zu handeln.

Vor allem kulturelle Unterschiede, sei es nur bei Begrüßung und Augenkontakt, führen immer wieder zu Missverständnissen zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in.

---

<sup>85</sup> [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/einbuengerungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/einbuengerungen/index.html) 14.07.2011

<sup>86</sup> Vgl. <http://www.springerlink.com/content/978-3-540-23486-9#section=537704&page=1&locus=97> 01.09.2011

Andere Religionen, die sich alleine schon in Form anderer Ess- und Hygieneverhalten zeigen können, stellen immer Herausforderungen für das Ärzte/innen- und Pflegepersonal dar.<sup>87</sup>

### **10.3.2 Sprachliche Barrieren**

Ein aktives Zuhören ist für fremdsprachige Patienten/innen aufgrund der sprachlichen Situation oftmals nur erschwert möglich. Die Mehrheit der Fremdsprachigen bzw. Patienten/innen, die die deutsche Sprache nur gering beherrschen, kann sprachliche Bilder oft nicht richtig deuten und hat einen zu geringen aktiven und passiven Wortschatz. Aus diesen Gründen ist es unerlässlich, qualifizierte Dolmetscher/innen oder zumindest bilinguale Materialien zur Verfügung stellen.<sup>88</sup>

## **10.4 Probleme hinsichtlich der Mundgesundheit**

*„Nach wie vor gilt, dass Migrantinnen und Migranten bei der Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen generell und auch konkret bei der Zahngesundheit deutlich unterrepräsentiert sind.*

*Die zahnärztliche Versorgung wird seltener präventiv und häufiger kurativ in Anspruch genommen. Dies schlägt sich auch bei der Zahngesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund nieder. Erhebungen über die Zahngesundheit ergeben, dass Kinder mit Migrationshintergrund zu einem höheren Maße kariöse Zähne haben.“<sup>89</sup>*

Das Gesundheitsbewusstsein bei Patienten/innen mit Migrationshintergrund unterscheidet sich meist deutlich von dem einheimischer Patienten/innen. Gerade die Mundgesundheit betreffend und vor allem bei Kindern mit migrantischem Hintergrund wird kaum darauf geachtet. Es ist mit Sicherheit ein Aufklärungs- und Verständnisproblem, welches dieser Sache zu Grunde liegt. Bei Kindern mit Milchgebiss ist es besonders auffällig, denn oftmals sind die Eltern einerseits nicht offen für die Aufklärung und andererseits fehlt das Verständnis. Das Thema Milchzähne ist von größter Bedeutung, da diese einerseits als Platzhalter für die

---

<sup>87</sup> Vgl. [http://www.nzw.de/download/nzw11\\_kreckel\\_NOGGO.pdf](http://www.nzw.de/download/nzw11_kreckel_NOGGO.pdf) 01.09.2011

<sup>88</sup> Vgl. ebenda 01.09.2011

<sup>89</sup> <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/15/058/1505826.pdf> 20.02.2012

bleibenden Zähne fungieren, denn Durchbruch der 2. Dentition kontrollieren und andererseits maßgeblich an der Gesundheit und Funktion der bleibenden Zähne beteiligt sind. Es ist auffällig, dass gerade die Zähne außer Acht gelassen werden, ohne sich dessen bewusst zu sein, dass ebenso von diesem Organ, dem Kauorgan, schwerwiegende Erkrankungen durch Parodontitis bzw. dadurch ausgelöste Bakteriämien, z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, resultieren können.<sup>90</sup>

Auch eine deutsche Studie aus dem Rems-Murr-Kreis bestätigt das fehlende Mundgesundheitsbewusstsein bei Patienten/innen mit Migrationshintergrund. Denn es gilt bei manchen Bevölkerungsgruppen immer noch, dass man nur zum/zur Zahnarzt/ärztin geht wenn man bereits Schmerzen hat, Prophylaxe gibt es nicht.<sup>91</sup>

Auch die Compliance (Einhaltung von verordneten Therapien oder den ordnungsgemäßen Umgang mit Medikamenten)<sup>92</sup> ausländischer Patienten/innen und vor allem bei Kindern ist stark herabgesetzt. Oftmals sind sie gar nicht behandelbar und es bleibt nur noch die Option, das jeweilige Kind in Vollnarkose zu behandeln.

Auch dieser Schritt, die Behandlung in Vollnarkose, wird von den meisten Eltern mit Migrationshintergrund manchmal leichtfertig eingegangen. Die Zahnsanierung findet dabei in einer ca. einstündigen Vollnarkose statt, oftmals mit dem Ergebnis, dass dasselbe Kind zwei Jahre später wieder mit dem gleichen Krankheitsbild und zwar, kariösen Läsionen aller Zähne und non-compliant kommt. Die Situationen bei Erwachsenen sind nicht anders, und dies kann wohl nur an der Schwierigkeit der Aufklärung liegen. Aus Mangel an Verständnis können sie die Aufklärung nicht annehmen. Und genau an jenem Punkt muss gearbeitet werden um jedem/r Patienten/in eine bestmögliche Behandlung gewährleisten zu können.

## **10.5 Beispiele aus der Praxis**

*„Hat der Patient - in der Regel mittels eines vom Gericht eingeholten Sachverständigengutachtens - bewiesen, dass ein grober Behandlungs- oder Diagnosefehler vorliegt, so kommt es zur so genannten Beweislastumkehr: das*

---

<sup>90</sup> Vgl. Beck JD, Elter JR, Heiss G, Couper D, Mauriello SM, Offenbacher S. Relationship of periodontal disease to carotid artery intima-media wall thickness the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Atheroscler Thromb Vasc Biol* 2001; 21(11): 1816-1822

<sup>91</sup> Vgl. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/15/058/1505826.pdf> 20.02.2012

<sup>92</sup> Vgl. Compliance: Einhaltung von verordneten Therapien oder den ordnungsgemäßen Umgang mit Medikamenten; <http://www.compliancemagazin.de/compliancelexikon/wasistcompliance210708.html> 20.02.2012

*heißt, nunmehr muss der Arzt beweisen, dass der Fehler für die Schädigung nicht kausal war. Gelingt ihm dies nicht, haftet er.*

*Ein grober Fehler ist gegeben, wenn ein medizinisches Fehlverhalten vorliegt, das nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Es muss sich also um Verstöße gegen eindeutig gesicherte medizinische Erkenntnisse und bewährte ärztliche Behandlungsregeln und Erfahrungen handeln, wobei es für die Beurteilung auf den Zeitpunkt der Behandlung ankommt. Beispiele für grobe Fehler:*

*Grob fehlerhaft ist die Eingliederung einer Prothese, wenn die zu deren Verankerung eingebrachten Implantate wegen fortgeschrittenen Knochenabbaus des Kiefers keinen ausreichenden Halt bieten (Oberlandesgericht (OLG) Köln (Neue Juristische Wochenschrift (NJW)-RR 1999,388)). Für den hierdurch verursachten Schwund des Kieferknochens und eine hierauf beruhende Protheseninstabilität mit der Folge körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen erachtete das Gericht ein Schmerzensgeld von 12 800 Euro für angemessen.*

*Bei der Überkronung von Zähnen muss das Freiliegen beschliffener Zahnschubstanz wegen möglicher pulpitischer Beschwerden und Kariesbildung vermieden werden. Die Nichtbeachtung dieser Grundsätze wertete das OLG Stuttgart als groben Behandlungsfehler (Versicherungsrecht (VersR) 99, 1017).*

*Zu Ungunsten des Zahnarztes kehrt sich die Beweislast um, wenn er es unterlässt, Diagnose- und Kontrollbefunde zum Behandlungsablauf zu erheben. Dies sahen die Richter des OLG Saarbrücken als gegeben an, weil der Zahnarzt sich nach dem Einsatz von Implantaten nicht durch eine Röntgenkontrolle über deren Passgenauigkeit vergewissert hatte (Monatsschrift für Deutsches Recht (MDR) 1998, 469).*

*Untere Frontzähne dürfen nach der zahnärztlichen Funktionslehre grundsätzlich nur in begründeten Ausnahmefällen eingeschliffen werden. Das Unterlassen der*

*Dokumentation eines solchen aufzeichnungspflichtigen Ausnahmefalles indiziert, dass ein solcher nicht vorlag, befand das OLG Oldenburg (NJW-RR 1999,1328).*

*Ein grober Behandlungsfehler liegt vor, wenn mit der Entfernung eines bei einer Operation am Donnerstag in die Kieferhöhle gerutschten Weisheitszahnes bis zum darauffolgenden Montag gewartet wird (OLG Schleswig Urteil vom 11. 3. 1998).<sup>93</sup>*

---

<sup>93</sup> [http://www.zm-online.de/hefte/Zwischen-Pflicht-und-Kuer\\_23200.html](http://www.zm-online.de/hefte/Zwischen-Pflicht-und-Kuer_23200.html) 14.11.2012

## 11 Verletzung der Aufklärungspflicht

### 11.1 Allgemein

Bei einer unzureichenden oder versäumten Aufklärung ist die Behandlung selbst bei Zustimmung des/der Patienten/in zu jener und ebenso bei lege artis durchgeführter Behandlung rechtswidrig.<sup>94</sup>

So wie im Fall des Libyers Rafalla El.K. wurden die behandelnden Ärzte trotz korrekt durchgeführter Behandlung aufgrund der fehlenden Aufklärung über das Risiko eines appallischen Syndroms schuldig gesprochen.

Zur Entlastung des/der Arztes/Ärztin käme es nur dann, wenn jener den Beweis erbringen kann, dass der/die Patient/in die Behandlung auch bei ausreichender Aufklärung hätte durchführen lassen. Dies kann nicht verallgemeinert werden, sondern bezieht sich immer auf den/die konkreten Patienten/in.<sup>95</sup>

Bei Verletzung der Aufklärungspflicht kann es zu folgenden Konsequenzen kommen:

- *„strafrechtliche: der Arzt kann strafrechtlich belangt werden (z.B. wegen eigenmächtiger Heilbehandlung)*
- *berufsrechtliche: der Arzt ist verpflichtet, nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft zu behandeln, und dazu gehört auch eine entsprechende vorangehende Aufklärung des Patienten. Verstößt der Arzt gegen diese Gebote, kann er disziplinarrechtlich (nach dem Ärztegesetz) belangt werden.*
- *zivilrechtliche: der Patient kann den Arzt vor einem Zivilgericht belangen (z.B. mit Schadenersatzforderungen / Schmerzensgeld)*
- *krankenanstaltenrechtliche: der Arzt kann von seinem Dienstgeber (z.B. Rechtsträger einer Krankenanstalt) belangt werden, wenn er seine Pflichten*

---

<sup>94</sup> Vgl. Kindel. „Besonderheiten und Rechtsfolgen des ärztlichen Behandlungsvertrages“. Wien: Verlag Österreich 2009. S. 56

<sup>95</sup> ebenda

*als angestellter Arzt mangelhaft erfüllt (z.B. Regressansprüche des Dienstgebers; dienstrechtliche Konsequenzen - Kündigung,...)*<sup>96</sup>

## **11.2 Arzthaftungsdiskussion**

In den letzten Jahren kam es zunehmend zu Verletzungen der Aufklärungspflicht. Dies spielt vor allem dann eine Rolle, wenn der/die Arzt/Ärztin laut Angaben lege artis gehandelt hat, d.h., es kann ihm kein Kunstfehler angelastet werden, dass er/sie dem/der Patienten/in aufgrund der durchgeführten medizinischen Behandlung irgendeinen Körper- bzw. Gesundheitsschaden zugefügt hat. Dabei kann es trotz der sorgfältig durchgeführten Behandlung zu Schadensersatzansprüchen kommen und zwar genau dann, wenn dem/der Arzt/Ärztin oder dem Krankenanstaltenträger nachgewiesen werden kann, dass der/die Patient/in nicht richtig aufgeklärt worden ist.

Wie bereits erwähnt hätte der/die Patient/in im Bereich der Selbstbestimmungsaufklärung über mögliche Risiken und Folgeschäden aufgeklärt werden müssen. Dies würde der Risikoaufklärung entsprechen.

Bevor es zum Schadensersatzanspruch kommt, muss bewiesen werden, ob tatsächlich eine Verletzung der Aufklärungspflicht bzw. eine Nichtaufklärung vorliegt.

In den meisten Fällen ist dies nicht eindeutig zu beurteilen.

Der/die geschädigte Patient/in muss also vor Gericht nachweisen können, dass eine unzureichende Aufklärung vorliegt, wenn er/sie Schadensersatz aufgrund der Verletzung der Aufklärungspflicht begehrt.<sup>97</sup>

## **11.3 Schadensersatz**

Immer öfter sehen sich Ärzte/innen vor Gericht, da Patienten/innen Schadensersatz einklagen wollen. Patienten/innen versuchen den Ärzten/innen vermeintliche oder tatsächliche Behandlungsfehler vorzuwerfen, doch oftmals sind es nicht Behandlungsfehler sondern vielfach mangelnden Aufklärung über Diagnose,

---

<sup>96</sup> <http://php3.aeknoe.or.at/php3/dictionary/docs/wrapper.php3?doc=pb2K02050.html#a3> 05.06.2011

<sup>97</sup> Vgl. Univ.-Prof. Dr. Silvia Dullinger. „Zur Beweislast für Verletzung-Erfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht“ 1998

Therapie, Risiken und alternative Behandlungsmethoden, die zum Vorwurf gebracht werden.<sup>98</sup>

Bevor es zu einer Schadensersatzforderung kommen kann, muss vorerst eine Aufklärung des Sachverhaltes stattfinden, wobei der/die Arzt/Ärztin zu einer detaillierten Aussage verpflichtet ist und somit auch von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird. Ebenso müssen Patientenunterlagen und Behandlungsunterlagen freigegeben werden.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> Vgl. H. Binsch/M.Frehse/G.Kirschner/M.Rottkemper. „Assistenzzeit und Niederlassung für Zahnärzte“. Deutscher Zahnärzte Verlag. Köln: 2009. S. 65

<sup>99</sup> Vgl. Ehlers/Brogie. „Arzthaftungsrecht“. C.H. Beck Medizinrecht: 2005. S.126

## 12 Konklusion

*„Die Haftungsprozesse gegen Ärzte bzw. Krankenanstalten sind in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen. Grund dafür sind einerseits die Veränderung der Position der Ärzte in der Gesellschaft durch eine kritische Betrachtung ihrer Behandlungsweisen und andererseits auch die immer größer werdende Erwartungshaltung der Patienten.“<sup>100</sup>*

Schon das kleinste Aufklärungsdefizit kann fatale Konsequenzen nach sich ziehen. Oftmals entstehen durch sprachliche Barrieren reine Verdachtsdiagnosen. Würde der/die behandelnde Arzt/Ärztin auf Verdacht hin behandeln, befände er/sie sich auf einem diagnostischen Blindflug.

Die Problematik bei Patienten/innen mit migrantischem Hintergrund ist, dass es schon im Kindesalter an Aufklärung und Compliance, aufgrund der mangelhaften Verständigung fehlt und es bereits hier zur Vernachlässigung der Gesundheit insbesondere der Mundgesundheit kommt. Erwachsene nehmen Aufklärung nicht an, weil sie sie aufgrund der sprachlichen Barriere nicht verstehen können.

Vielfach ist es für eine Prävention zu spät und es bleibt nur mehr die Möglichkeit Zähne zu extrahieren bzw. Sanierungen in Narkose durchzuführen.

Kinder, die auf Grazer Zahnklinik bzw. Kinderklinik in Narkose saniert werden, sind vielfach Migranten. Häufig wird auf das doch bestehende Risiko einer Sanierung in Vollnarkose nur mangelhaft hingewiesen bzw. von den Patienten/innen bzw. deren Eltern als harmlos abgetan.

Wie also kann man jetzt die Problematik der Aufklärung lösen?

Es ist sowohl in den USA, in Großbritannien als auch in Australien bereits Standard, dass Dolmetscher/innen für Patienten/innen angefordert werden, die der englischen Sprache nicht mächtig sind. In diesen Ländern wird die Übersetzung bereits mit Videodolmetschern/innen gelöst.

Das System müsste europaweit vereinheitlicht werden, gerade weil man weiß, dass die Bevölkerungszahl mit Migrationshintergrund zunimmt. Es besteht die unbedingte Notwendigkeit sowohl Dolmetscher/innen als auch Aufklärungsbögen in den

---

<sup>100</sup> [www.ameso.at](http://www.ameso.at) Vortragsreihe – Modul 3 DIE ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNGSPFLICHT 18.07.2011

gängigsten in Österreich und Europa vertretenen Fremdsprachen bereitzustellen. Selbstverständlich entstehen hohe Kosten für das Dolmetschen, allerdings führen Fehlbehandlungen aufgrund der Verletzung der Aufklärungspflicht zu weit höheren Kosten.

Ein weiterer Lösungsansatz vor allem Kinder und Kleinkinder betreffend ist die Aufnahme der Vorsorgeuntersuchung für Zahn- und Mundgesundheit in den Leistungsumfang des Mutter-Kind-Passes, welche 2012 von der Zahnärztekammer gefordert wurde. Eine Vielzahl Untersuchungen ist bereits für Eltern verpflichtend, außer die zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Aufklärung. Dabei muss man wieder anmerken, dass das Kauorgan kein in sich abgeschlossenes System ist sondern in Verbindung mit dem gesamten menschlichen Organismus steht und auch von diesem schwerwiegende Bakteriämien und Erkrankungen ausgehen kann. In den Medien wurde dieses Thema bereits vielfach diskutiert und Univ. Prof. Dr. Arnetzl von der Universitätsklinik für Zahn-Mund- und Kieferheilkunde nimmt folgendermaßen dazu Stellung: *„Wenn wir in der Lage sind bereits Schwangere über den Infektionsweg und die Folgen zu informieren, könnten wir solche Situationen vermeiden, die dazu führen, dass Kinder mit umfangreicher Karies zu kämpfen haben.“* Natürlich sind damit gleichwertig Patientinnen mit Migrationshintergrund gemeint.

Weitere Hilfsmittel bezüglich Aufklärung und insbesondere Aufklärung fremdsprachiger Patienten/innen, stehen bereits via Applications für Mobiltelefone zur Verfügung. Die Anwendung dieser sogenannten Apps gestaltet sich relativ einfach, zu Zeit ist der Download aber nur im Bereich der Allgemeinmedizin möglich und nicht im Bereich der Zahnheilkunde. Abgesehen davon stellt sich auch hier wieder die Frage inwieweit diese Form einer Aufklärung legitim ist.

Die Thematik der Aufklärung fremdsprachiger Patienten/innen ist zwar vielfach diskutiert, sollte aber für Ärzte/innen und Patienten/innen auf alle Fälle vereinfacht und vereinheitlicht werden. Nach einem Bericht aus dem Standard soll in Österreich Anfang 2013 das Pilotprojekt „Videodolmetschen“ erprobt werden. Laut Maria Letecka-Pulka vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin, ist es Ziel, den Aufbau eines zentralen Dolmetschdienstes für mehrere Sprachen (Türkisch, Bosnisch, Serbokroatisch) und für Gebärdensprache einzurichten.

## 13 Literaturverzeichnis

**ABGB.** §§ 1295ff.

**Aeknoe.**

<http://php3.or.at/php3/dictionary/docs/wrapper.php3?doc=pb2K02050.html#a3>.

[Online] [Zitat vom: 5. juni 2011.]

**Aigner, Gerhard.** *Ärztengesetz.* s.l.: Manz, 2007.

**Aigner/Kletečka-Pulker/Memmer.** *Handbuch Medizinrecht.* Wien: Manz Verlag, 2011.

**Ameso.** [www.ameso.at](http://www.ameso.at). [Online] [Zitat vom: 7. juli 2011.]

**Ärzte Exklusiv.** <http://www.aerzte-exklusiv.at/archiv/index.php?id=>. [Online] 14. Juni 2011.

**Ärzttekammer.** Ärztekammer Deutschland. <http://www.aerztekammer-bw.de/20/merkblaetter/aufklaerungspflicht.pdf>. [Online] 14. juli 2011.

**Ärztemagazin.** Ärztemagazin .

<http://www.aerztmagazin.at/dynasite.cfm?dsmid=80655&dspaid=654644>. [Online] 18. juli 2011.

**Bannen, Albert/Benzin, P.** *Praxishandbuch Anästhesie: Leitfaden für die klinisch Arbeit.* s.l.: Deutscher Ärzte-Verlag, 2009.

**Barth, Diether.** *Mediziner Marketing.* Berlin: Springer-Verlag, 1999.

**Beck JD/Elter JR/Heiss G/Couper D/Mauriello SM/Offenbacher S.** *Relationship of periodontal disease to carotid artery intima-media wall thickness-The atherosclerosis risk in communities (ARIC) study.* s.l.: Atheroscler Thromb Vasc Biol, 2001. S. 18-16-1822.

**Binsch, M./Frehse, G./Kirschner, M./ Rottkemper, H.** *Assistenzzeit und Niederlassung für Zahnärzte.* Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag, 2009.

**Dullinger, Silvia.** *Zur Beweislast für Verletzung-WErfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht.* s.l.: JB1, 1998. S. 2-20.

**Deutscher Bundestag.**

<http://www.dipbt.bundestag.de/dip21/btd/15/058/1505826.pdf>. [Online] 2. Februar 2012.

**Ehlers/Brogli.** *Arzthaftungsrecht.* s.l.: C.H. Beck Medizinrecht, 2005.

**Ehrenfeld, N./Schwenzer, M.** *Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde: Zahnärztliche Chirurgie.* New York Thieme, 2000.

**Geißendörfer, Silke Edith.** *Die Selbstbestimmung des Entscheidungsunfähigen an den grenzen des Rechts.* Berlin: Lit. Verlag Dr. W. Hopf, 2009.

**Haslinger.** *Probleme der ärztlichen Aufklärung und Patienteneinwilligung.* s.l.: AnwBl, 1994.

**Jakse, N.** *Skriptum orale Chirurgie I-III.* Graz: Universitätsklinik für Zahn-Mund und Kieferheilkunde, 2011.

**Kindel, Dieter G.** *Besonderheiten des ärztlichen Behandlungsvertrags.* Wien: Verlag Österreich, 2009.

**Kletecka.** Fachgruppe Grundrechte. <http://www.fachgruppe-grundrechte.at/pics/grundrechtstag09/abstracts/Kletecka.pdf>. [Online] 5. Juli 2001.

**Mehringer, Rolf.** *Die Anfängeroperation: Zwischen Patientenrechten und Ausbildungsnotwendigkeit.* Heidelberg: Springer-Verlag, 2007.

**NZW.** [http://www.nzw.de/download/nzw11\\_kreckel\\_NOGGO.pdf](http://www.nzw.de/download/nzw11_kreckel_NOGGO.pdf). [Online] 1. September 2011.

**Oehler, Klaus.** *Der zahnärztliche Sachverständige: Behandlungsfehler in Begutachtung und Rechtssprechung.* 2. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag, 2004.

**OGH.** 08.03.2001, 8 Ob 33/01p.

**OGH.** 18.10.1991, 8 Ob620/91.

**OGH.** 23.06.1983, 3 Ob 545/82.

**OGH.** 28.02.2001, 7 Ob 233/01 s.

**OGH.** 3 Ob 562/84.

**Penz, Claus.** Kassenarzt. <http://www.kassenarzt.at/index.php?id=1716>. [Online] [Zitat vom: 20. August 2012.]

**Pilz, Eckhard/Huber, Gerhard W.** *Behandlungsaufklärung-Risikoaufklärung-Aufklärungsbögen.* 1996.

**Reiche, Dagmar.** *Roche Lexikon.* s.l.: Urban & Fischer, 2003. Bd. 5.

**RIS BKA.**

[http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT\\_20010315\\_OGH0002\\_0060OB00258\\_00K0000\\_000](http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20010315_OGH0002_0060OB00258_00K0000_000). [Online] [Zitat vom: 8. märz 2012.]

**RIS BKA.**

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40070391>. [Online] [Zitat vom: 28. august 2012.]

**Rötscher, Klaus.** *Forensische Zahnmedizin*. s.l.: Books on Demand GmbH, 2003

**Schell, Werner.**

[http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Selbstbestimmung/die\\_aufklaerung\\_von\\_auslaendischen\\_Patienten.php](http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Selbstbestimmung/die_aufklaerung_von_auslaendischen_Patienten.php). [Online] 28. Juni 2001.

**Schinnenburg, Wieland.** *Der Rechtsratgeber für die Zahnarztpraxis: Praktische Tipps, Checklisten und Beispiele*. s.l.: Deutscher Zahnärzte Verlag, 2006.

**Schramm/Stempkowski.** *Die zahnärztliche Aufklärungspflicht-Eine Betrachtung aus juristischer Sicht*. s.l.: RdM, 1997.

**Springerlink.** <http://www.springerlink.com/content/978-3-540-23486-9#section=537696&page=4&locus=7>. [Online] [Zitat vom: 1. September 2011.]

**Statistik Austria.**

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistik/bevoelkerung/einbuengerungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistik/bevoelkerung/einbuengerungen/index.html). [Online] 14. Juli 2011.

**Statistik Austria.**

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistik/bevoelkerungbevoelkerungsstand\\_und\\_Veraenderung/bevoelkerung\\_im\\_jahresdurchschnitt/023142.html](http://www.statistik.at/web_de/statistik/bevoelkerungbevoelkerungsstand_und_Veraenderung/bevoelkerung_im_jahresdurchschnitt/023142.html). [Online] [Zitat vom: 24. juli 2011.]

**Stickler Medizinrecht.** [http://www.medizinrecht-stickler.at/02\\_Medizinrecht/02-03\\_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.html](http://www.medizinrecht-stickler.at/02_Medizinrecht/02-03_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.html) [Online] [Zitat vom: 28. August 2012.]

**Universitas.** [http://www.universitas.org/uploads/media/OeGAM\\_News.pdf](http://www.universitas.org/uploads/media/OeGAM_News.pdf). [Online] 14. juli 2011.

**Verlag für Medizin und Wirtschaft.** [www.kup.at/kup/pdf/9415.pdf](http://www.kup.at/kup/pdf/9415.pdf). [Online] [Zitat vom: 23. Jänner 2013.]

**Weck/Bleichhart.** *Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst.* Berlin: Springer-Verlag, 2010.

**ZM, Zahnärztliche Mitteilungen.** [http://www.zm-online.de/hefte/Zwischen-Pflicht-und-Kuer\\_23200.html](http://www.zm-online.de/hefte/Zwischen-Pflicht-und-Kuer_23200.html). [Online] [Zitat vom: 14. November 2012.]

**Zürich.** [http://www.zurich.ch/zurich-ch/SiteCollectionDocuments/site/de/003004\\_Aerzthaftpflicht.pdf](http://www.zurich.ch/zurich-ch/SiteCollectionDocuments/site/de/003004_Aerzthaftpflicht.pdf). [Online] [Zitat vom: 20. februar 2012.]

## 14 Anhang

- I. Präzedenzfall Rafalla EI-K.

I. Präzedenzfall Rafalla EI-K.

„Gericht

OGH

Entscheidungsdatum

15.03.2001

Geschäftszahl

6Ob258/00k

Kop

*Der Oberste Gerichtshof hat durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Ehmayer als Vorsitzenden und die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Schiemer, Dr. Huber, Dr. Prückner und Dr. Schenk als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Verlassenschaft nach Rafalla E\*\*\*\*\*, verstorben am 21. Dezember 1996, \*\*\*\*\*, vertreten durch den Verlassenschaftskurator Dr. Karl Bollmann, Rechtsanwalt in Wien, gegen die beklagte Partei Dr. Ingomar K\*\*\*\*\*, vertreten durch Dr. Irene Pfeifer, Rechtsanwältin in Wien, wegen 900.000 S und Feststellung, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht vom 29. Juni 2000, GZ 7 R 67/00y-66, mit dem das Urteil des Landesgerichtes für Zivilrechtssachen Wien vom 3. Jänner 2000, GZ 11 Cg 62/97m-62, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung den Beschluss gefasst:*

*Spruch*

*Der Revision wird Folge gegeben. Das angefochtene Urteil des Berufungsgerichtes wird aufgehoben. Die Rechtssache wird zur Verhandlung und neuerlichen Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen.*

*Die Kosten des Revisionsverfahrens sind weitere Verfahrenskosten.*

*Begründung:*

*Der im Jahre 1954 geborene, am 21. 12. 1996 nach langjährigem apallischen Syndrom, das auf Grund eines Narkosezwischenfalls eingetreten war, verstorbene Rafalla El-K\*\*\*\*\* war lybischer Staatsbürger. Er kam im Sommer 1988 nach Wien, um in der Ordination des Beklagten eine Zahnextraktion vornehmen zu lassen. Der Beklagte stellte die Notwendigkeit fest, zumindest zwei Zähne zu ziehen und zwei bis drei Wurzelbehandlungen im Unterkiefer durchzuführen. Der Patient begehrte die Vornahme des Eingriffes in Vollnarkose, weil er unter Würgeanfällen litt, die eine andere Behandlungsmöglichkeit ausschlossen. Der Beklagte belehrte den Patienten über die Möglichkeit einer Lokalanästhesie. Dieser bestand jedoch auf einer Vollnarkose. Mit der Vornahme der Vollnarkose beauftragte der Beklagte die Anästhesistin Dr. Eva L\*\*\*\*\*, mit der er damals bereits über fünf Jahre zusammenarbeitete. Die Narkoseärztin veranlasste zunächst die Einholung präanästhesiologischer Befunde, insbesondere eines EKGs, eines Harnbefundes, eines Blutgerinnungsparameters und eines Blutbildes, sowie die Untersuchung durch einen Internisten. Alle erhobenen Werte lagen im Normbereich. Kontraindikationen ergaben sich nicht. Die Narkoseärztin befragte den Patienten unter Beiziehung eines Dolmetschers, gegen dessen Qualifikation keine Einwände bestanden, nach früheren und akuten Erkrankungen, nach der Einnahme von Medikamenten und dem Bestehen irgendwelcher Allergien und ob er sonst irgendwo in ärztlicher Behandlung sei. Der Patient verneinte alle diese Fragen.*

*Der Beklagte verwendete in seiner Ordination ein Narkosegerät, das zusätzlich zu seiner Grundausstattung lediglich mit einem Vapor ausgestattet war. Das Gerät wurde regelmäßig überprüft und war bei einer Überprüfung unmittelbar nach dem Vorfall mängelfrei. Es war nur für Handbetrieb und nicht für automatischen Betrieb geeignet und verfügte über keinen Alarm für das Abziehen eines Schlauches (Diskonnexionsalarm). Ein solcher Alarm ist bei einem händisch bedienten Gerät auch nicht erforderlich, weil dieser Zustand sofort auffällt, wenn er eintritt. Das Gerät war aber mit einem Warnsignal für Sauerstoffabfall und einer Lachgassperre ausgestattet. Damit waren ausreichende Sicherheitseinrichtungen zur Vermeidung von Narkosezwischenfällen vorhanden.*

Die Narkoseärztin leitete die Narkose nach Gabe von 0,5 mg Atropin über die in eine Vene des rechten Armes gelegte Infusionskanüle mit 200 mg Brietal (ein kurz wirkendes Barbiturat) und 100 mg Lysthenan (kurz wirkendes Muskelrelaxan) ein. Nach Beatmung mit reinem Sauerstoff erfolgte die nasotracheale Intubation mit einem Tubus (7,5 mm). Während der Narkose verwendete die Narkoseärztin ein Stethoskop zum Abhören der Lungen, der Herztöne und zur Blutdruckmessung. Sie befestigte dieses Stethoskop nach Einleitung der Narkose mit einem Pflaster am Brustbein des Patienten. Zum Blutdruckmessen löste sie das Stethoskop jeweils vom Brustbein ab und befestigte es dann wieder mit demselben Leukoplast. Beim Wechseln des Stethoskops hielt sie den Beatmungsbeutel zwischen den Knien gedrückt. Sie hörte die Lungen beidseitig ab und stellte gleichmäßige Beatmung fest. Auch der Kreislauf war stabil. Die Narkose wurde mit einem Sauerstoff-Lachgasgemisch 2:4 fortgesetzt. Mit der Zufuhr des Inhalationsanästhetikums Halothan sollte erst nach Wiederauftreten der Spontanatmung des Patienten begonnen werden. Der Kläger zeigte aber 10 bis 15 Minuten keine Spontanatmung. Die Beklagte stellte dann plötzlich über das im Brustbereich fixierte Stethoskop fest, dass keine Herztöne mehr vorhanden waren. Sie tastete auch keinen Puls. Sie informierte hiervon den Beklagten, der mit seinem zahnärztlichen Eingriff noch nicht begonnen hatte. Er führte sofort gemeinsam mit der Narkoseärztin Wiederbelebungsversuche durch, und zwar eine Beatmung mit 100 % Sauerstoff und eine Herzmassage. Die Narkoseärztin injizierte eine Ampulle Alupent 0,5 mg (Orciprenalin, ein Betamimetikum), 2 Ampullen Suprarenin (Adrenalin) und 20 ml Natriumbicarbonat. Nach etwa fünf bis sieben Minuten sprang das Herz wieder an; Herztöne waren hörbar und ein gut gefüllter Puls tastbar. Der Rettungsarzt, der mit der sofort verständigten Rettung eintraf, schrieb ein Elektrokardiogramm, das Sinusrythmus zeigte. Nach der Wiederbelebung war nur oberflächliche Schnappatmung festzustellen. Die Pupillen waren weit und zeigten kaum Lichtreaktionen. Unter weiterer Behandlung wurde der Kläger in die Intensivbehandlungsstation des Wilhelminenspitals eingeliefert.

Die von der Narkoseärztin vorgenommene Narkosevorbereitung war fehlerfrei und entsprach den Regeln der ärztlichen Kunst. Bei Vorliegen von normalen Befunden

*bei einem 34-jährigen gesunden Patienten bestand keine Veranlassung, die Narkose abzulehnen. Als die Narkoseärztin den Patienten nach dem Vorfall im Spital besuchte, hörte sie eine Bemerkung, dass der Patient über eine unklare Anfallanamnese gesprochen habe. Vor Einleitung der Narkose hatte sie dafür keine Anhaltspunkte.*

*Ebenfalls einwandfrei war die eingeschlagene Narkosetechnik, die Verabreichung einer Barbituratdosis und eines muskelerschlaffenden Mittels. Es bleibt ungeklärt, warum es relativ bald nach Narkoseeinleitung zu einem Herz-Kreislaufversagen (Asystolie und/oder Kammerflimmern) kam. Ein "primärer" Sauerstoffmangel (technisches Versagen, Fehlen von Sauerstoff im System, Diskonnexion der Schläuche oder Verlegung der Luftwege usw.) kann mit größter Wahrscheinlichkeit verneint werden. Auszuschließen ist weiters eine Fehllage des Luftröhrentubus als Ursache des Zwischenfalles. An "sekundären" Ursachen eines Sauerstoffmangels können eine Reihe von Faktoren ausgeschlossen werden, so Herzinfarkt, Unterkühlung, massiver Blutzuckerabfall, Blutverlust, Elektrolyt- und Säurebasenstörungen, desgleichen auch die sogenannten "speziellen Notfälle" (elektrischer Strom, Lungenödem, Ertrinken, akuter Asthmaanfall, Co-Vergiftung und andere Vergiftungen). Die Möglichkeit einer malignen Hyperthonie ist eher unwahrscheinlich. Eine Sichelzellenanämie kann beim Kläger (Araber) nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.*

*Die gerätemäßige Überwachung entsprach den zum Unfallszeitpunkt gegebenen Anforderungen. Entsprechende Empfehlungen hierzu wurden von der österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivtherapie erst 1992 veröffentlicht. Die Weltorganisation der Gesellschaften der Anästhesiologen (WFSA) hat ihre als Empfehlungen formulierten Standards erst 1993 veröffentlicht. Im Jahr 1988 war der Routineeinsatz eines EKG bei jeder Narkose oder Lokalanästhesie keineswegs Stand der Kunst. Es war auch durchaus nicht jeder Narkosearbeitsplatz in Österreich mit einem EKG ausgerüstet. Selbst die genannten Richtlinien nennen nicht den Einsatz eines Defibrillators im Rahmen einer Patientenüberwachung. Darüber hinaus erforderte der vorliegende Zwischenfall keine Defibrillation (Versuch einer Entflimmerung durch elektrischen Stromstoß).*

*Die Wiederbelebungsmaßnahmen der beiden Ärzte waren korrekt. Die Verwendung des Medikamentes Alupent wurde zwar im Laufe der Jahre immer mehr eingeschränkt und seine Anwendung nur mit größter Zurückhaltung empfohlen. Zum Zeitpunkt des Zwischenfalls war Alupent jedoch in Österreich nach wie vor im Einsatz und keineswegs verpönt. Noch im Jahr 1987 wurde dieses Medikament zum Routineeinsatz empfohlen. 1988 war es noch indiziert und wird für bestimmte Formen des Herzstillstandes heute noch indiziert.*

*Der Patient war nach dem Zwischenfall nicht ansprechbar. Er bot die Zeichen einer diffusen Hirnschwellung mit Streckkrämpfen und einer Thrombose der basalen Hirnarterie. Ein kardial verursachtes embolisches Geschehen konnte nicht ausgeschlossen werden. In der Folge kam es zur Entwicklung des Vollbildes eines apallischen Syndroms als Zeichen des weitgehenden Ausfalls der Hirnrinde. Am 29. 9. 1988 wurde der Patient mit der Diagnose hypoxischer (durch Sauerstoffmangel bedingter) Hirnschaden, Zustand nach Wiederbelebung nach Narkosezwischenfall, an die neurologische Universitätsklinik verlegt. Der Zustand blieb im Wesentlichen unverändert. Erst im Frühjahr 1989 kam es zu einer geringgradigen Besserung, es ergab sich jedoch keine wesentliche Änderung im Defektprofil. 1996 war der Patient nur zu geringen sprachlichen Äußerungen (vorwiegend Jammern und Greinen) fähig. Auch arabisch sprechende Gastärzte konnten keine verständigen Laute konstatieren. Da eine weitere Besserung des Zustandes nicht mehr zu erwarten war, wurde er schließlich in eine Pflegeabteilung verlegt, wo er am 21. 12. 1996 verstarb.*

*In seiner am 15. 5. 1991 eingebrachten Klage begehrte Rafalla E\*\*\*\*\* vom Beklagten 900.000 S Schmerzensgeld und die Feststellung, dass der Beklagte für alle Schäden aus dem Narkosezwischenfall hafte. Der Beklagte habe sowohl eigene Behandlungsfehler zu verantworten als auch für das Fehlverhalten der Narkoseärztin einzustehen, die als seine Erfüllungsgehilfin zu qualifizieren sei. Der Narkoseärztin werfe er vor, dass er über die Narkoserisiken unzureichend belehrt, die Anamnese nicht sorgfältig durchgeführt, ein unklares Anfallsleiden nicht erhoben, die Narkose unsachgemäß verabreicht, der Herzstillstand viel zu spät bemerkt, die Reanimation nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechend durchgeführt und ein damals bereits ungeeignetes Medikament verwendet worden sei sowie überhaupt, dass sie die*

*Vollnarkose für eine bloße Zahnbehandlung durchgeführt habe. Auch der Beklagte selbst hätte ihn über die Narkoserisiken belehren müssen. Diese Belehrung sei unzureichend erfolgt. Der Beklagte sei an der Anamnese beteiligt gewesen und habe sie nicht sorgfältig durchgeführt. Eine Vollnarkose sei nach Art der beabsichtigten Zahnbehandlung überhaupt nicht durchzuführen gewesen. Die Geräteausrüstung des Beklagten habe nicht dem medizinischen Standard entsprochen. Insbesondere hätte ein EKG-Gerät mit Monitor eingesetzt werden müssen. Es hätte ein weiterer Anästhesist oder Arzt mit fachlicher Schulung beigezogen werden müssen. Der Beklagte habe sich an der Reanimation nicht beteiligt.*

*Der Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens. Er bestritt sowohl ein eigenes Verschulden als auch ein Verschulden der Narkoseärztin. Diese sei im Übrigen als selbständige und selbstverantwortliche Ärztin nicht seine Erfüllungsgehilfin gewesen. Der Gesundheitsschaden des Klägers sei trotz gewissenhafter Anwendung der Regeln ärztlicher Kunst aufgrund gesundheitlicher Disposition des Patienten eingetreten. Der Beklagte habe den Patienten zu einer Lokalanästhesie geraten, weil diese für die Behandlung ausreichend gewesen und weniger risikoreich sei. Er sei darauf hingewiesen worden, dass jede Vollnarkose ein Risiko in sich berge. Der Patient habe aber eine Lokalanästhesie abgelehnt und ausdrücklich eine Vollnarkose gewünscht. Die Anamnese sei ordnungsgemäß erhoben worden. Die vorhandenen Geräte seien ausreichend gewesen. Die Herztätigkeit des Patienten sei ständig überwacht worden. Mit der Reanimation sei unverzüglich begonnen worden.*

*Mit seiner bereits am 3. 12. 1990 gegen die Narkoseärztin eingebrachten Klage (25 Cg 281/90, zuletzt 25 Cg 95/93m des Erstgerichtes) begehrte der Kläger von dieser 600.000 S Schmerzensgeld und ebenfalls die Feststellung der Haftung für alle Schäden aus dem Narkosezwischenfall. Der hier Beklagte trat diesem Verfahren als Nebenintervenient bei. Das Erstgericht bejahte mit "Zwischenurteil" die Haftung der Narkoseärztin dem Grunde nach. Das Berufungsgericht wies in Abänderung dieses Urteiles das Klagebegehren ab, wobei es nach Beweiswiederholung und -ergänzung im Wesentlichen vom eingangs wiedergegebenen Sachverhalt ausging und die Haftung der Narkoseärztin verneinte, weil ihr fehlerfreies Verhalten erwiesen sei. Die*

*dagegen erhobene außerordentliche Revision der Verlassenschaft wies der Oberste Gerichtshof mit Beschluss vom 4. 9. 1997, 2 Ob 235/97s zurück.*

*Das vorliegende Verfahren, das am 23. 9. 1992 bis zur rechtskräftigen Beendigung des Verfahrens gegen die Narkoseärztin unterbrochen worden war, wurde danach antragsgemäß fortgesetzt.*

*Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Es traf weitgehend dieselben Feststellungen wie das Berufungsgericht im Vorprozess gegen die Narkoseärztin. Es kam zu dem Ergebnis, dass der Einsatz eines EKG-Gerätes nach dem damaligen Standard der Medizin nicht geboten gewesen sei. Die Wiederbelebungsmaßnahmen seien korrekt durchgeführt worden. Der Medikamenteneinsatz habe dem damaligen Stand der ärztlichen Kunst entsprochen. Der Einsatz eines Defibrillators sei weder geboten noch erforderlich gewesen. Im Vorverfahren sei auch die Frage der möglichen Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Ärzten und dem Patienten sowie die Frage der Aufklärung des Patienten erörtert worden. Das Verhalten des Beklagten sei fehlerfrei gewesen.*

*Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil und sprach aus, dass die ordentliche Revision nicht zulässig sei. Da der Beklagte als Nebenintervenient im Verfahren gegen die Narkoseärztin beteiligt gewesen sei, sei die klagende Partei an das ihren Anspruch gegen die Narkoseärztin abweisende Ergebnis gebunden. Die dort verneinte Anspruchsgrundlage könne in diesem Verfahren nicht als Vorfrage neuerlich geprüft werden. Das Berufungsgericht übernehme jedoch ungeachtet dessen die Feststellungen des Erstgerichtes als Ergebnis einer einwandfreien Beweiswürdigung und eines mängelfreien Verfahrens. Da die Parteien am Vorverfahren beteiligt gewesen seien, sei die Verwertung der dortigen Beweisergebnisse gemäß § 281a ZPO zulässig und ökonomisch gewesen. Aus der Beweiswürdigung und der Bezugnahme des Erstgerichtes auf das Ergebnis des Vorverfahrens ergebe sich, dass das Erstgericht auch festgestellt habe, der Verstorbene sei ausreichend aufgeklärt worden. Aus der im Vorverfahren durchgeführten Vernehmung des Beklagten sei erwiesen, dass der vom Patienten beigezogene Dolmetsch als solcher sehr wohl geeignet gewesen sowie weiters auch,*

*dass der Verstorbene ausreichend über die Risiken einer Vollnarkose belehrt worden sei. Der Beklagte und die Narkoseärztin hätten "lege artis" gearbeitet. Auch wenn § 1298 ABGB die Beweislast hinsichtlich des Verschuldens zu Lasten des Beklagten umkehre, sei es Aufgabe des Geschädigten, den Beweis der objektiven Sorgfaltsverletzung zu erbringen. Der Beklagte habe seine Tätigkeit im Zeitpunkt des Zwischenfalles noch nicht begonnen gehabt und seine Aufklärungspflicht erfüllt, sodass das Erstgericht seine Haftung zu Recht verneint habe.*

#### *Rechtliche Beurteilung*

*Die Revision der klagenden Partei ist entgegen dem Ausspruch des Berufungsgerichtes zulässig und im Sinne ihres Aufhebungsantrages berechtigt.*

*Der Revision ist zwar beizupflichten, dass in der in SZ 70/60 (= JBI 1997, 368) veröffentlichten Entscheidung des verstärkten Senates nicht auch die Frage beantwortet wurde, ob durch die Abweisung einer Schadenersatzklage gegen den Erfüllungsgehilfen für den nachfolgenden Prozess gegen den Vertragspartner des Geschädigten bindend ein Fehlverhalten des Erfüllungsgehilfen verneint wurde. Diese Frage kann hier aber ebenso wie die Frage, ob die Narkoseärztin überhaupt als Erfüllungsgehilfin des operierenden Arztes anzusehen ist, für die er nach § 1313a ABGB haftet (bejahend - dort betreffend die Haftung des Belegarztes für den von ihm beigezogenen Narkosearzt - jüngst 1 Ob 269/99m = JBI 2001, 58 mwN; krit. Bruck/Pfersmann, JBI 2001, 64 ff; Kopetzki, RdM 2000, 93), dahingestellt bleiben. Das Berufungsgericht hat die Feststellungen des Erstgerichtes ungeachtet seiner Ansicht über die bindende Wirkung des Vorprozesses übernommen und die in der Berufung des Klägers gerügten Mängel des erstinstanzlichen Verfahrens ebenso verneint wie die behaupteten Fehler der Beweiswürdigung. Der Oberste Gerichtshof hat daher vom festgestellten Sachverhalt auszugehen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Parteien nach dem Inhalt des Tagsatzungsprotokolls vom 19. 3. 1998 mit der Verlesung des Voraktes einverstanden waren und dieser einverständlich verlesen wurde, sodass eine unrichtige Anwendung des § 281a ZPO durch das Erstgericht keinesfalls zu erblicken ist. Der Umstand, dass das Berufungsgericht die Verwertung der Zeugen- und Parteiaussagen sowie der Gutachten im Vorprozess durch das Erstgericht gebilligt hat, vermag daher weder einen Verfahrensmangel*

*noch eine Nichtigkeit des Berufungsverfahrens zu begründen.*

*Abgesehen davon können in der Berufung behauptete Mängel des Verfahrens erster Instanz, die vom Berufungsgericht verneint wurden, in der Revision nicht nochmals wirksam geltend gemacht werden (RIS-Justiz RS0106371). Deshalb stellt auch die bereits in der Berufung gerügte Unterlassung der Einvernahme des Zeugen Mohamed B\*\*\*\*\*, der damals als Dolmetsch eingeschaltet wurde und der Narkoseärztin sowie des Beklagten wie auch der Umstand, dass die Einholung eines weiteren medizinischen Gutachtens unterblieb, keinen tauglichen Revisionsgrund dar. Soweit die Revision in diesem Zusammenhang nochmals die Feststellungen des Erstgerichtes, insbesondere über den medizinischen Standard im Zeitpunkt des Narkosezwischenfalls (ungeeignetes Narkosegerät, kein EKG-Monitor eingesetzt, nicht rechtzeitige Erkennung des Herzstillstandes, Verabreichung eines kontraindizierten Medikamentes usw.) bekämpft, enthält sie in Wahrheit eine im Revisionsverfahren nicht zulässige Beweisrüge.*

*Ausgehend von den Obersten Gerichtshof bindenden Feststellungen der Vorinstanzen kann weder der Narkoseärztin noch dem Beklagten ein Kunstfehler vorgeworfen werden. Die eingesetzten Geräte und verabreichten Medikamente sowie überhaupt das gesamte Vorgehen der beiden Ärzte entsprachen dem damaligen Stand der ärztlichen Kunst. Der Eingriff war gründlich vorbereitet worden. Insbesondere war eine ausreichende Anamnese erhoben und es waren alle notwendigen Untersuchungen durchgeführt worden. Das Narkosegerät des Beklagten arbeitete fehlerfrei und entsprach dem damaligen Standard. Die Wiederbelebungsversuche des Beklagten setzten sofort nach dem Zwischenfall ein und waren fachgerecht. Wie der Oberste Gerichtshof bereits in der den Parteien bekannten Entscheidung 2 Ob 235/97s im Vorprozess ausgeführt hat, hat den Beweis des Vorliegens eines Behandlungsfehlers der Patient zu führen (SZ 68/207). Die Beweiserleichterung bei fehlender Dokumentation hilft dem Patienten lediglich insoweit, als sie die Vermutung begründet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme vom Arzt nicht getroffen wurde; sie begründet aber nicht die Vermutung objektiver Sorgfaltsverstöße (SZ 67/9; RS0026236). Es geht hier nicht um die Frage des Kausalitätsbeweises oder um jene der Umkehr der Beweislast hinsichtlich des*

*Verschuldens. Entscheidend ist lediglich, dass es der klagenden Partei nicht gelungen ist, der Narkoseärztin oder dem Beklagten einen objektiven Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst oder gegen die Anwendung der üblichen Sorgfalt anzulasten. Die Ansicht des Erstgerichtes und ihr folgend jener der klagenden Partei, dass bei einer Zahnbehandlung nicht nur eine fachgerechte Behandlung, sondern auch ein bestimmter Erfolg geschuldet werde, ist für die Frage der Haftung des behandelnden Zahnarztes für einen infolge der Heilbehandlung (im weiteren Sinne) eingetretener Körperschaden des Patienten ohne jede Bedeutung.*

*Die Revision zeigt jedoch insoweit zutreffend eine Mangelhaftigkeit des Berufungsverfahrens auf, als sie zumindest sinngemäß die Ausführungen des Berufungsgerichtes rügt, dass der Patient ausreichend über die Risiken einer Vollnarkose belehrt worden sei. Das Berufungsgericht geht von dieser Prämisse aus, obwohl das Ersturteil keine Feststellungen über die Frage der Aufklärung getroffen hat. Der Hinweis des Ersturteiles, dass die Aufklärung im Beweisverfahren "erörtert" worden sei und der Beklagte dort die Belehrung des Patienten geschildert habe, vermögen eine konkrete Feststellung über die Erfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht nicht zu ersetzen. Die Aussage des Beklagten im Vorverfahren hat in den Feststellungen des Erstgerichtes keinerlei Niederschlag gefunden. Das Berufungsgericht hat daher insoweit einen von den Feststellungen des Erstgerichtes nicht gedeckten Sachverhalt zugrunde gelegt, wobei es insoweit auf die Aussage des Beklagten im Vorprozess verwiesen hat. Es hat somit ohne Durchführung einer mündlichen Berufungsverhandlung eine Ergänzung der erstgerichtlichen Feststellungen vorgenommen. Den Parteien wurde keine Gelegenheit zur Stellungnahme hierzu geboten. Es liegt somit ein für den Verfahrensausgang relevanter Stoffsammlungsmangel vor, weil die Beiziehung der Parteien zur Beweisaufnahme - und sei dies nur durch Verwendung des Beweisaufnahmeprotokolls im Vorverfahren gemäß § 281a ZPO - unterblieben ist (vgl. Kodek in Rechberger, ZPO2, Rz 6 zu § 471 ZPO; RIS-Justiz RS0040334). Dies hat der Kläger auch im Sinn des § 196 Abs. 1 ZPO zumindest der Sache nach in seiner Revision gerügt.*

*Dazu kommt, dass in der Annahme, der Patient sei über die Risiken einer Vollnarkose "ausreichend" belehrt worden, bereits eine rechtliche Wertung enthalten*

*ist, für die hinreichende Feststellungen fehlen. In welchem Umfang der Arzt im Einzelfall den Patienten aufklären muss, ist keine feststellungsfähige Tatfrage, sondern eine anhand der zu den konkreten Umständen getroffenen Feststellungen zu beurteilende Rechtsfrage (1 Ob 254/99f = JBI 2000, 657 = EvBI 2000/79 = RdM 2000, 123 = RZ 2000, 125).*

*Aufgabe der ärztlichen Aufklärung ist es, dem Patienten die für seine Entscheidung maßgebenden Kriterien zu liefern und ihn in die Lage zu versetzen, die Tragweite seiner Zustimmung zum fremden Eingriff zu überblicken. Nach ständiger Rechtsprechung ist die ärztliche Aufklärungspflicht umso umfassender, je weniger der Eingriff aus der Sicht eines vernünftigen Patienten vordringlich oder gar geboten ist. In einem solchen Fall ist die Aufklärung über mögliche Risiken selbst dann geboten, wenn die nachteiligen Folgen wohl erheblich, doch wenig wahrscheinlich sind. Auch auf die Möglichkeit äußerst seltener Zwischenfälle ist genauso wie auf das allgemein mit dem Eingriff verbundene Risiko hinzuweisen. Die Aufklärungspflicht ist bei Vorliegen typischer, mit der Heilbehandlung verbundener Risiken verschärft. Das sind Risiken, die speziell dem geplanten Eingriff anhaften und auch bei Anwendung allergrößter Sorgfalt und fehlerfreier Durchführung nicht sicher zu vermeiden sind und den nicht informierten Patienten überraschen, weil er mit dieser Folge nicht rechnet. Auf sie ist unabhängig von der prozentmäßigen statistischen Wahrscheinlichkeit, also auch bei einer allfälligen Seltenheit des Eintrittes hinzuweisen. Entscheidend ist die Erheblichkeit des seltenen Risikos und damit die Eignung, die Willensbildung des Patienten zu beeinflussen, nicht aber die Häufigkeit bzw. Seltenheit der Verwirklichung des Risikos selbst. Ist der Eingriff nicht dringlich, muss der Patient auch auf allenfalls bestehende alternative Behandlungsmethoden hingewiesen werden. Dabei sind Vor- und Nachteile, verschiedene Risiken, verschieden starke Intensität des Eingriffes, differierende Folgen, Schmerzbelastungen und die verschiedenen Erfolgsaussichten gegeneinander abzuwägen (4 Ob 335/98b = JBI 1999, 531 mwN). Der Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht ist in erster Linie unter dem Gesichtspunkt des Wohles des Patienten abzugrenzen und erst in zweiter Linie auch unter Bedacht auf sein Selbstbestimmungsrecht (RIS-Justiz RS0026362). In welchem Umfang der Arzt im Einzelfall den Patienten aufklären muss, damit dieser die Tragweite seiner Einwilligungserklärung überschauen kann, also weiß, worin er einwilligt, ist eine*

Rechtsfrage.

*Wenn auch im Allgemeinen davon ausgegangen werden kann, dass einem Patienten durchschnittlicher Bildung bekannt ist, dass eine Vollnarkose höhere Risiken in sich birgt als eine Lokalanästhesie, ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass der Patient im vorliegenden Fall aus einem anderen Kulturkreis kam und offenbar von der Einstellung geprägt war, dass die Verabreichung einer Vollnarkose bloß für den relativ kleinen zahnärztlichen Eingriff "nichts Besonderes" sei. Von einem ambulant behandelnden Zahnarzt wird zwar nicht verlangt werden können, dass er einem Patienten sämtliche Narkoserisiken im Detail auflistet. Es ist aber doch zu erwarten, dass er den Patienten mit entsprechendem Ernst und Nachdruck auf die mit einer Vollnarkose einhergehenden hohen gesundheitlichen Risiken und auch darauf hinweist, dass trotz bester Vorbereitung und bestmöglicher Abklärung individueller Risikofaktoren schwere, bis zum Tod führende gesundheitliche Schäden auftreten können. Um eine ausreichende Aufklärung durch den Beklagten annehmen zu können, müsste dieser mit dem Patienten das Für und Wider zwischen einer Lokalanästhesie und einer Vollnarkose in den wesentlichen Punkten abgeklärt und ihm die unterschiedlichen Risiken eindringlich vor Augen geführt haben (vgl. SZ 63/152). Eine solche Aufklärungspflicht traf nicht nur die Narkoseärztin, sondern in erster Linie den ambulant behandelnden Beklagten. Hat schon der Beklagte hinreichend aufgeklärt, ist eine solche Aufklärung nicht zusätzlich auch noch von der Narkoseärztin zu verlangen. Die Aufklärung über die Gefahren einer Narkose hat jedenfalls grundsätzlich bereits stattzufinden, bevor alle Vorbereitungen für die Vollnarkose getroffen sind und der Narkosearzt bereit steht.*

*Das Berufungsgericht wird daher im fortgesetzten Verfahren im Rahmen einer mündlichen Berufungsverhandlung eine Beweisaufnahme zur Frage der Aufklärung des Klägers durch den Beklagten - sei es auch gemäß § 281a ZPO durch Verwertung der Beweisergebnisse des Vorverfahrens - durchzuführen und präzise Feststellungen darüber zu treffen habe, ob und wie der Beklagte den Patienten über die Narkoserisiken aufgeklärt hat. Der Kostenvorbehalt gründet sich auf § 52 Abs 1 ZPO.<sup>101</sup>*

---

<sup>101</sup>

[http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT\\_20010315\\_OGH0002\\_0060OB00258\\_00K0000\\_000\\_08.03.2012](http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20010315_OGH0002_0060OB00258_00K0000_000_08.03.2012)