



**Medizinische Universität Graz**

***DIPLOMARBEIT***

***Wirkung und unerwünschte  
Nebenwirkung der Aufklärung***

Eingereicht von

Hauptautor: **Alexandra Eisner**

Mitautor: **Katharina Jähn**

zur Erlangung des akademischen Grades Doktorin der Zahnheilkunde (Dr. med. dent.)

an der  
Medizinischen Universität Graz  
ausgeführt an der  
Klinik für Zahnmedizin

unter der Anleitung von

***Betreuer:***

Univ.-Prof Dr. Wolfgang Kröll

Graz, 21. Juni 2015



**Medizinische Universität Graz**

***DIPLOMARBEIT***

***Wirkung und unerwünschte  
Nebenwirkung der Aufklärung***

Eingereicht von

Hauptautor: **Katharina Jähn**

Mitautor: **Alexandra Eisner**

zur Erlangung des akademischen Grades Doktorin der Zahnheilkunde (Dr. med. dent.)

an der  
Medizinischen Universität Graz  
ausgeführt an der  
Klinik für Zahnmedizin

unter der Anleitung von

***Betreuer:***

Univ.-Prof Dr. Wolfgang Kröll

Graz, 21. Juni 2015

„Alle Aufklärung ist nie Zweck, sondern immer Mittel;  
wird sie jenes, so ist's Zeichen, dass sie aufgehört hat, dieses zu sein.“

*Johann Gottfried Herder (1744 – 1803)*

## **Erklärung**

Erklärung – Diplomarbeit

**Alexandra Eisner**

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst ist und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Außerdem habe ich die Reinschrift der Diplomarbeit einer Korrektur unterzogen und ein Belegexemplar verwahrt.“

Graz, am 21. Juni 2015

Alexandra Eisner eh

## **Erklärung**

Erklärung – Diplomarbeit

**Katharina Jähn**

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst ist und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Außerdem habe ich die Reinschrift der Diplomarbeit einer Korrektur unterzogen und ein Belegexemplar verwahrt.“

Graz, am 21. Juni 2015

Katharina Jähn eh

## VORWORT

„Das Verhältnis von Arzt und Patient ist in der Idee der Umgang zweier vernünftiger Menschen, indem der Wissenschaftlich-Sachkundige dem Kranken hilft“

(Karl Jaspers, Philosoph)

*„Der Arzt schuldet dem Patienten eine Behandlung nach den Regeln der Kunst, nicht aber den gewünschten Erfolg.“*

*(Haftung des Arztes S 15)*

*Rechtswidrigkeit eines ärztlichen Eingriffs, der sonst als Körperverletzung gilt, ist nur nach Einwilligung des Patienten ausgeschlossen – dies setzt die Erfüllung der Aufklärungspflicht des Arztes dem Patienten gegenüber voraus.*

*(Haftung des Arztes S 15)*

Bei vielen zivilgerichtlichen Verfahren der heutigen Zeit gegen Ärzte und Ärztinnen wird vom gegnerischen Anwalt oder Anwältin versucht einen Aufklärungsmangel geltend zu machen anstatt einem vermuteten Behandlungsfehler. Ein solcher Behandlungsfehler liegt dann vor, wenn der Patient oder die Patientin Schaden erlitten hat, der kausal auf einen Fehler des behandelnden Arztes oder der Ärztin zurückzuführen ist, und somit ein tatsächliches Verschulden darstellt. In diesem Fall liegt die schwierige Beweisführung beim Patienten oder der Patientin. Behauptet der/die Geschädigte jedoch nicht ordnungsgemäß und regelhaft aufgeklärt worden zu sein, kommt es in solch einem Fall zu einer Beweislastumkehr. Der beschuldigte Arzt oder Ärztin muss nun schlüssig nachweisen können, dass es sich um eine rechtsverbindliche Aufklärung gehandelt hat.

Ungenügende Aufklärung kommt einer Nichteinwilligung des Patienten oder der Patientin gleich, was den Tatbestand einer unerlaubten Handlung erfüllt.

Die immer größer werdende Bereitschaft der Patienten und Patientinnen ihre behandelnden Ärzte in Gerichtsverfahren zu verwickeln, war Anlass zu dieser Diplomarbeit. Die Vielfalt der Thematik wurde jedoch während der Niederschrift zu

dieser Arbeit zur großen Herausforderung, da dies, verbunden mit der Komplexität des Themas, eine ausreichende Darstellung des Themas nicht immer förderte.

Trotz alledem führte unser großes eigenes Interesse dazu, eine überschaubare Arbeit zu verfassen, die nicht nur für uns selbst als Leitfaden unserer späteren Berufsausübung als Zahnärztinnen dienen wird.

## **DANKSAGUNG**

Unser Betreuer, Herr Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll, leitete uns auf verlässliche Art und Weise durch wertvolle Tipps und Anregungen durch diese Arbeit. Wir sind sehr dankbar und glücklich in ihm einen Mentor gefunden zu haben.

Nutzen wollen wir auch die Gelegenheit uns bei unseren Interviewpartnern bzw. Interviewpartnerinnen zu bedanken, die uns wertvolle Aussagen für den empirischen Teil unserer Arbeit lieferten.

Unseren Familien gebührt ein nicht beschreibbarer Dank. Sie sind der wahre Grund, warum es uns überhaupt möglich war hier zu sitzen und eine Arbeit zum Erlangen des akademischen Grades des Dr. med. dent. schreiben zu können.

Nichtzuletzt möchten wir erwähnen, dass man bei der Erarbeitung eines derartigen Schriftstückes, verbunden mit der Absolvierung eines Studiums erst bemerkt wie wichtig der Rückhalt und eine kraftspendende Energiequelle sein kann. Unser Lebensgefährte bzw Ehemann und Kinder sind für uns solch notwendige Stützen. Wir danken euch!

## **AUTOREN DER KAPITEL**

Die vorliegende Diplomarbeit wurde von den beiden Autorinnen Alexandra Eisner und Katharina Jähn verfasst.

Die Aufteilung der Kapitel erfolgte folgendermaßen:

Beginnend mit der Seite 15 inklusive der Seite 37 wurde von der Autorin Katharina Jähn, verfasst.

Inhalte:

- Einleitung
- Rechtliche Aspekte der Patientenaufklärung

Ab der Seite 38 beginnt die Arbeit von Frau Alexandra Eisner.

Inhalte:

- Rhetorik und Kommunikation
- Aufklärungsbögen
- Aspekte der zahnärztlichen Aufklärung
- Methode
- Empirie

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>ERKLÄRUNG .....</b>	<b>4</b>
<b>VORWORT.....</b>	<b>6</b>
<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>8</b>
<b>AUTOREN DER KAPITEL.....</b>	<b>9</b>
<b>ABKÜRZUNGEN UND ERKLÄRUNG.....</b>	<b>13</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>13</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>14</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>15</b>
<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>17</b>
<b>1 RECHTLICHE ASPEKTE DER PATIENTENAUFKLÄRUNG.....</b>	<b>19</b>
1.1 Grundlagen.....	19
1.1.1 Behandlungsvertrag.....	19
1.1.2 Gesetz.....	20
1.1.2.1 Ärztegesetz.....	20
1.1.2.2 Patientencharta.....	20
1.1.2.3 Krankenanstaltengesetz.....	21
1.1.2.4 Sonderbestimmungen.....	21
1.2 Arten der Aufklärung.....	22
1.2.1 Selbstbestimmungsaufklärung.....	22
1.2.1.1 Diagnose-Aufklärung.....	22
1.2.1.2 Therapie-Aufklärung.....	23
1.2.1.3 Risikoaufklärung.....	24
1.2.2 Sicherungsaufklärung.....	25
1.3 Aufklärungsumfang.....	26
1.3.1 Umfang der Selbstbestimmungsaufklärung.....	26
1.3.1.1 Dringlichkeit.....	26
1.3.1.2 Häufigkeitsgrad von möglichen Komplikationen.....	27
1.3.1.3 Typische Risiken.....	27
1.3.1.4 Medikamente.....	27
1.3.1.5 Sonderfälle.....	28
1.3.2 Umfang der Sicherungsaufklärung.....	29
1.4 Wer klärt auf.....	30
1.4.1 Im niedergelassenen Bereich.....	30

1.4.1.1	Behandlungsinhalt nur Diagnose .....	30
1.4.1.2	Aufklärung durch Lehrpraktikanten/Lehrpraktikantinnen .....	31
1.4.2	Im Krankenhaus .....	31
1.4.2.1	Aufklärung durch Turnusärzte/Turnusärztinnen .....	31
1.4.3	Im Belegspital .....	32
1.5	Wer wird aufgeklärt .....	32
1.5.1	Nahe Angehörige .....	32
1.5.2	Minderjährige .....	32
1.5.3	Behinderte Patienten/Patientinnen .....	33
1.5.4	Entscheidung in Notfällen .....	34
1.6	Aufklärungszeitpunkt .....	34
1.6.1	Selbstbestimmungsaufklärung .....	35
1.6.2	Sicherungsaufklärung .....	35
1.7	Form der Aufklärung .....	35
1.7.1	Dokumentation der Aufklärung .....	36
1.7.2	Art der schriftlichen Dokumentation .....	37
1.8	Folgen der unterlassenen/fehlerhaften Aufklärung .....	37
1.8.1	Aus strafrechtlicher Sicht .....	37
1.8.2	Aus zivilrechtlicher Sicht .....	38
1.8.3	Aus verwaltungsstrafrechtlicher Sicht: .....	38
1.9	Aufklärungsverzicht .....	38
1.10	Beweislast .....	39
<b>2</b>	<b>RHETORIK UND KOMMUNIKATION .....</b>	<b>41</b>
<b>3</b>	<b>AUFKLÄRUNGSBÖGEN .....</b>	<b>46</b>
<b>4</b>	<b>ASPEKTE DER ZAHNÄRZTLICHEN AUFKLÄRUNG .....</b>	<b>47</b>
4.1	Vorgang und Notwendigkeit der Behandlung .....	47
4.2	Risiken und mögliche Folgen der Behandlung .....	47
4.3	Aufklärung an der oralchirurgischen Abteilung .....	48
<b>5</b>	<b>METHODE .....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>EMPIRIE .....</b>	<b>50</b>
6.1	Beschreibung der Untersuchung .....	50
6.1.1	Untersuchungsdesign Fragebögen .....	51
6.2	Deskriptive Statistiken .....	53
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>79</b>
<b>8</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>80</b>

<b>9</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>82</b>
<b>10</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>84</b>

## **ABKÜRZUNGEN UND ERKLÄRUNG**

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
ÄrzteG	Ärztegesetz
FMedG	Fortpflanzungsmedizingesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
KAKuG	Kranken- und Kuranstaltengesetz
KSchG	Konsumentenschutzgesetz
MEDOCS	Medizinisches Dokumentationssystem
Med Klin	Medizinisches Klinikum
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖZV	österreichisches zentrales Vertreterverzeichnis
PatV	Patientenverfügungsgesetz
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
StGB	Strafgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1:	Kommunikationsquadrat von Friedhelm Schulz von Thun
Abbildung 2:	„Rogers 4 Stufen-Modell“ von Bodo Wiska, Berlin – Eigene Bildbearbeitung einer Vorlage von Studer (1994)
Abbildung 3:	Rogers 4 Stufen-Modell“ von Bodo Wiska

## **TABELLENVERZEICHNIS**

- Tabelle 1: Geschlechterverteilung
- Tabelle 2: Altersgruppen
- Tabelle 3: Bildungsgrad
- Tabelle 4: Erhalt des Narkoseaufklärungsbogens
- Tabelle 5: Bogen vollständig gelesen
- Tabelle 6: Risiken und Komplikationen des gewählten Narkose- und chirurgischen Verfahrens
- Tabelle 7: Zusammenhang mit dem Geschlecht
- Tabelle 8: Zusammenhang mit dem Schulabschluss
- Tabelle 9: Zusammenhang mit den Altersgruppen
- Tabelle 10: Verständlichkeit des Aufklärungsgespräches
- Tabelle 11: Beurteilung des Prä-Medikations-Gespräches
- Tabelle 12: Aufklärungszeitpunkt
- Tabelle 13: Wissen über Patientenrechte
- Tabelle 14: Postoperative Unannehmlichkeiten
- Tabelle 15: Einwilligung zum verwendeten Narkoseverfahren auch ohne Aufklärung

## ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit umfasst ein ausführliches Literaturstudium zum Thema ärztliche Aufklärung und einen empirischen Teil, der wiedergibt was bereits zuvor aufgeklärten Patienten/Patientinnen bezüglich ihrer Behandlung noch im Gedächtnis geblieben ist.

In den ersten Kapiteln wird der Begriff der ärztlichen Aufklärung und dazugehörige juristische Termini sowie der Behandlungsvertrag zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin erläutert. Des Weiteren wird der Zusammenhang von Rhetorik und Kommunikation erklärt, der den Übergang zum nächsten Kapitel darstellt, in welchem die Wahrnehmung des/der Patienten/Patientin eine wesentliche Rolle spielt. Die darauffolgenden Kapitel befassen sich mit der Dokumentation von Aufklärung und im Speziellen wird ebenso auf die Thematik der zahnärztlichen Aufklärung eingegangen.

Wesentliche Kernaussagen des theoretischen Teils waren die Ausgangssituation für die Erstellung eines Fragebogens, welcher durch Interviews mit stationär aufgenommenen und bereits behandelten Patienten/Patientinnen erhoben wurde.

Es wurde so versucht die zuvor vermittelten Risiken über die bevorstehende Therapie bzw. einige Parameter des bereits stattgefundenen Aufklärungsgespräches zu erheben und zu analysieren, um Anhaltspunkte für mögliche Verbesserungen in Aufklärungssituationen darzulegen.

Dass Aufklärungsgespräche im ärztlichen Alltag ständige Begleiter sind und einen immer größer werdenden Stellenwert einnehmen ist hinlänglich bekannt. Grundlegende Ergebnisse der Untersuchung jedoch zeigen, dass Patienten/Patientinnen oft nicht in der Lage sind, das nötige Verständnis über Risiken und Folgen der Therapie aus diesen Gesprächen mitzunehmen. Sehr hervorstechend ist jedoch, dass die Mehrheit der Befragten auch ohne vorherige Aufklärung der Therapie zugestimmt hätte. Frei nach dem Motto:

„Der Doktor wird schon wissen was das Beste für mich ist!“

## **ABSTRACT in English**

The present work includes both a detailed study of the literature on the subject of informing patients prior to surgery and an empirical part, which reflects what remains in the memory of patients who have just been informed regarding their treatment.

The first chapters discuss the concept of informed consent and its related juridical terms as well as the contract governing medical treatment between doctor and patient. Furthermore, the relationship between rhetoric and communication is explained, representing the transition to the next chapter, in which the patient's perception plays a substantial role. The subsequent chapters deal with the documentation of discussion in which patients are informed prior to treatment and in particular will also address the issue of dental consent discussions.

The essential core statements of the theoretical part formed the starting point for the creation of a questionnaire, which was completed through interviews with patients' currently hospitalized and receiving treatment.

In this way, an attempt was made to survey and analyze the previously presented risks of the impending therapy or some parameters of the informed consent discussion in order to present evidence for possible improvements in consent situations.

It is well known that such discussions with patients are constant companions in daily medical practice and that they play an ever greater role. The fundamental results of the study show, however, that patients are often unable to reach the necessary understanding of the risks and consequences of therapy based on these conversations. It is particularly striking that the majority of respondents would have agreed to therapy without prior information about the risks; true to the motto that: "the doctor will know what is best for me!"

## EINLEITUNG

Wenn man nur einen Tag mit offenen Augen durch die Welt geht, und darauf achtet, was alles mit Gesundheit im eigenen Alltag zu tun haben könnte, wird jeder überrascht sein, dass Gesundheit allgegenwärtig ist.

Die WHO definiert Gesundheit wie folgt:

*"Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen und sozialen Stellung." (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1948)*

*"Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen." (Otawa-Charta der WHO, 1986)*

Dieses Wohlbefinden rückt in heutiger Zeit, vor allem im medizinischen Bereich, immer näher eine Dienstleistung zu werden.

Dies lässt wiederum einen Markt entstehen, der Verträge, Rechtsansprüche und mitunter auch Gerichtsverfahren mit sich zieht.

Wenn ein/eine Patient/Patientin diese sogenannte „Dienstleistung“ eines/einer Arztes/Ärztin in Anspruch nimmt, haben beide damit Rechte erworben und müssen jedoch auch Pflichten übernehmen. Dabei ist es selbstredend, dass der/die Arzt/Ärztin dem/der Patienten/Patientin eine sorgfältige medizinische Behandlung angedeihen lässt und er im Gegenzug dafür angemessen entlohnt wird. Im Normalfall schließen somit der/die Patient/Patientin und sein/ihre behandeln-

der/behandelnde Arzt/Ärztin einen freien Dienstvertrag ab, der mit Erbringung der entsprechenden Behandlungsleistung und dem jeweiligen Behandlungsentgelt ohne Auflösungserklärung endet.

Der/die behandelnde Arzt/Ärztin hat dafür zu sorgen, dass eine sorgfältige Heilbehandlung erfolgt, die Prophylaxe, Diagnose, Therapie und Schmerzlinderung umfasst. Dies hat dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Erfahrung zu erfolgen (§ 49 Abs. 1 ÄrzteG).

Des Weiteren hat der/die behandelnde Mediziner/Medizinerin dafür Sorge zu tragen, dem/der Patienten/Patientin eine ausreichende Aufklärung bezüglich Art, Schwere und Gefahren der bestehenden Krankheiten und deren Behandlungen zukommen zu lassen.

(§51 Abs. 1 ÄrzteG)

In dieser Arbeit wird dem Aspekt der ärztlichen Patientenaufklärung besonderes Augenmerk geschenkt. Wann, wie und worüber muss aufgeklärt werden? Es wurden tausend Patienten/Patientinnen postoperativ bezüglich ihres Narkoseaufklärungsgespräches befragt. Woran konnten sich die betreffenden Personen noch erinnern? Waren ihnen die Inhalte und die sich daraus ergebenden möglichen Konsequenzen bewusst? Warum werden immer häufiger Stimmen laut, die nach einer erfolgten Behandlung behaupten: „ Wenn ich das nur vorher gewusst hätte, wäre meine Entscheidung darüber ganz anders ausgefallen!“ Welche Parameter seitens der Patienten/Patientinnen spielen eine Rolle, um die medizinische Aufklärung adäquat zu verstehen und somit auch die für sie richtige Entscheidung zu treffen? Aber des Weiteren werden auch die Pflichten des/der Arztes/Ärztin erörtert, um den Patienten/Patientinnen diese Entscheidung über das bevorstehende Behandlungsprocedere erst zu ermöglichen.

Diese Arbeit stellt sich der Herausforderung die ärztliche Aufklärung etwas näher zu beleuchten und die sich daraus ergebenden Probleme zu analysieren.

# 1 Rechtliche Aspekte der Patientenaufklärung

In diesem Kapitel geht es um die rechtliche Situation der Patientenaufklärung in Österreich, wobei Grundlagen einerseits im ABGB, im KSchG und auch im Ärztegesetz geregelt sind.

## 1.1 Grundlagen

Die Aufklärungspflicht seitens der Ärzteschaft setzt sich grundlegend aus zwei unterschiedlichen Quellen zusammen.

Zum einen bildet der Behandlungsvertrag zwischen Patient/Patientin und Arzt/Ärztin im niedergelassenen Bereich oder Krankenhaussträger im Klinikbetrieb die rechtliche Grundlage, zum anderen diverse gesetzliche Bestimmungen.

### 1.1.1 Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag ist die Grundlage für jede ärztliche Tätigkeit, in die der/die Patient/Patientin eingewilligt haben muss, um eine Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Damit dieser Vertrag rechtswirksam zum Abschluss kommt, wird die umfassende Unterrichtung des/der Patienten/Patientin über alle Umstände, sowie Vor- und Nachteile des Behandlungsinhaltes vorausgesetzt.

*Denn nach dem Behandlungsvertrag soll der Arzt den Patienten als selbstverantwortlichen Partner im Respekt vor dessen persönlichen Rechten annehmen, um ihm Rat und Hilfe zu geben.*

*(Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, S 709)*

*Nicht das Wohl und die Heilung des Kranken (auch um den Preis seiner Bevormundung), sondern die Entscheidung des autonomen, gut informierten und mündigen Bürgers (die auch gegen sein medizinisches Wohl ausfallen darf) soll die ethische Leitlinie ärztlichen Handelns sein.*

*(Stellamor/Steiner, Arztrecht II, 260 ff)*

*Um zum informed consent des autonomen Patienten zu gelangen, muss er aber über verständlich aufbereitete Entscheidungsgrundlagen verfügen. Die wesentliche Bedeutung der ärztlichen Aufklärung liegt daher darin, den Patienten in die Lage zu versetzen, die Tragweite seiner Erklärung abzuschätzen.*

*(RIS-Jusitz RS0026499 (T6))*

### 1.1.2 **Gesetz**

Die Gesetzestexte, die sich mit den Aspekten der Aufklärungspflicht befassen sind vielfältiger Natur. Im Folgenden Teil der Arbeit werden die wichtigsten Gesetze behandelt.

#### 1.1.2.1 **Ärztegesetz**

Zu allererst ist § 51 Absatz 1 des ÄrzteG zu erwähnen. Dieser verpflichtet den/die Arzt/Ärztin jeder "beratenden oder behandelnden oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen."

Ebenso finden sich in den berufsrechtlichen Bestimmungen der zahlreichen im Gesundheitswesen ansässigen Berufsgruppen gleichwertige Informationsverpflichtungen.

#### 1.1.2.2 **Patientencharta**

Die Patientencharta ist ein vom Bund verabschiedetes juristisches Konzept "zur Sicherstellung der Patientenrechte" welches mit jedem Bundesland einzeln geschlossen wurde. Als Staatsvertrag zielt diese Gesetzesgrundlage nicht auf den/die Arzt/Ärztin selbst ab, sondern bezieht seine Stellung im Rahmen des jeweiligen Landeskrankenanstaltengesetzes.

Gemäß der Bundesvorgabe wird den Landesgesetzgebern vorgeschrieben, mit allen Mitteln dem/der Patienten/Patientin sein/ihr Recht auf jegliche Informationen bezüglich seiner/ihrer Behandlungsmöglichkeiten und deren Risiken in einer Aufklärung zukommen zu lassen.

### 1.1.2.3 Krankenanstaltengesetz

Jegliche Informationen sollen dem/der Patienten/Patientin nach § 5a Ziffer 3 KAKuG von einem/einer berufsberechtigtem/berufsberechtigten Arzt/Ärztin möglichst verständlich und schonungsvoll überbracht werden.

Weiters ist nach §10 Absatz 1 Ziffer 2 leg cit in der Patientenakte der betreffenden Person, dessen Aufklärung zu dokumentieren.

Ebenso finden sich besondere Aufklärungsrichtlinien zum Thema Patientenentlassung gemäß §24 Absatz 2 leg cit betreffend den Arztbrief und §24 Absatz 4 anlässlich der vorzeitigen Entlassung.

### 1.1.2.4 Sonderbestimmungen

Des Weiteren sei auf die wichtigsten Vertreter von Spezialbestimmungen im Rahmen der Aufklärungsverpflichtung hingewiesen:

#### §5 Aidsgesetz und §8 Geschlechtskrankheitengesetz

Bei einem positiven Testergebnis ist der/die Arzt/Ärztin verpflichtet den/der Patienten/Patientin eingehend über Präventionsmaßnahmen, Infektionswege und die Krankheit selbst aufzuklären.

#### Fortpflanzungsmedizingesetz

"Gemäß dem FMedG hat der/die Arzt/Ärztin vor Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung" bei den Lebensgefährten über die Methodik und deren theoretische Folgen oder Gefahren für die Frau und das gewünschte Kind für die Aufklärung und Beratung zu sorgen.

#### §5 Patientenverfügungsgesetz

Vor Verfassung einer Patientenverfügung muss der/die Arzt/Ärztin den Betroffenen eingehend über die Folgen einer solchen informieren.

Weitere Bestimmungen, welche Aufklärungspflicht festlegen sind im Arzneimittelgesetz und auch im Blutsicherheitsgesetz betreffend Qualitätssicherung und Blutspende verankert.

Bei allen Sonderbestimmungen ist entgegen der allgemeinen Aufklärungspflicht der genaue Inhalt des Gesprächs festgelegt

## 1.2 Arten der Aufklärung

Die folgende Einteilung der Aufklärung ergibt sich im Wesentlichen aus ihrer Funktion bzw. der Formulierung gemäß Artikel 16 Absatz 1 der Patientencharta.

*„Patientinnen und Patienten haben das Recht, im Vorhinein über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten sowie deren Risiken und Folgen aufgeklärt zu werden. Sie haben auch das Recht auf Aufklärung über ihren Gesundheitszustand sowie über ihre erforderliche Mitwirkung bei der Behandlung und über eine therapieunterstützende Lebensführung. Patientinnen und Patienten sind im Vorhinein über die sie voraussichtlich treffenden Kosten zu informieren.“ (Patientencharta Österreich, Artikel 16).*

### 1.2.1 Selbstbestimmungsaufklärung

Der/die Patient/Patientin erhält auf diesem Wege medizinische Hintergründe, um eine Behandlungsentscheidung zu treffen. Danach spricht er/sie die rechtsgültige Einwilligung zur Heilbehandlung aus.

Sie umfasst folgende Punkte:

- Diagnose-Aufklärung
- Therapie-Aufklärung
- Risiko-Aufklärung

#### 1.2.1.1 Diagnose-Aufklärung

*Der Arzt hat dem Patienten auf Basis des jeweils aktuellen medizinischen Wissensstandes die Krankheit zu erklären.*

*(RIS-Justiz RS0112806)*

Hier wird mit dem/der Patienten/Patientin der erhobene Befund besprochen und die dabei festgestellte Diagnose erörtert. Falls es sich um eine Verdachtsdiagnose

handelt, ist sie auch als solche zu bezeichnen und dem/der Patienten/Patientin muss erklärt werden warum eine gesicherte Diagnose in seinem speziellen Fall nicht möglich ist.

Ein Hinweis auf alternative Diagnoseverfahren beinhaltet ebenso diese Art der Aufklärung, wie auch das Aufzeigen von Risiken bei Unterlassen von weiteren Diagnoseschritten. (Weiser, 2009, S23)

#### 1.2.1.2 Therapie-Aufklärung

Hierbei handelt es sich um die Aufklärung über die Möglichkeiten und das Ausmaß der Therapie. Besprochen werden sollten dabei folgende Punkte:

- Art und typischer Verlauf einer Therapie
- Dringlichkeit des Therapiebeginns
- Voraussichtliche Dauer der Therapie und somit Ausmaß eines nachfolgenden Krankenstandes bzw. einer Arbeitsunfähigkeit
- Planung des Therapiebeginns, falls sich dieser nach freien Kapazitäten in bestimmten Einrichtungen richten muss, oder Information darüber, dass rascherer Beginn auch woanders möglich wäre.
- Nebenwirkungen, die mit der Therapie einhergehen
- Aufzeigen etwaiger alternativer Behandlungsmethoden
- Folgen einer unterlassenen Therapie

Nur eine Aufklärung über alle genannten Punkte befähigt den/die Patienten/Patientin zu einer Entscheidung bezüglich der jeweiligen Therapie. Diese und deren Beginn muss einvernehmlich zwischen Behandler/Behandlerin und Patient/Patientin getroffen werden.

(Weiser, 2009, S23 ff)

Die ärztliche Information soll das medizinisch Notwendige ermöglichen, vorbereiten oder unterstützen und steht darum in vollem Einklang mit dem hochrangigen Standesgrundsatz:

**„salus aegroti suprema lex“**

(Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, S 711); Das heißt frei übersetzt: „Das Wohlergehen des Patienten ist oberstes Gesetz!“

Sonderfall alternativmedizinische Behandlung:

Falls es sich um einen/eine alternativ medizinisch behandelnden/behandelnde Arzt/Ärztin handelt, muss dieser über zur Verfügung stehende schulmedizinische Behandlungsmethoden aufklären. Im umgekehrten Fall ist der schulmedizinisch tätige Arzt/Ärztin nicht verpflichtet über alternativ- bzw. komplementärmedizinische Behandlungen bzw. Therapieansätze aufzuklären, da unter ärztlicher Tätigkeit im Ärztegesetz nur Handlungen verstanden werden, die auf medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. (Weiser, 2009, S24)

### 1.2.1.3 Risikoaufklärung

In diesem Fall handelt es sich um die Aufklärung über Risiken, die mit der geplanten Behandlung einhergehen. Sie zwingt den/die Patienten/Patientin diese Risiken wahrzunehmen. Ist er/sie sich dieser Risiken bewusst und entscheidet sich für die empfohlene Therapie, verzichtet er/sie somit auf Haftansprüche gegenüber dem/der Arzt/Ärztin falls es zum Auftreten solcher besprochenen Risiken kommt. (Weiser, 2009, S25ff)

Differenzierung der Risiken:

- Risiken im Rahmen des Eingriffes: Hierbei werden Risiken besprochen, die bei vorgeschlagener Therapie häufig oder typischerweise auftreten.
- Risiken durch den/die Patienten/Patientin: Es handelt sich hier um Risiken, die sich aus dem Alter, bestimmter Vorerkrankungen oder momentanem Gesundheitszustand ergeben.
- Risiken auf Seiten des/der Behandlers/Behandlerin: Die vorgeschlagene Einrichtung verfügt nicht über die nötige Ausstattung für möglich auftretende Komplikationen. Dem/der Patienten/Patientin muss die Möglichkeit ge-

geben werden, sich für eine andere Einrichtung zu entscheiden. Ein Beispiel hierfür wäre eine geburtshilfliche Einrichtung ohne neonatologische Intensivbetreuung.

- Aufklärung über die Person des Behandlers: In öffentlichen Einrichtungen ist es nicht immer möglich, dass die Behandlung von einer bestimmten Person durchgeführt wird. Der/die Patient/Patientin hat auch kein Recht auf einen bestimmten/bestimmte Arzt/Ärztin zu bestehen. Falls der/die Patient/Patientin jedoch von einer bestimmten Person als Behandler ausgeht und dieser aus verschiedensten Gründen nicht zur Verfügung steht, muss das mitgeteilt werden.

### 1.2.2 Sicherungsaufklärung

Diese Art der Aufklärung soll den angestrebten Behandlungserfolg sichern, indem darauf hingewiesen wird, wie wichtig das Mitwirken des/der Patienten/Patientin ist.

Dem/der Behandelnden wird erklärt wie er/sie sich zu verhalten hat, um das geplante Therapieziel zu erreichen bzw. damit die eingeleitete Therapie ausreichend Erfolg zeigt. Bei dieser Aufklärung wird der/die Patient/Patientin in die Pflicht genommen und seine/ihre Compliance von ihm verlangt. Sie ist Teil der Therapie und wird laut Behandlungsvertrag vom/von der Arzt/Ärztin bzw. Krankenhausträger gefordert.

Beinhaltet sind Informationen über das richtige Verhalten des/der Patienten/Patientin während der Behandlung im Krankenhaus oder der Arztpraxis und auch nach dem Behandlungsende und dem Verlassen des Behandlungsortes.

Es sollte ein umfangreicher Informationsaustausch stattfinden, in dem der Umgang mit der Krankheit, eventuelle Zusatz- und/oder Nachbehandlung durch weitere Personen erläutert wird. (Weiser, 2009, S26)

*Die Sicherungsaufklärung hat keinen Stellenwert in Bezug auf die Behandlungseinwilligung. Insofern unterscheidet sie sich von den vorangehenden, gewöhnlich auch als Selbstbestimmungsaufklärung bezeichneten Aufklärungskategorien der Grundaufklärung, Behandlungs- und Risikoaufklärung. Sie kann aber ebenfalls er-*

*hebliche Bedeutung für mögliche Schadensersatzforderungen an den Arzt haben, wenn ihr nicht hinreichend entsprochen wurde und der Patient dadurch zu Schaden kam. (Schara/Brandt, Schmerz 2008, S 94)*

### **1.3 Aufklärungsumfang**

Eine Herausforderung für jeden/jeder Arzt/Ärztin ist es, das jeweilige individuell geforderte Aufklärungsmaß zu finden, welches sich aus den Umständen des Einzelfalles ergibt. (Weiser, 2009, S27)

*„Die Art der Aufklärung hat der Persönlichkeitsstruktur und dem Bildungsstand der Patienten und Patientinnen angepasst und den Umständen des Falles entsprechend zu erfolgen.“  
(Patientencharta Art. 16 Abs. 2)*

Entscheidend ist es, jene Informationen zu geben, die der/die Patient/Patientin braucht um eine Entscheidung zu treffen und eine Erklärung seiner/ihrer Einwilligung abzugeben.  
(Weiser, 2009, S27)

#### **1.3.1 Umfang der Selbstbestimmungsaufklärung**

##### **1.3.1.1 Dringlichkeit**

Je dringlicher die Behandlung, desto geringer sind die Anforderungen an eine Aufklärung, da rasches Handeln indiziert ist.

In Einzelfällen kann die Aufklärung sogar gänzlich unterbleiben.

Besonders strenge Anforderungen verlangen jene Aufklärungen, die weder medizinisch indizierte noch zeitlich drängende Behandlungen nach sich ziehen. Ein kosmetischer Eingriff würde zum Beispiel eine solche Totalaufklärung vorschreiben, bei dem auf sämtliche Risiken ausführlich hinzuweisen ist.

(Weiser, 2009, S27ff)

#### 1.3.1.2 Häufigkeitsgrad von möglichen Komplikationen

Über häufig auftretende Komplikationen ist auf jeden Fall hinzuweisen und aufzuklären. Auch hier kommt es auf die Schwere und Dringlichkeit des Eingriffs an und auch den Umstand, ob Lebensgefahr besteht.

Über Komplikationen mit geringer Wahrscheinlichkeit ist dann zu sprechen, wenn diese lebensbedrohlich sind oder die Funktion wichtiger Körperteile betreffen könnten.

Ein allgemeines Infektionsrisiko, welches mit jedem Eingriff verbunden ist, muss nicht gesondert erwähnt werden, außer es handelt sich um einen nicht indizierten medizinischen Eingriff.

Über objektiv unbedeutende Risiken, die nur in äußerst seltenen Fällen auftreten, ist nur dann aufzuklären, wenn erkennbar ist, dass diese Aufklärung für den/die Patienten/Patientin von Bedeutung ist um eine Behandlungsentscheidung in speziell diesem Fall treffen zu können. (Weiser, 2009, S28-29)

#### 1.3.1.3 Typische Risiken

Typische Risiken sind auf jeden Fall anzusprechen, unabhängig von der statistischen Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens. Dabei handelt es sich um jene Risiken, die auch bei sorgfältigstem Procedere des/der Arztes/Ärztin eventuell nicht zu vermeiden sind.

Der/die Behandler/Behandlerin sollte auch hier über Risiken aufklären, wenn er/sie annimmt, dass diese zur Entscheidungsfindung wichtige Informationen beinhalten. (Weiser, 2009, S29)

#### 1.3.1.4 Medikamente

Der/die behandelnde Arzt/Ärztin ist nicht verpflichtet über jedes Risiko oder Nebenwirkung, der im Beipacktext angegebenen Medikamente, aufzuklären bzw. darauf hinzuweisen. Allerdings muss im Besonderen auf Nebenwirkungen eingegangen werden, die einen massiven Eingriff in den Gesamtorganismus bedeuten oder eine erhebliche Schädigung der Gesundheit nach sich ziehen könnte.

(Weiser, 2009, S30)

*„ Es gibt keine Pflicht zur vollständigen Aufklärung aller denkbaren Risiken bei jeder Arzneimittelgabe. Es besteht aber eine ei-*

*genständige Anspruchsgrundlage zu einer Grundaufklärung. Diese hat situationsbezogen zu erfolgen und betrifft vor allem solche Risiken, die in die zukünftige Lebensgestaltung des Patienten entscheidend eingreifen könnten. Die Aufklärung hat partnerschaftlich im persönlichen Gespräch mit dem Patienten zu erfolgen, wobei auch der Wunsch des Patienten bezüglich der Aufklärungstiefe zu berücksichtigen ist. Dem Arzt bleibt ein nicht unerheblicher Spielraum bei der Beurteilung der Angemessenheit einer Aufklärung im Einzelfall. Maßstab ist dabei nicht die Häufigkeit oder Wahrscheinlichkeit des Eintretens. Aufzuklären ist besonders über typische, schwere und potentiell die Lebensführung beeinträchtigende unerwünschte Arzneimittelwirkungen.“*

(Med Klin 2006; 101: 523, Rechtliche Aspekte zur Risikoaufklärung)

#### 1.3.1.5 Sonderfälle

Im Folgenden werden einige Sonderfälle extra angeführt.

##### Vorkenntnisse oder medizinisches Fachwissen

Wenn der/die Behandler/Behandlerin annehmen kann, dass der/die Patient/Patientin auf Grund seines/ihrer Ausbildungsgrades bzw. Berufes über ein gewisses Ausmaß an medizinischem Fachwissen besitzt, muss nicht auf jeden Umstand hingewiesen werden, von dem man weiß, dass er dem/der Patienten/Patientin geläufig ist.

##### Zweiter Eingriff

Erfolgt bereits ein 2. Eingriff an ein- und demselben Körperteil in kurzen Abständen, hat die Aufklärung nicht mehr im ursprünglichen Ausmaß zu erfolgen. In Ausnahmefällen kann diese 2. Aufklärung auch gänzlich entfallen. Trotz alledem wäre es ratsam zu überprüfen, ob der/die Patient/Patientin auch über vermutetes Wissen verfügt.

#### Mangelnde Sprachkenntnisse

Ist anzunehmen, dass der/die Patient/Patientin nicht über die ausreichenden Sprachkenntnisse verfügt, um der Aufklärung folgen zu können, muss umgehend ein/eine Dolmetscher/Dolmetscherin bzw. eine Vertrauensperson mit der Übersetzung in die Muttersprache beauftragt werden. Der/die Arzt/Ärztin kann auf die Richtigkeit der Übersetzung vertrauen, wenn die Reaktionen des/der Patienten/Patientin nichts Gegenteiliges vermuten lassen. Ohne Übersetzung gibt es keine Aufklärung und der/die Arzt/Ärztin muss die Behandlung ablehnen!

(Weiser, 2009, S30-31)

#### 1.3.2 Umfang der Sicherungsaufklärung

Dabei werden Informationen an den/die Patienten/Patientin weitergegeben, die einen optimalen Heilungsverlauf ermöglichen sollen. Der Umfang ergibt sich aus dem jeweiligen Einzelfall. Folgende Umstände sind dabei zu erwähnen, wobei diese Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. (Weiser, 2009, S32)

- Dringlichkeit der angeordneten Maßnahmen
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Verhalten beim Auftreten von bestimmten Symptomen
- Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe bei etwaigen Zwischenfällen
- Kontrolltermine und mögliche Folgen wenn diese unterlassen werden
- Klärung von Wechselwirkungen mit bereits bestehender Medikation

## 1.4 Wer klärt auf

Aufklärungspflichtiger ist der/die Arzt/Ärztin, ihm/ihr obliegt die Informationsweitergabe an seine/ihre Patienten. Grundsätzlich handelt es sich um den/die Behandler/Behandlerin. Klärt dieser/diese nicht selbst auf, muss er/sie dafür sorgen, dass es durch einen/eine Kollegen/Kollegin passiert.

Diese Delegation der Aufklärung ist möglich, sofern es keinen Zweifel an der Qualifikation des/der bestellten Arztes/Ärztin gibt. (Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, S741)

*„Der Vertragspartner des Patienten, also der Krankenhausträger oder der selbstliquidierende Arzt, hat nach § 278 BGB für die Erfüllung der Aufklärungspflicht einzustehen.“*

(Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, S 741)

Dienst- bzw. Arbeitgeber von Ärzten/Ärztinnen geben Empfehlungen über Art, Umfang und Inhalt ärztlicher Aufklärung.

*„Der aufklärungspflichtige Arzt kann sich nicht darauf verlassen, dass der einweisende Hausarzt oder der vorbehandelnde Kollege dem Patienten die erforderlichen Informationen vermittelt. Er bleibt dafür beweisbelastet.“*

(Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, S 742)

### 1.4.1 Im niedergelassenen Bereich

Der/die niedergelassene Arzt/Ärztin schließt den Behandlungsvertrag mit seinen/ihren Patienten/Patientinnen und ist somit verantwortlich für die Aufklärung.

#### 1.4.1.1 Behandlungsinhalt nur Diagnose

Handelt es sich bei der geschuldeten Leistung um eine Diagnose-Erstellung (zum Beispiel Röntgen oder Laborbefund) so beschränkt sich die Aufklärung nur auf diesen diagnostischen Eingriff und die daraus resultierenden möglichen Auswirkungen. Fällt dem/der Arzt/Ärztin jedoch eine Anomalie auf, die bis dato noch unentdeckt war, hat er den/die Patienten/Patientin darüber zu informieren und dies

mit seinem/ihrer Behandler/Behandlerin zu besprechen bzw. eine Spezialambulanz zur weiteren Abklärung aufzusuchen.

#### 1.4.1.2 Aufklärung durch Lehrpraktikanten/Lehrpraktikantinnen

Diese verhält sich wie die Aufklärung durch Turnusärzte/Turnusärztinnen, die auch im Punkt 1.4.2 dieser Arbeit behandelt wird.

#### 1.4.2 Im Krankenhaus

Hier stellt sich die Situation etwas anders dar, weil meist mehrere Ärzte/Ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtungen an der Behandlung von stationären Patienten/Patientinnen involviert sind.

Der Behandlungsvertrag kommt zwischen Krankenhausträger und dem/der Patienten/Patientin zustande. Um seinen/ihren vertraglichen Verpflichtungen nachkommen zu können, betreut der Krankenhausträger die im Krankenhaus tätigen Ärzte/Ärztinnen oder auch sonstiges Betreuungspersonal mit der Aufklärung. Alle beteiligten Mediziner/Medizinerinnen sind zur Aufklärung jener Behandlungsschritte zuständig, die sie durch ihre jeweilige Fachrichtung übernehmen. Der Träger der jeweiligen Einrichtung hat die Kontrollpflicht, sodass die Aufklärung sichergestellt ist.

##### 1.4.2.1 Aufklärung durch Turnusärzte/Turnusärztinnen

Bei Turnusärzten/Turnusärztinnen handelt es sich um noch in Ausbildung befindliche Ärzte/Ärztinnen, die nur zur unselbstständigen Ausübung ihres Tätigkeitsfeldes befähigt sind. Dabei stehen sie unter Anleitung und Aufsicht von Ärzten/Ärztinnen, die zur Ausbildung berechtigt sind.

Grundsätzlich spricht nichts gegen eine Aufklärung durch einen Turnusarzt/Turnusärztin, wenn es sein/ihr Ausbildungsstand erlaubt. Ist sein/ihr Wissensstand jedoch nicht adäquat, kann er/sie sehr wohl die Erstaufklärung übernehmen, muss des Weiteren jedoch hinweisen und auch in der Krankengeschichte dokumentieren, dass die Letztaufklärung durch einen berechtigten/berechtigte Facharzt/Fachärztin durchzuführen ist. (Weiser, 2009, S33-35)

### 1.4.3 Im Belegspital

Anders wie in einem öffentlichen Krankenhaus stellt sich die Situation in einem Belegspital dar. Hier wird mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin ein eigener Behandlungsvertrag geschlossen. Jeder/jede Vertragspartner/Vertragspartnerin muss nur für die Aufklärung seines/ihrer eigenen Tätigkeitsbereiches Sorge tragen. (Weiser, 2009, S37)

## 1.5 Wer wird aufgeklärt

Primär ist es der/die einsichts- und urteilsfähige Patient/Patientin, der/die aufgeklärt wird.

Handelt es sich um einen nicht einsichts- bzw. urteilsfähigen Menschen, so werden seine gesetzlichen Vertreter/Vertreterinnen oder durch eine Vollmacht Befähigten, zum Beispiel einen/eine Sachwalter/Sachwalterin, aufgeklärt. (Weiser, 2009, S 37)

### 1.5.1 Nahe Angehörige

Die Einbeziehung naher Verwandter in das ärztliche Aufklärungsgespräch erfolgt dann, wenn der/die Betreffende aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung nicht selbst in der Lage ist eine Entscheidung zu treffen und auch kein/keine Sachwalter/Sachwalterin bestellt wurde. Für die Zustimmung zu medizinischen Behandlungen, die gewöhnlich nicht mit schweren nachhaltigen Beeinträchtigungen einhergehen, können somit Eltern, volljährige Kinder oder im gemeinsamen Haushalt lebende Ehepartner bzw. Lebensgefährten sein, wobei letztere mindestens 3 Jahre im gemeinsamen Haushalt gemeldet sein müssen. Der/die Angehörige muss im österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZV) registriert sein und eine Bestätigung vorweisen können. Die Vertretungsbefugnis endet sobald die vertretene Person widerspricht. (Weiser, 2009, S 37)

### 1.5.2 Minderjährige

Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr ist der/die Minderjährige unmündig und nicht befähigt seine/ihre Einwilligung zu erteilen.

Ab vollendetem 14. Lebensjahr handelt es sich um einen/eine mündigen/mündige Minderjährigen/Minderjährige, bei dem/der ein Einsichts- bzw. Urteilsvermögen vermutet wird, um gewissen medizinischen Eingriffen zustimmen zu können. Dies ist im § 173 ABGB geregelt.

Der/die Arzt/Ärztin hat darauf zu achten, dass der/die mündige Minderjährige versteht worum es sich handelt und somit auch eine Entscheidung treffen kann. Abweichungen von der gesetzlichen Vermutung bezüglich Einsichts- und Urteilsfähigkeit sind vom/von der Behandler/Behandlerin zu dokumentieren. Das Hinzuziehen der Eltern ist nur dann möglich, wenn der/die Minderjährige zustimmt. Die Anwesenheit und Einwilligung der Eltern ist hingegen erforderlich, wenn es sich um Eingriffe handelt, die schwere körperliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen könnten. Bei jedem operativen Eingriff in Allgemeinanästhesie ist das der Fall.

Die Aufklärung hat gegenüber jenem Elternteil zu erfolgen, welches zur Pflege und Erziehung berechtigt und verpflichtet ist. (Im Normalfall sind das beide Elternteile, es reicht jedoch die Zustimmung eines Elternteiles).

Müssen Leistungen jedoch bezahlt werden, z.B. im Nichtkassenbereich, hat die Zustimmung Erziehungsberechtigter von mündigen Minderjährigen zum Vertragsabschluss zu erfolgen, da sonst das Behandlungsentgelt nicht gerichtlich eingeklagt werden kann. (Weiser, 2009, S 39)

### 1.5.3 Behinderte Patienten/Patientinnen

Handelt es sich um eine einsichts- und urteilsfähige behinderte Person, so kann nur sie die Einwilligung zu einer medizinischen Behandlung geben und auch das Aufklärungsgespräch hat gegenüber dieser Person zu erfolgen.

Wie auch bei den oben genannten mündigen Minderjährigen muss über die Urteilsfähigkeit in jedem Einzelfall vom/von der aufklärenden bzw. behandelnde/behandelnden Arzt/Ärztin entschieden werden. Diese getroffene Entscheidung muss auch dokumentiert werden.

In Situationen einer Lebensgefahr oder der Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung kann eine dringende medizinische Behandlung auch ohne Zustimmung des/der urteilsfähigen behinderten Patienten/Patientin, dem/der etwaigen

Sachwalter/Sachwalterin oder auch ohne Entscheidung des Gerichts vorgenommen werden.

Bei Eingriffen die wahrscheinlich eine nachhaltige körperliche Beeinträchtigung nach sich ziehen, kann ein/eine bestellter/bestellte Sachwalter/Sachwalterin nur zustimmen, wenn ein/eine unabhängiger/unabhängige Arzt/Ärztin die fehlende Urteilsfähigkeit des/der betreffenden behinderten Patienten/Patientin bestätigt. Falls der/die Patient/Patientin zu erkennen gibt, mit der Behandlung nicht einverstanden zu sein, bedarf es zusätzlich zur Sachwalter-Zustimmung auch der Entscheidung des Gerichts. (Weiser, 2009, S 41)

#### 1.5.4 Entscheidung in Notfällen

Die Behandlung von bewusstlosen Patienten/Patientinnen ist auch ohne deren Einwilligung grundsätzlich erlaubt. Das wird durch § 8 Absatz 3 des KAKuG geregelt:

*„ Wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung (...) verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre.“ (KAKuG, §8,3)*

Handelt es sich um die Notwendigkeit einer Operationserweiterung, die vorher im Aufklärungsgespräch nicht explizit behandelt wurde, ist der Eingriff am/an der narkotisierten Patienten/Patientin abubrechen, sofern es sich nicht um eine lebensbedrohende Situation handelt, oder der Eingriff nicht ohne ein erhebliches Risiko zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden kann. Die erweiterte Operation darf in einem solchen Fall erst nach neuerlicher Aufklärung stattfinden.

#### 1.6 Aufklärungszeitpunkt

Je nachdem, ob es sich um eine Selbstbestimmungsaufklärung oder Therapieaufklärung handelt, muss man hinsichtlich des richtigen Zeitpunktes unterscheiden.

### 1.6.1 Selbstbestimmungsaufklärung

Diese Art der Aufklärung muss vor dem Eingriff stattfinden, und sollte vom Termin so gewählt werden, dass dem/der Patienten/Patientin genügend Zeit verbleibt, alle relevanten und besprochenen Fakten ausreichend zu überdenken.

Grundsätzlich gibt es keinen Mindestzeitraum zwischen besagter Aufklärung und Durchführung des geplanten Eingriffes. Allgemein kann jedoch gesagt werden, je nötiger der Eingriff bzw. die Behandlung, desto kürzer kann der Zeitraum gewählt werden. Bei bestehender Lebensgefahr ist die unmittelbar davor durchgeführte Aufklärung durchaus ausreichend, oder kann aus Zeitgründen auch gänzlich entfallen.

Strengere Kriterien gelten jedoch hinsichtlich eines weniger nötigen Eingriffes. Hier sollte dem/der betreffenden Patienten/Patientin eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt werden, um auch etwaige Alternativmethoden zu überdenken. (Weiser, 2009, S 44)

Auf alle Fälle sollte eine Aufklärung am Tag des geplanten Eingriffes bzw. nach bereits erfolgter Sedierung unbedingt vermieden werden, da es sich sonst um eine nicht wirksame Aufklärung handeln kann.

### 1.6.2 Sicherungsaufklärung

Hierbei wird die Mitwirkung des/der Patienten/Patientin an einer bestimmten Therapie sichergestellt, um den gewünschten Behandlungserfolg zu erzielen.

Der geeignete Zeitpunkt liegt hier ebenfalls vor Therapiebeginn, kann jedoch auch nach erfolgter Behandlung erfolgen, um eine optimale Nachsorge und den gewünschten Heilungsverlauf zu erzielen. (Weiser, 2009, S 45)

## 1.7 Form der Aufklärung

Das direkte, persönliche Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin ist die geforderte Form einer Aufklärung. Nur unter Gesprächsbedingungen ist der/die Aufklärende in der Lage sich ein Bild darüber zu machen, in welcher Art und Weise der/die betroffene Patient/Patientin aufzuklären ist. Nur unter diesen Voraussetzungen kann eine Aufklärung erfolgen, die genau der Persönlichkeit und dem Bildungsstand des/der Aufzuklärenden entspricht und nur auf diese Weise lässt sich die Vorgabe des Artikels 16 Absatz 2 der Patientencharta umsetzen.

Die alleinige schriftliche Aufklärung durch Aushändigung eines Aufklärungsbogens ist grundsätzlich nicht zulässig

#### 1.7.1 Dokumentation der Aufklärung

In jedem Fall ist ein Aufklärungsgespräch ausreichend schriftlich zu dokumentieren.

Die Rechtsgrundlage zur Dokumentationspflicht des/der Arztes/Ärztin ergibt sich aus § 51 Absatz 1 Ärztegesetz 1998

*Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachts im Sinne des § 54 Abs. 4 sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß § 54 Abs. 5 oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen ist hierüber Auskunft zu erteilen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.*

Weiters enthält auch § 10 Absatz 1 Ziffer 2 KAKuG die Vorgabe, dass Krankenanstalten Krankengeschichten führen müssen, worin jede Aufklärung zu dokumentieren ist.

Eine adäquate schriftliche Aufklärung steht in direktem Zusammenhang zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und dient keinesfalls nur der Gedächtnisstütze des/der Behandlers/Behandlerin. (OGH vom 25.1.1994, 1 Ob 532/94)

### 1.7.2 Art der schriftlichen Dokumentation

Die jeweilige schriftliche Dokumentation eines Aufklärungsgesprächs kann in Stichworten erfolgen, muss jedoch alle relevanten besprochenen Punkte enthalten. Medizinische Vorkenntnisse oder auch ein ausgesprochener Aufklärungsverzicht des/der Patienten/Patientin müssen festgehalten werden. Die Dokumentation hat so zu erfolgen, dass sie jederzeit von Fachpersonal nachvollziehbar ist. Das schriftliche Festhalten eines solchen Gesprächs, das unleserlich ist oder nur aus Abkürzungen besteht ist im Rahmen eines Prozesses sicherlich nicht ausreichend, da es nicht schlüssig interpretiert werden kann.

Jegliche Unterstützung durch Zeichnungen oder Skizzen kann hilfreich sein, ja werden sogar bei kosmetischen Eingriffen gefordert (da es sich um keinen medizinisch indizierten Eingriff handelt), um dem/der Patienten/Patientin eine umfassende Darstellung der Umstände zu ermöglichen. (Weiser 2009, S 47)

Des Weiteren ist die Verwendung von Aufklärungsbögen zulässig, sofern diese die mündliche Aufklärung unterstützen und nicht ersetzen. Bei allgemein gehaltenen Bögen ist Vorsicht geboten, wenn es keine Möglichkeiten gibt, um bestimmte Einzelfälle oder Umstände näher zu erläutern. Sie sind als Dokumentationsnachweis nicht geeignet. Auch die alleinige Unterschrift des/der Patienten/Patientin auf dem Aufklärungsbogen stellt noch keine ausreichende Aufklärung dar, wenn es zu keinem Gespräch gekommen ist. (OGH vom 19.12.1984, 3 Ob 562/84)

## 1.8 Folgen der unterlassenen/fehlerhaften Aufklärung

Das Unterlassen einer Aufklärung bzw. ihre fehlerhafte Durchführung kann Konsequenzen nach sich ziehen.

### 1.8.1 Aus strafrechtlicher Sicht

Falls es zu keiner rechtsgültigen Selbstbestimmungsaufklärung durch den/die Arzt/Ärztin gekommen ist, so handelt es sich laut § 110 StGB um den Tatbestand der „eigenmächtigen Heilbehandlung“.

Eine Strafverfolgung erfolgt erst auf Wunsch des/der Verletzten.

Im Falle einer Verurteilung kann mit einer Freiheitsstrafe bis zu 6 Monaten gerechnet werden, oder auch mit einer Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen.

Hiervon ausgenommen sind jedoch Notfälle, in denen aus Zeitgründen und Gefahr in Verzug eine Aufklärung nicht mehr möglich war.

Das Fehlen einer Sicherheitsaufklärung, oder dessen fehlerhafter Ablauf ist nicht mit einer Bestrafung nach § 110 StGB zu ahnden, da diese Art der Aufklärung erst nach der Behandlung zu erfolgen hat.

Bei Eingriffen, die medizinisch nicht indiziert sind (kosmetische Eingriffe), oder auch jenen, die nicht lege artis durchgeführt wurden, liegt keine Heilbehandlung vor, sodass hier nicht § 110 StGB zum Tragen kommt. Fehlt in solchen Fällen die Patienteneinwilligung, handelt es sich hier um klassische Körperverletzungs- bzw. Tötungsdelikte, die strafrechtlich verfolgt werden. (Weiser 2009, S 48)

#### 1.8.2 Aus zivilrechtlicher Sicht

Die fehlende oder fehlerhafte Aufklärung kann zu Schadensersatzansprüchen durch den/die Patienten/Patientin führen, da es sich um eine Vertragsverletzung handelt, selbst dann, wenn die Behandlung lege artis erfolgte.

#### 1.8.3 Aus verwaltungsstrafrechtlicher Sicht:

Jeder Krankenanstaltenträger ist zur Patientenaufklärung verpflichtet, da es sich hierbei nach den Bestimmungen des Krankenanstaltsrechts um ein Patientenrecht handelt. Verstöße gegen Bestimmungen dieses Rechts können mit Geldstrafen geahndet werden. Aus diesem Grund hat, wie schon in einem vorigen Kapitel erwähnt, der Krankenanstaltenträger dafür zu sorgen, dass im Rahmen seines Routinebetriebes eine adäquate Aufklärung erfolgt. (Weiser 2009, S 49)

### 1.9 Aufklärungsverzicht

Aus der Formulierung in der Patientencharta: „Auf die Aufklärung kann von den Patienten und Patientinnen verzichtet werden; sie dürfen zu einem Verzicht jedoch nicht beeinflusst werden.“ (Patientencharta Artikel 16, Absatz 4) ist bereits ersichtlich, dass ein Aufklärungsverzicht möglich ist. Jedoch ist es dem/der Arzt/Ärztin untersagt die Patienten/Patientinnen dahingehend zu beeinflussen, seinen/ihren Verzicht zu beanspruchen.

Die Sicherungsaufklärung stellt einen wesentlichen Teil einer ordnungsgemäßen Behandlung dar, deswegen kann in rechtlicher Hinsicht nicht auf sie verzichtet werden. Falls es jedoch dazu kommt, handelt es sich um einen Behandlungsfehler. Nur auf die Selbstbestimmungsaufklärung kann von Patientenseite her verzichtet werden.

Trotz der Möglichkeit eines solchen Verzichtes sollte diese Entscheidung immer hinterfragt werden, da dies auch als Stresssituation infolge einer Diagnose oder Behandlung gewertet werden kann. Vernünftig wäre es, dem/der betreffenden Patienten/Patientin nach Verstreichen eines gewissen Zeitraumes die neuerliche Möglichkeit einer Aufklärung zu bieten.

Jeglicher Aufklärungsverzicht, sei er ausdrücklich oder konkludent (stillschweigend, ohne dass Patient/Patientin Fragen stellt), muss dokumentiert werden.

Im Zusammenhang mit der Errichtung einer verbindbaren Patientenverfügung ist laut § 5 des Patientenverfügungsgesetzes ein Verzicht auf die Aufklärung nicht möglich. Im Falle einer solchen Verfügung hat eine umfassende Aufklärung und auch Informationsweitergabe bezüglich der Konsequenzen für den/die Patienten/Patientin zu erfolgen. Demzufolge ist ein Aufklärungsverzicht im Zusammenhang mit der Erstellung einer Patientenverfügung unvereinbar. (Weiser 2009, S 49)

Bei dem sogenannten „therapeutischen Privileg“ handelt es sich um einen Sonderfall, bei dem der/die behandelnde Arzt/Ärztin von einer Aufklärung absehen kann, wenn dies seinem/seiner Patienten/Patientin in psychischer Hinsicht Schaden zufügen würde. Eine Entscheidung des OGH aus dem Jahr 1982 weist darauf hin, dass zuerst das Wohl des/der Patienten/Patientin und erst in zweiter Linie sein/ihr Selbstbestimmungsrecht im Vordergrund steht. (OGH vom 23.6.1982, 3 Ob545/82).

Da es sich hierbei um eine vereinzelt gebliebene Entscheidung handelt, sollte man der Möglichkeit dieses „therapeutischen Privilegs“ allerdings kritisch gegenüber stehen, da es sich außer in Notfällen fast nie um Situationen handelt, in denen von einer Aufklärung abzusehen ist.

### 1.10 Beweislast

Bei der Beweislast handelt es sich um die Frage wer im Falle eines Zivilprozesses fragliche Mängel in der stattgefundenen Aufklärung zu beweisen hat.

Hierbei ist von Bedeutung, dass die aktuelle Rechtsprechung die Beweislast bezüglich der Selbstbestimmungsaufklärung zugunsten des/der Patienten/Patientin und zu Ungunsten des/der Behandlers/Behandlerin entscheidet. Daraus resultiert bei Patientenbehauptung vor Gericht, die Aufklärung sei unzureichend erfolgt, dass der/die Arzt/Ärztin oder die Krankenanstalt eine ordnungsgemäß stattgefunde-

dene Aufklärung und schriftliche Zustimmung des/der Patienten/Patientin zu beweisen hat. (Weiser 2009, S 50 und 51)

## 2 Rhetorik und Kommunikation

Unter Kommunikation versteht man den Austausch von Informationen zwischen mindestens zwei Personen.

Im Duden wird Kommunikation wie folgt erklärt:

Kommunikation ist die Verständigung untereinander; zwischenmenschlicher Verkehr besonders mithilfe von Sprache und Zeichen (Duden, S 393)

Die Kommunikation spielt beim Aufklärungsgespräch eine wesentliche Rolle. Dabei bespricht der/die aufklärende Arzt/Ärztin mit dem/der Patienten/Patientin, der/die einen Eingriff vornehmen lässt, Punkt für Punkt die einzelnen Fragen am Fragebogen.

Bei eventuellen Rückfragen kann der/die aufklärende Arzt/Ärztin sofort auf die Fragen eingehen und bei Unklarheiten durch aktives Zuhören und Nachfragen auf den/die Patienten/Patientin reagieren.

In den Kommunikationstheorien spricht man dabei von verschiedenen Kommunikationsmodellen. Diese lauten wie folgt:

- Einwegkommunikation
- Zweiwegkommunikation
- Aktives Zuhören
- 4-Ohren-Modell

### Einwegkommunikation

In Wahrheit ist so manches Gespräch Einwegkommunikation. Meist wird man dazu verdammt nur zuzuhören wenn der/die Andere spricht. Radio- oder Fernsehsendungen kann man als Einwegkommunikation ansehen. Der/die jeweilige Sender/Senderin hat eigentlich keine Chance sofort zu erfahren, wie das Gesagte beim/bei der Empfänger/Empfängerin ankommt.

Im Falle des Aufklärungsgesprächs findet keine Einwegkommunikation statt, da der/die Patient/Patientin auf Fragen eine Antwort geben muss.

## Zweiwegkommunikation

Die Zweiwegkommunikation steht für die Formen der Kommunikation wobei eine Botschaft sowohl vom/von der Sender/Senderin zum/zur Empfänger/Empfängerin, als auch von Empfänger/Empfängerin zum/zur Senderin übertragen werden kann. Im Falle des Aufklärungsgesprächs spielt die Zweiwegkommunikation eine wesentliche Rolle. Diese Form der Kommunikation ist interaktiv. Wie bereits in der Einleitung dieses Kapitels besprochen kann sowohl der/die Arzt/Ärztin als auch der/die Patient/Patientin sofort interagieren.

## Vier-Seiten-Modell

Auch beim 4-Ohren-Modell gibt es einen/eine Sender/Senderin, der/die seine/ihre Nachricht mitteilen will. Am anderen Ende gibt es einen/eine Empfänger/Empfängerin. Schulz von Thun geht davon aus, dass mit jeder Nachricht ein ganzes Paket an Informationen mitgeschickt wird und je nachdem wie die Beziehung des/der Senders/Senderin zum/zur Empfänger/Empfängerin ist, kommen Botschaften beim/bei der Empfänger/Empfängerin an. Es spielt aber auch der emotionale Zustand des/der Empfängers/Empfängerin eine wesentliche Rolle bei der Aufnahme und Verarbeitung von Information. Dies ist insbesondere wichtig, da das Aufklärungsgespräch doch für den/die Patienten/Patientin ein sehr fordernder und emotionaler Vorgang ist. (vgl. Schulz von Thun: Miteinander reden 1, S 68)

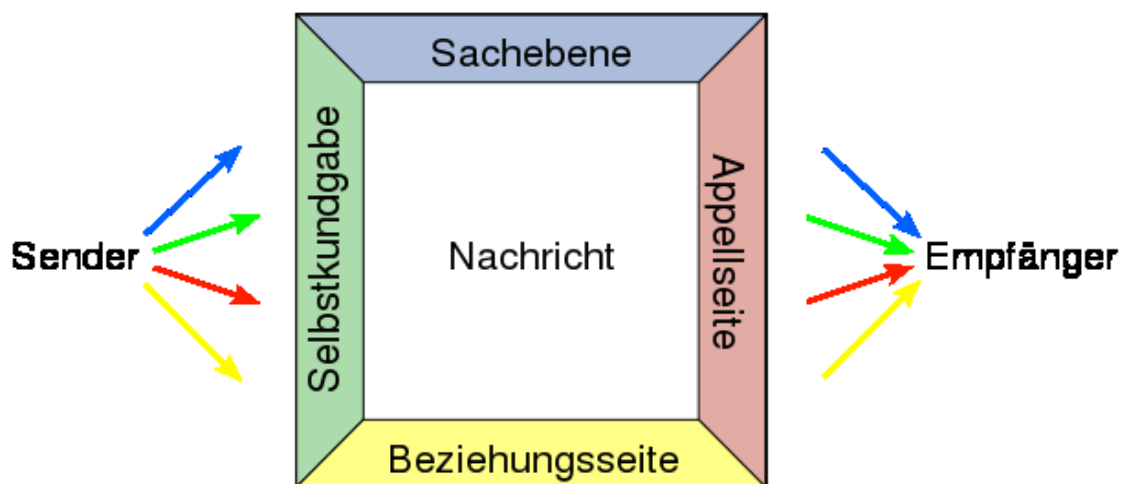


Abbildung 1: Vier-Seiten-Modell von Ludwig Schulz von Thun

Anhand eines Beispiels soll hier dieses Modell erörtert werden.

Der/die Arzt/Ärztin gibt dem/der Patienten/Patientin folgende Information:

**„Ich bin heute hier um Sie über Ihre bevorstehende Operation und deren Risiken und Komplikationen zu informieren und aufzuklären.“**

Auf der Sachebene des Gesprächs steht die Sachinformation im Vordergrund, hier geht es um Daten, Fakten, Sachverhalte. Für den/die Sender/Senderin gilt es also, den Sachverhalt klar und verständlich zu vermitteln.

Wenn man die einzelnen Ebenen genauer betrachtet, so bekommt man auf der Seite der Sachebene diese Information:

**„Ich werde aufgeklärt und es geht um die Operation, um die Risiken und Komplikationen.“**

„Wenn jemand etwas von sich gibt, gibt er/sie auch etwas von sich.“ Jede Äußerung enthält auch, ob man will oder nicht eine Selbstkundgabe, einen Hinweis darauf, was in einem vorgeht, wie einem ums Herz ist, wofür man steht und wie man seine Rolle auffasst. Dies kann explizit oder implizit geschehen. (vgl. Schulz von Thun)

Dabei könnte der/die Patient/Patientin folgendes wahrnehmen:

**„Es ist sowieso schon zu spät, bei mir geht das sicher nicht gut, wahrscheinlich muss ich sterben!“**

Ob man will oder nicht: Wenn man jemanden anspricht, gibt man durch Formulierungen, Tonfall und Begleitmimik auch zu erkennen wie man zum/zur Anderen steht und was man von ihm/ihr hält. In jeder Äußerung steckt somit auch ein Beziehungshinweis, für welchen der/die Empfänger/Empfängerin, in diesem Fall der/die Aufzuklärende, oft ein besonderes sensibles (über-)empfindliches Ohr besitzt. Aufgrund dieses Ohres wird entschieden: „Wie fühlt man sich behandelt durch die Art, in der der andere mit mir spricht? Was hält der andere von mir und wie steht er zu mir?“ (vgl. Schulz von Thun)

Wiederum könnte der/die Aufzuklärende folgende Nachricht empfangen:

**„Ich fühle mich in guten Händen, der Arzt ist der Arzt meines Vertrauens, er wird das schon richten!“**

Wenn jemand das Wort ergreift und es an jemanden richtet, will dieser in der Regel auch etwas bewirken, Einfluss nehmen; den anderen nicht nur erreichen sondern auch etwas bei ihm erreichen. Offen oder verdeckt geht es auf dieser Ebene um Wünsche, Appelle, Ratschläge und Handlungsanweisungen, Effekte usw. Die Appellseite ist deshalb besonders empfängsbereit für die Frage: „Was soll ich jetzt machen, denken oder fühlen? (vgl. Schulz von Thun)

Auf dieser Seite wiederum könnte die Ursprungsnachricht so interpretiert werden:

**„Wenn ich das jetzt nicht machen lasse, wird es sicherlich schlimmer! Ich fasse jetzt den Mut und ziehe das Ganze durch, danach geht es mir besser!“**

Anhand dieses Beispiels kann man ersehen, was eine Nachricht bei einem Aufklärungsgespräch über einen bevorstehenden Eingriff beim/bei der Patienten/Patientin auslösen kann. Nichts desto trotz ist es wichtig als Aufklärer/Aufklärende sachlich und profund an das Aufklärungsgespräch heranzugehen. Dabei spielt auch der nächste Punkt, das „Aktive Zuhören“ eine wesentliche Rolle

### Aktives Zuhören

Unter aktivem Zuhören wird in der interpersonellen Kommunikation die gefühlsbetonte Reaktion eines/einer Gesprächspartners/Gesprächspartnerin auf die Botschaft eines Sprechers verstanden ([http://de.wikipedia.org/wiki/Aktives\\_Zuhören](http://de.wikipedia.org/wiki/Aktives_Zuhören)) Carl Rogers, eine amerikanischer Psychologe und Psychotherapeut hat das aktive Zuhören als erster für die Gesprächspsychotherapie beschrieben. Wertschätzung, Emotionen und nonverbale Kommunikation werden beim aktiven Zuhören inkludiert.

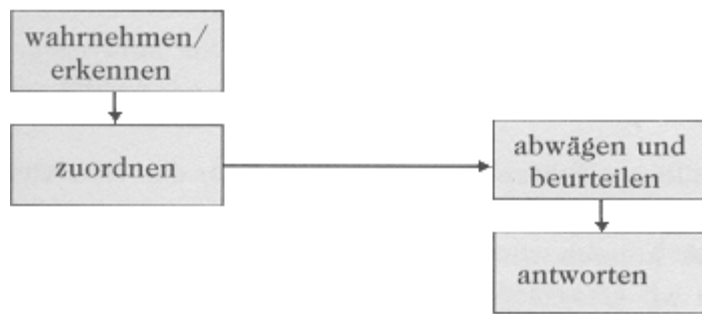


Abbildung 3: „Rogers 4 Stufen-Modell“ von Bodo Wiska

Für das Patienten-Aufklärungsgespräch spielt das aktive Zuhören die größte Rolle. Dabei wird eine Vertrauensbasis hergestellt. Der/die Patient/Patientin soll volles Vertrauen zum/zur Arzt/Ärztin haben, ihm/ihr auch aus Sicht des/der Patienten/Patientin, peinliche oder sogar unangemessene Fragen stellen können ohne dass ihn/sie der/die Arzt/Ärztin als unwissend hinstellt. Wenn Ärzte/Ärztinnen bezüglich Kommunikation gut geschult sind, werden ihnen auch nonverbale Äußerungen auffallen.

Die letzte Entscheidung muss aber schlussendlich der/die aufzuklärende Patient/Patientin treffen.

### **3 Aufklärungsbögen**

Der Fragebogen wurde mit dem/der Patienten/Patientin am zweiten bis vierten postoperativen Tag durchgeführt. Diesem Fragebogen sind verschiedene Bögen, die der Behandlungsaufklärung dienen an fünf verschiedenen Stationen vorausgegangen.

Bei diesen Aufklärungsbögen handelte es sich um jene für „allgemeinchirurgische Eingriffe, plastische Eingriffe, unfallchirurgische Eingriffe und orthopädische Eingriffe“.

Dabei haben die Fachärzte/Fachärztinnen in ihren Bereichen die Patienten/Patientinnen über den Vorgang der der Behandlung und auch über mögliche Risiken aufgeklärt.

Diese Aufklärungsbögen umfassten zwischen drei und fünf Seiten.

## **4 Aspekte der zahnärztlichen Aufklärung**

Da die Verfasserinnen dieser Arbeit aus dem Bereich der Zahnmedizin stammen, werden diese Aufklärungsbögen im Speziellen behandelt.

Wie bereits bei den Aufklärungsbögen in den vorher angeführten Bereichen, spielt dieser auch im zahnmedizinischen Bereich eine wesentliche Rolle.

Es gibt aber wesentliche Unterschiede in der Dokumentation der einzelnen Abteilungen der Zahnklinik.

So wird in der prothetischen und konservativen Abteilung nicht mit eigens vorgefertigten Aufklärungsbögen gearbeitet. Handschriftliche Notizen der einzelnen Behandler werden den Planungen beigelegt. Wesentliche Inhalte dieser handschriftlichen Notizen stellen den Vorgang und die Notwendigkeit, so wie Risiken und mögliche Folgen der Behandlung dar.

### **4.1 Vorgang und Notwendigkeit der Behandlung**

Dem/der Patienten/Patientin wird hierbei erklärt warum die Behandlung eine Notwendigkeit darstellt und in seinem speziellen Fall notwendig ist.

Dabei werden mit dem/der Patienten/Patientin vorab erhobene Befunde besprochen und die für ihn/sie bestmögliche, in vielen Fällen leider jedoch die kostengünstigste Therapieform, angeboten.

Das Ergebnis dieses Gespräches wird handschriftlich auf den Planungsunterlagen und auch digital im MEDOCS-System erfasst.

Besonderen Stellenwert der Dokumentation nehmen die Beweggründe des/der Patienten/Patientin ein, warum eine Behandlungsmöglichkeit für ihn/sie in Frage kommt oder nicht. Im Falle einer Ablehnung der Therapie werden auch diese Gründe dokumentiert.

### **4.2 Risiken und mögliche Folgen der Behandlung**

Nachdem das allgemeine Behandlungsgespräch nun stattgefunden hat, werden dem/der Patienten/Patientin Risiken und mögliche Folgen, die durch die Behand-

lung entstehen könnten, erläutert und auf eventuelle Fragen näher eingegangen, damit sich der/die Patient/Patientin ein umfassendes Bild machen kann.

Nach Abschluss der Risikoaufklärung, gibt der/die Patient/Patientin mit seiner/ihrer Unterschrift auf der handschriftlichen Dokumentation seine/ihre Einwilligung zur erforderlichen Behandlung.

#### 4.3 Aufklärung an der oralchirurgischen Abteilung

Im Gegensatz zu den beiden vorher erwähnten Abteilungen, wird an der oralchirurgischen Abteilung der Zahnklinik Graz mit vorgefertigten Aufklärungsbögen gearbeitet, die als Basisinformation des/der Patienten/Patientin zum Aufklärungsgespräch dienen.

Dies hat den großen Vorteil, dass bei dieser Aufklärung standardisiert vorgegangen werden kann.

Bei den verwendeten Aufklärungsbögen handelt es sich um eigens dafür hergestellte Dokumente der Firma Thieme Compliance GmbH aus Erlangen in Deutschland.

Den Verfasserinnen dieser Arbeit liegen Aufklärungsbögen folgender Eingriffe vor:

- Zahnextraktion
- Operative Entfernung von Weisheitszähnen
- Wurzelspitzenresektion

## 5 Methode

Um die Daten für diese Diplomarbeit erheben zu können, bedurfte es einer Zustimmung der Ethik-Kommission.

Für dieses Thema wurde die klassische Methode der quantitativen Befragung gewählt. Dabei handelt es sich um eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen.

Mit dem Fragebogen wurden Patienten/Patientinnen auf fünf verschiedenen Stationen.

- Chirurgie I
- Chirurgie II

- Unfallchirurgie
- Orthopädische Chirurgie und
- Plastische Chirurgie

am LKH Graz befragt. Dabei handelt es sich um 1000 Fragebögen, die ausgewertet wurden. Der Zeitpunkt der Befragung war der zweite bis vierte postoperative Tag.

Beim Ausfüllen des Fragebogens brauchten die Patienten/Patientinnen durchschnittlich 15 Minuten. Die Fragebogen wurden mit den Patienten/Patientinnen sehr genau besprochen, dabei kam es zu keinen Fragen von Seiten der Patienten/Patientinnen. Im Gegenteil, die Patienten/Patientinnen waren sehr kooperativ und dankbar für die Unterstützung beim Ausfüllen der Fragebögen.

## 6 Empirie

Die deskriptive und inferenzstatistische Auswertung der Daten erfolgte mit der deutschen Version des Statistikprogramms SPSS 18.0 für Windows. Die berechneten bivariaten Zusammenhänge intervallskaliertter Variablen wurden mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson überprüft. Bei nominal- und ordinalskalierten Variablen wurde die generell als robust geltende Rangkorrelation nach Spearman herangezogen (Bortz, 2003). Die Berechtigung für die Durchführung bi- und multivariater Korrelationsanalysen ist an die Voraussetzung geknüpft, dass die einzelnen Merkmalsverteilungen normalverteilt sind. Da die Gesamtstichprobe eine Größe von 30 Personen überschreitet, kann nach Bortz (2003) und seinem zentralen Grenzwerttheorem eine Normalverteilung der Messwerte als gegeben angesehen werden. d.h. die Voraussetzungen müssen nicht unbedingt gegeben sein.

### 6.1 Beschreibung der Untersuchung

Bei dieser Untersuchung, die im Auftrag von Herrn Prof. Dr. Wolfgang Kröll, durchgeführt wurde, sind exakt 1000 Patienten/Patientinnen befragt worden. Die Befragung wurde von zwei Studentinnen der Zahnmedizin durchgeführt, dokumentiert und statistisch ausgewertet.

Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Februar 2013 bis Juni 2013.

Der vorgefertigte Fragebogen, der von Herrn Prof. Dr. Wolfgang Kröll zur Verfügung gestellt wurde, war Grundlage dieser Datenerhebung.

Am zweiten bis zum vierten postoperativen Tag wurden die Befragungen an folgenden Stationen des Universitätsklinikums Graz durchgeführt.

- Chirurgie I
- Chirurgie II
- Unfallchirurgie
- Orthopädische Chirurgie und
- Plastische Chirurgie

Die durchschnittliche Dauer der Befragung belief sich auf 15 Minuten pro Gespräch.

### 6.1.1 Untersuchungsdesign Fragebögen

Der vorgefertigte Fragebogen von Herrn Prof. Dr. Wolfgang Kröll, in der Version 1.0 vom 31. 8. 2010 beinhaltete folgende Bereiche:

Die Überschrift des Dokumentes lautete „Postoperative Patientenbefragung“ und wurde mit einer kurzen Einleitung, in der der/die Patient/Patientin informiert wurde, dass es vor ein paar Tagen ein Gespräch mit einem/einer Anästhesisten/Anästhesistin hatte, in dem er/sie über die Risiken und Komplikationen des Anästhesieverfahrens aufgeklärt wurde.

Dem/der Patienten/Patientin wurde mitgeteilt, dass es sich bei der Befragung darum handelt, welche Informationen nachhaltig waren und wie man mit der anästhesiologischen Betreuung im Allgemeinen zufrieden war.

Für die Mitarbeit wurde den Patienten/Patientinnen im Vorhinein gedankt.

Im ersten Teil des Fragebogens ging es um die Erhebung allgemein gültiger statistischer Parameter, wie Geschlecht, Alter und Bildungsgrad.

Im nächsten Teil wurde erfragt, von wem der Aufklärungsbogen ausgehändigt wurde und ob dieser eigenständig und vollständig durchgelesen wurde.

Der dritte Bereich des Fragebogens umfasste die Aufzählung der im Gedächtnis gebliebenen Risiken bezüglich des gewählten Narkose- und Operationsverfahrens. Dabei waren mehrere Antwortmöglichkeiten zulässig.

Die persönliche Empfindung über das Prämedikationsgespräch mit dem Narkosearzt, so wie der Aufklärungszeitpunkt war Teil des nächsten Abschnittes der Befragung.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Befragung stellten die Patientenrechte dar, die in österreichischen Gesetzen verankert sind.

Abschließend wurden postoperative Unannehmlichkeiten die in einem Zusammenhang mit dem gewählten Narkoseverfahren zu bringen waren, erfragt. Die

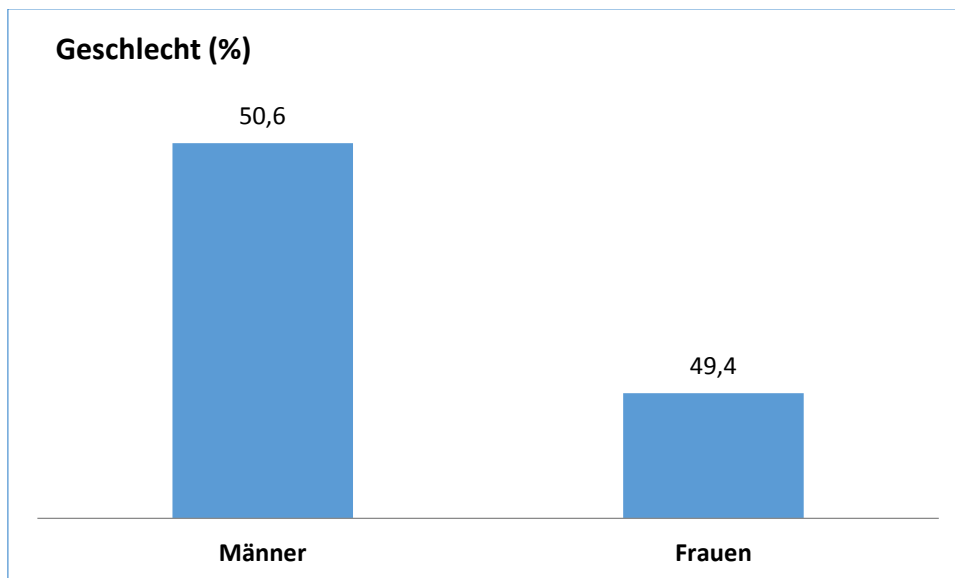
Entscheidungsfrage, ob man auch ohne ausreichende Information über die Risiken und Komplikationen zur Narkose die Einwilligung gegeben hätte, stellte den Abschluss des Fragebogens.

## 6.2 Deskriptive Statistiken

### Geschlechterverteilung

Geschlecht	Anzahl	Prozent
M	506	50,6
W	494	49,4

Tabelle 1: Geschlechterverteilung



Bei der ersten Interpretation handelte es sich um die Geschlechterverteilung der Patienten/Patientinnen am LKH-Klinikum Graz, die postoperativ befragt wurden.

An der Grafik kann man erkennen, dass sich die Verteilung zwischen Männern und Frauen ziemlich die Waage hält.

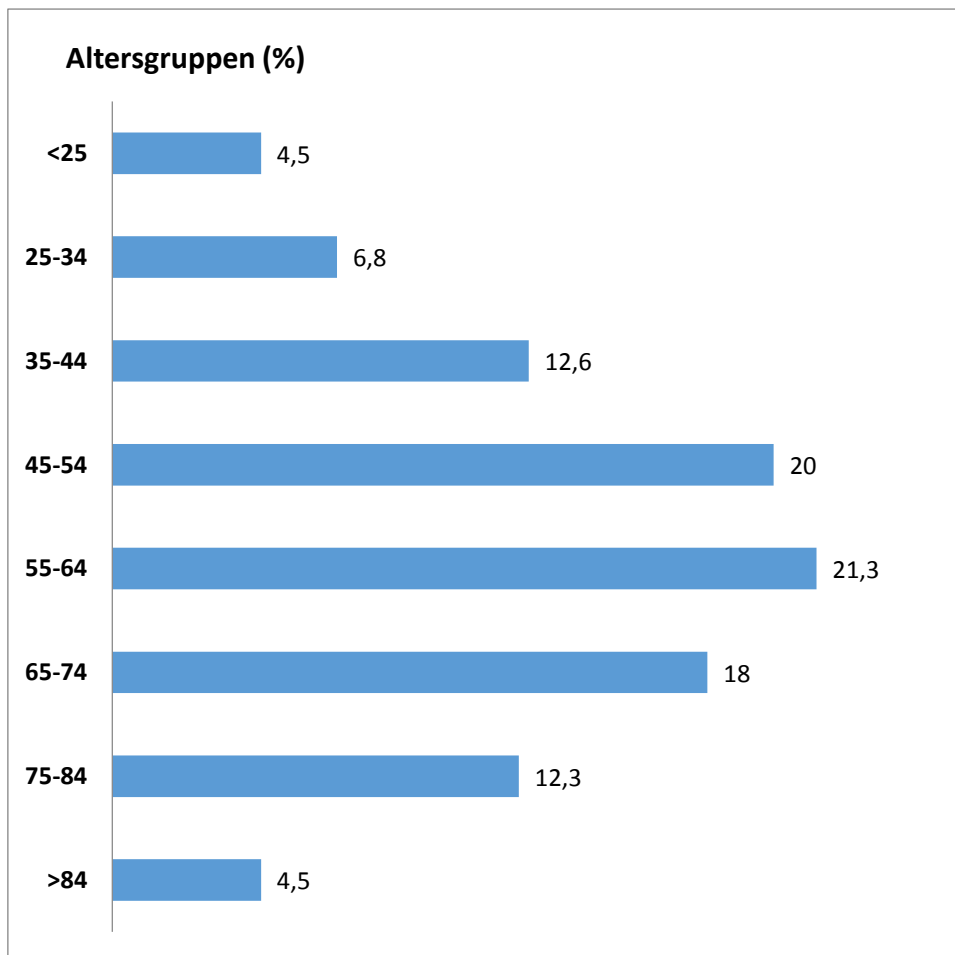
Davon entfielen 50,6 % auf Männer und 49,4 % auf Frauen.

Insgesamt wurden 1000 Fragebögen ausgefüllt und gemeinsam mit den Patienten/Patientinnen erarbeitet.

## Altersverteilung

Altersgruppen	Anzahl	Prozent
<25	45	4,5
25-34	68	6,8
35-44	126	12,6
45-54	200	20,0
55-64	213	21,3
65-74	180	18,0
75-84	123	12,3
>84	45	4,5

Tabelle 2: Altersgruppen



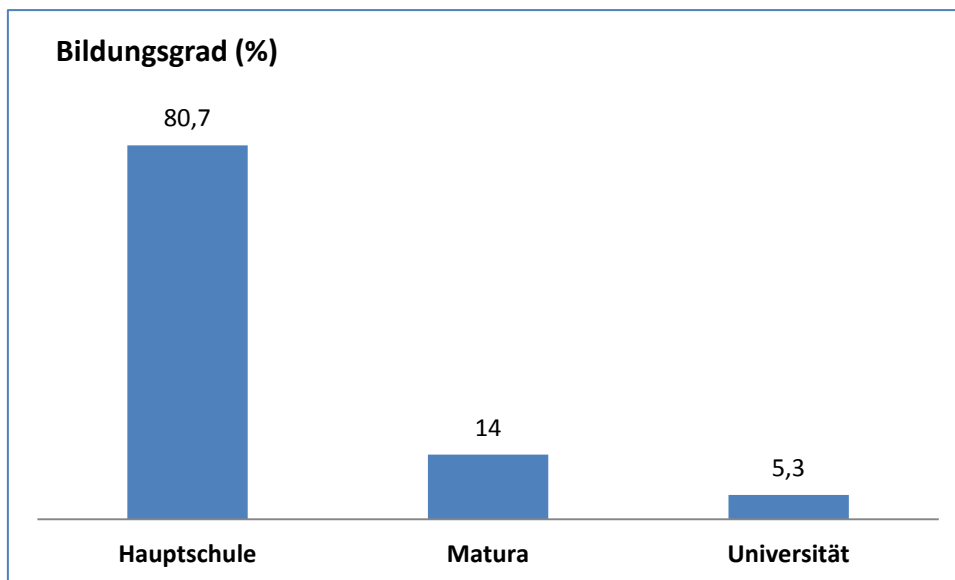
Die Frage zu den Altersgruppen kann folgendermaßen interpretiert werden: 4,5 % der Befragten waren noch nicht 25 Jahre alt. 6,8 % entfallen auf die 25 bis 34-jährigen. Des Weiteren 12,6 % auf die 35 – 44-jährigen und 20 % auf die 45 bis 54-jährigen. Den größten Anteil nahmen die 55 – 64-jährigen Patienten/Patientinnen mit einem Prozentsatz von 21,3 % ein. Bei den 65 bis 74-jährigen

machte der prozentuelle Anteil 18 % aus und 12,3 % der Befragten waren zwischen 15 und 84 Jahre alt. Derselbe Prozentsatz wie bei den unter 25-jährigen entfiel auch auf die über 84-jährigen und zwar mit 4,5 %.

## Bildungsgrad

Bildungsgrad	Anzahl	Prozent
Hauptschule	807	80,7
Matura	140	14,0
Universität	53	5,3

Tabelle 3: Bildungsgrad

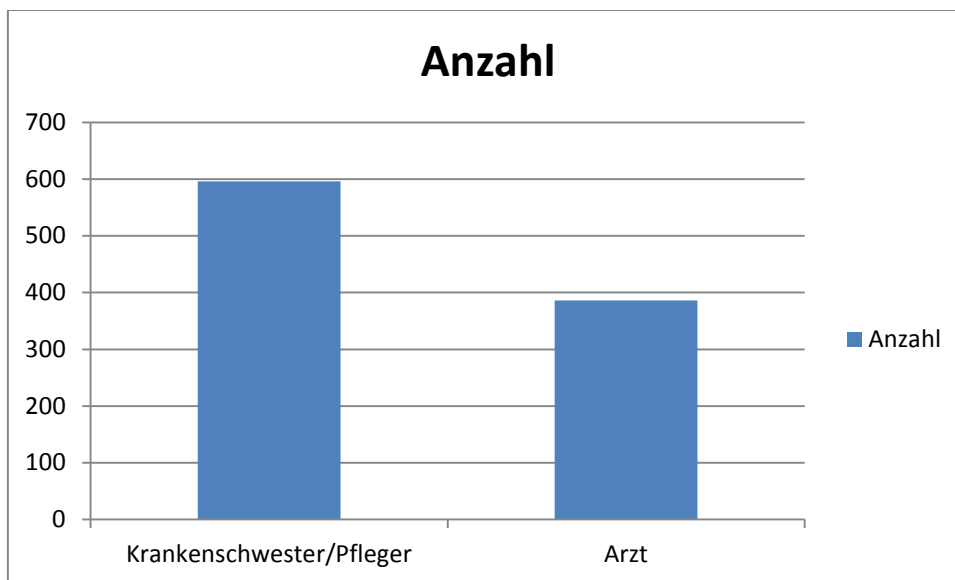


Bezugnehmend auf die Forschungsfrage „Bildungsgrad“ war diese Frage sehr aufschlussreich. Bei 80,7 % der Befragten war der höchste Abschluss die Hauptschule. Das ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass das Bildungssystem in Österreich den Zugang zur Universität erst in den letzten Jahrzehnten für die Bevölkerung erleichtert hat. Immerhin hatten 14 % der Befragten einen Maturaabschluss und nur 5,3 % einen Universitätsabschluss.

## Erhalt des Narkoseaufklärungsbogens

Bogen erhalten von	Anzahl	Prozent
Krankenschwester/Pfleger	596	59,6
Arzt	386	38,6

Tabelle 4: Erhalt des Narkoseaufklärungsbogens

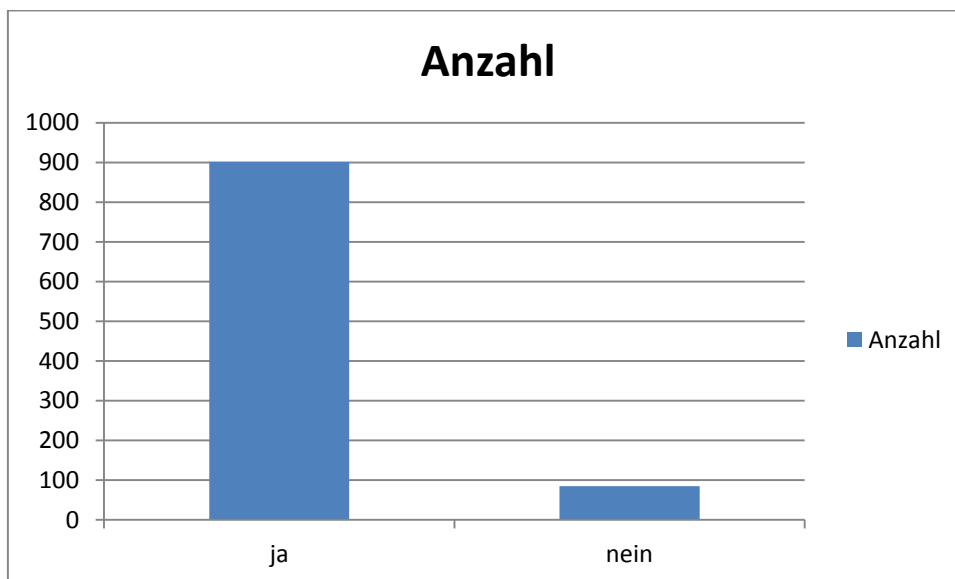


Im Rahmen der stationären Aufnahme wurde 59,6 % der Patienten/Patientinnen der Narkoseaufklärungsbogen durch eine Krankenschwester bzw. einem Krankenpfleger ausgefolgt. 38,6 % erhielten diesen Aufklärungsbogen durch einen/eine Arzt/Ärztin. 1,8 % der Befragten waren der Meinung, keinen Aufklärungsbogen erhalten zu haben.

## Bogen vollständig gelesen

Bogen vollständig gelesen	Anzahl	Prozent
ja	901	90,1
nein	85	8,5

Tabelle 5: Bogen vollständig gelesen

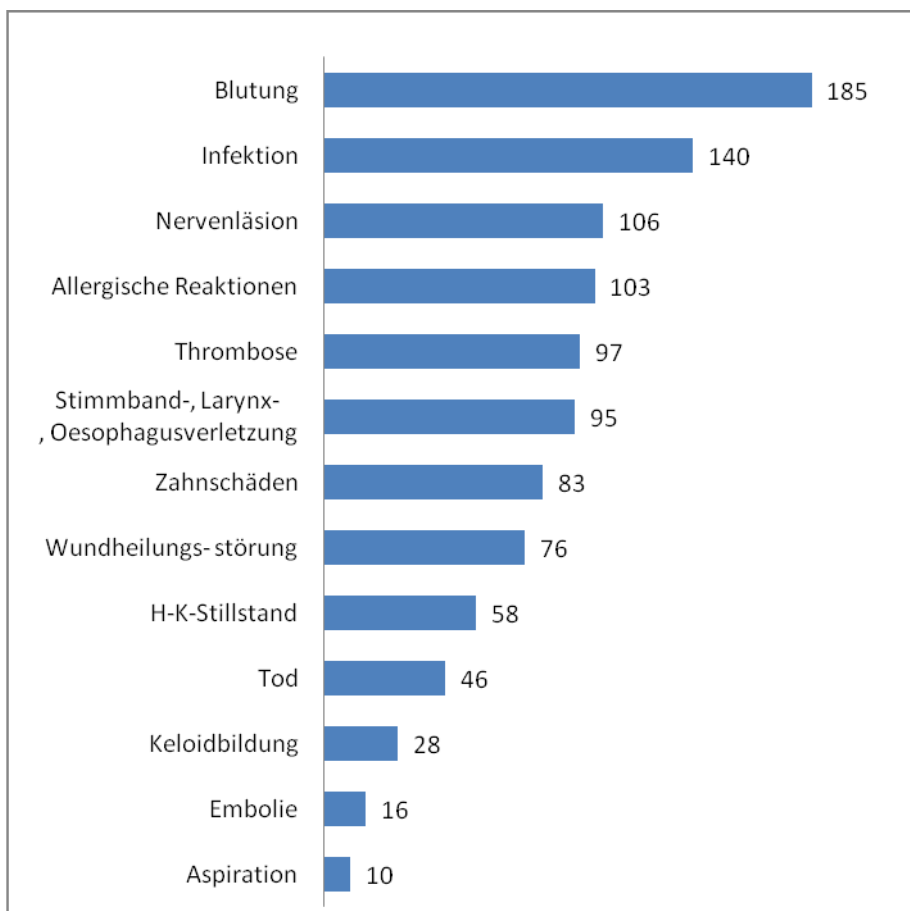


Bei dieser Fragestellung war es interessant zu erfahren, ob die Patienten/Patientinnen den ausgefolgten Aufklärungsbogen vollständig gelesen hatten. Dies gaben auch 90,1 % der Befragten an. 8,5 % der Patienten/Patientinnen hatten ihn nicht gelesen und 1,4 % der Befragten konnten sich nicht erinnern, diese Information erhalten zu haben.

## Risiken und Komplikationen des gewählten Narkose- und chirurgischen Verfahrens

• <b>gemerkt</b>	• Anzahl	• Prozent
• Aspiration	• 10	• 1,0
• Stimmband-, Larynx-, Oesophagusverletzung	• 95	• 9,5
• Allergische Reaktionen	• 103	• 10,3
• Zahnschäden	• 83	• 8,3
• H-K-Stillstand	• 58	• 5,8
• Tod	• 46	• 4,6
• Thrombose	• 97	• 9,7
• Embolie	• 16	• 1,6
• Nervenläsion	• 106	• 10,6
• Blutung	• 185	• 18,5
• Infektion	• 140	• 14,0
• Wundheilungsstörung	• 76	• 7,6
• Keloidbildung	• 28	• 2,8

Tabelle 6: Risiken und Komplikationen des gewählten Narkose- und chirurgischen Verfahrens



Die Patienten/Patientinnen wurden am zweiten bis vierten postoperativen Tag befragt, ob sie sich noch an das Gespräch mit dem/der Anästhesisten/Anästhesistin und dem/der Chirurgen/Chirurgin erinnerten. Dabei ging es vorwiegend um mögliche Komplikationen, verursacht durch das gewählte Narkoseverfahren bzw. chirurgische Verfahren.

Es waren keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben, sondern frei wählbar. Dreizehn mögliche Komplikationen wurden von Seiten der Patienten/Patientinnen genannt.

- Aspiration
- Stimmband, Larynx- und Ösophagusverletzung
- Allergische Reaktion
- Zahnschäden
- Nervenläsion
- Infektion
- Wundheilungsstörung
- Keloidbildung
- Herz- Kreislaufstillstand
- Tod
- Thrombose
- Embolie
- Blutungen

Davon entfielen auf das Narkoseverfahren vier Antwortmöglichkeiten:

- Aspiration
- Stimmband, Larynx- und Ösophagusverletzung
- Allergische Reaktion
- Zahnschäden

Auf das gewählte chirurgische Verfahren entfielen auch vier erinnerte Risiken:

- Nervenläsion
- Infektion

- Wundheilungsstörung
- Keloidbildung

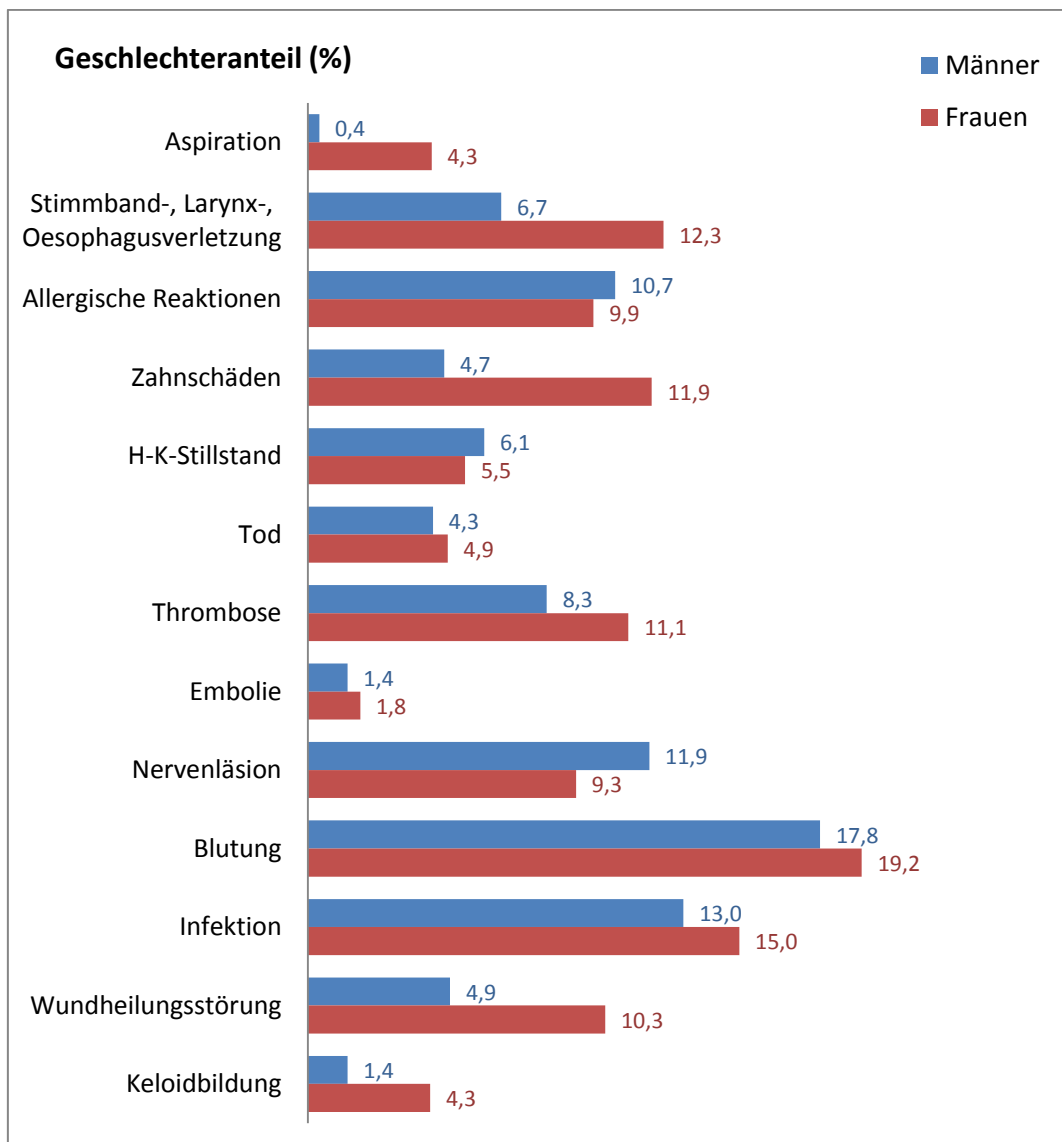
Weitere fünf Risiken, die sich sowohl auf das Aufklärungsgespräch mit dem/der Narkosearzt/Narkoseärztin, als auch mit dem/der Chirurgen/Chirurgin bezogen, waren:

- Herz- Kreislaufstillstand
- Tod
- Thrombose
- Embolie
- Blutungen

## Zusammenhang mit dem Geschlecht

Ein Zusammenhang mit dem Geschlecht wurde mit dem *Exakten Test nach Fisher* überprüft.

Bei den Fragen, wo sich ein signifikanter Geschlechterunterschied gezeigt hat, ist der Wert bei den Frauen höher.



Anteile in Prozent	Männer	Frauen	Signifikanz
Aspiration	0,4	4,3	p < 0,001
Stimmband-, Larynx-, Oesophagusverletzung	6,7	12,3	p = 0,002
Allergische Reaktionen	10,7	9,9	n.s.
Zahnschäden	4,7	11,9	p < 0,001
H-K-Stillstand	6,1	5,5	n.s.
Tod	4,3	4,9	n.s.
Thrombose	8,3	11,1	n.s.
Embolie	1,4	1,8	n.s.
Nervenläsion	11,9	9,3	n.s.
Blutung	17,8	19,2	n.s.
Infektion	13,0	15,0	n.s.
Wundheilungsstörung	4,9	10,3	p < 0,001
Keloidbildung	1,4	4,3	p = 0,005

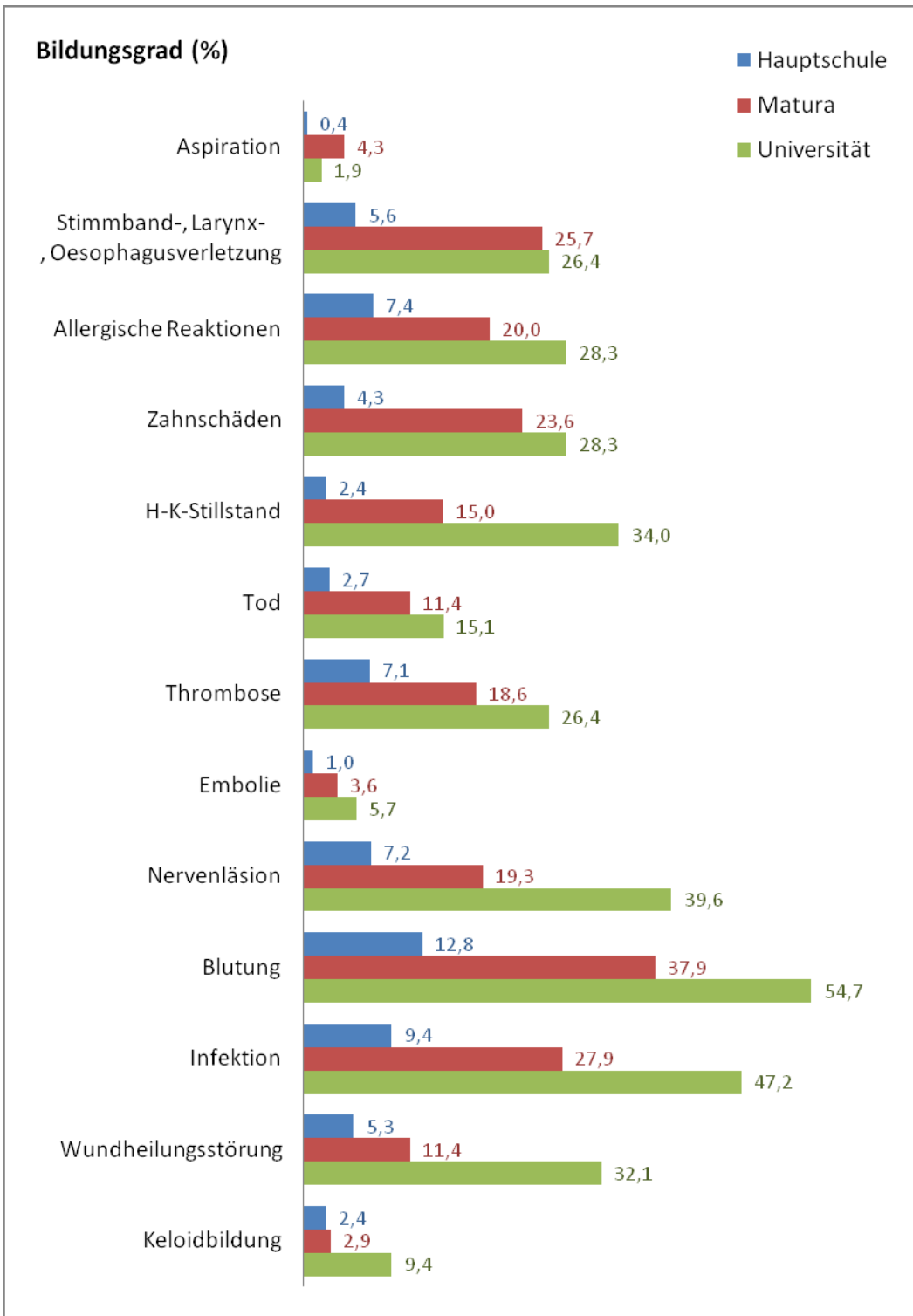
Tabelle 7: Zusammenhang mit dem Geschlecht

Ein Zusammenhang mit dem Geschlecht wurde mit dem *Chi-Quadrat Test* überprüft.

Es zeigte sich bei fast allen Fragen ein signifikanter Einfluss vom Bildungsgrad, wobei die Hauptschulgruppe deutlich unter den beiden anderen liegt.

Anteile in Prozent	Hauptschule	Matura	Universität	Signifikanz
Aspiration	0,4	4,3	1,9	n.s.
Stimmband-, Larynx-, Oesophagusverletzung	5,6	25,7	26,4	p < 0,001
Allergische Reaktionen	7,4	20,0	28,3	p < 0,001
Zahnschäden	4,3	23,6	28,3	p < 0,001
H-K-Stillstand	2,4	15,0	34,0	p < 0,001
Tod	2,7	11,4	15,1	p < 0,001
Thrombose	7,1	18,6	26,4	p < 0,001
Embolie	1,0	3,6	5,7	p = 0,004
Nervenläsion	7,2	19,3	39,6	p < 0,001
Blutung	12,8	37,9	54,7	p < 0,001
Infektion	9,4	27,9	47,2	p < 0,001
Wundheilungsstörung	5,3	11,4	32,1	p < 0,001
Keloidbildung	2,4	2,9	9,4	p = 0,010

Tabelle 8: Zusammenhang mit dem Schulabschluss



## **Narkoserisiken**

Bezugnehmend auf die möglichen Risiken bei der Narkose kann man folgende Erkenntnisse erzielen:

### **Aspiration**

Zehn Patienten/Patientinnen erinnerten sich an dieses mögliche Risiko. Dabei gaben nur 0,4 % der Männer und 4,3 % der Frauen an, davon gehört zu haben. Wenn man dabei den Anteil der Männer und den der Frauen miteinander vergleicht, kommt man auf eine Signifikanz von  $p < 0,001$ . Es kann davon ausgegangen werden, dass sich Frauen weit mehr als Männer an diesen Punkt im Aufklärungsgespräch erinnern. Zählt man zusätzlich den Bildungsgrad hinzu, ergeben sich daraus keine signifikanten Unterschiede (Hauptschule 0,4 %, Matura 4,3 %, Universität 1,9 %).

### **Stimmband-, Larynx-, Oesophagusverletzung**

Im Gegensatz zur Aspiration erinnerten sich von 1000 Befragten nur 95 an dieses Risiko. Darauf entfallen 6,7 % auf Männer und 12,3 % auf Frauen.

Daraus ergibt sich ein signifikanter Unterschied von  $p = 0,002$ . Das lässt den Schluss zu, dass sich wesentlich mehr Frauen als Männer erinnern. Im Zusammenhang mit dem Bildungsgrad ergibt sich eine Signifikanz von  $p < 0,001$  (Hauptschule 5,6 %, Matura 25,7 %, Universität 26,4 %).

Man kann davon ausgehen, dass sich hier ein höherer Bildungsgrad so auswirkt, sich an dieses Risiko leichter zu erinnern.

### **Allergische Reaktion**

An die allergische Reaktion als Komplikation konnten sich 103 Patienten/Patientinnen erinnern. Wobei diese wie folgt aufzuteilen sind:

10,7 % der Männer und 9,9 % der Frauen waren in ihrer Reminiszenz vorhanden. Daraus ergibt sich kein signifikanter Unterschied. Betrachtet man jedoch den Bildungsgrad der Befragten, ist zu beobachten, dass sich weitaus mehr Patien-

ten/Patientinnen mit Matura- oder Universitätsabschluss an eine allergische Reaktion im Gespräch erinnerten (Hauptschule 7,4 %, Matura 20,0 %, Universität 28,3 %).

Es handelt sich hierbei um einen signifikanten Unterschied von  $p < 0,001$ .

### **Zahnschäden**

Zahnschäden wurden von 83 Personen im Rahmen der Erarbeitung des Fragebogens erwähnt. Darauf entfallen 4,7 % auf Männer und 11,9 % auf Frauen. Auch hier lässt sich eine Signifikanz erkennen ( $p < 0,001$ ).

Betrachtet man den Bildungsgrad der Befragten, ist auch hier wiederum zu erkennen, dass sich schulisch höher gebildete Personen weitaus mehr an diese Form der Komplikation erinnerten (Hauptschule 4,3 %, Matura 23,6 %, Universität 28,3 %). Es handelt sich hierbei um eine Signifikanz von  $p < 0,001$ .

### **Chirurgische Risiken**

In weiterer Folge werden nun jene Risiken ausgewertet, die sich aus dem Gespräch mit dem behandelnden Chirurgen ergaben.

### **Nervenläsion**

106 Patienten/Patientinnen gaben an, dieses Risiko im Aufklärungsgespräch, besprochen zu haben. Dabei handelt es sich um 11,9 % Männer und 9,3 % Frauen. Im Zusammenhang mit dem erfragten Bildungsgrad ist hier zu erkennen, dass sich daran mehr Patienten/Patientinnen mit universitärer Bildung erinnerten (Hauptschule 7,2 %, Matura 19,3 %, Universität 39,6 %). Woraus sich ein signifikanter Unterschied von  $p < 0,001$  erkennen lässt.

### **Infektion**

13 % der Männer und 15 % der Frauen gaben dieses Risiko am Fragebogen an. Insgesamt handelte es sich dabei um 140 Personen von 1000 Befragten. Auch hier lässt sich ein Zusammenhang mit dem jeweiligen Bildungsgrad feststellen. 47,2 % der Befragten konnten einen universitären Abschluss nachweisen, 27,9 % hatten eine Reifeprüfung, wobei nur 9,4 % der Hauptschulabsolventen diesen Punkt benennen konnten. Auch hier lässt sich wiederum eine Signifikanz von  $p < 0,001$  erkennen.

### **Wundheilungsstörung**

Die Wundheilungsstörung als genannte Komplikation wurde von 76 Personen beschrieben. 10,3 % Frauen und nur 4,9 % der Männer gaben diese Möglichkeit an (Signifikanz  $p < 0,001$ ). Wobei auch hier wieder 32,1 % auf Hochschulabsolventen/Hochschulabsolventinnen, 11,4 % auf Patienten/Patientinnen mit Reifeprüfungszeugnis und nur 5,3 % auf Hauptschulabgänger/Hauptschulabgängerinnen entfallen. Daraus lässt sich ein signifikanter Unterschied von  $p < 0,001$  ableiten.

### **Keloidbildung**

Mit der Möglichkeit einer vermehrten Narbenbildung konnten 28 von 1000 befragten Patienten/Patientinnen einen Zusammenhang mit dem gewählten chirurgischen Verfahren herstellen. Darauf entfallen 1,4 % auf Männer und 4,3 % auf Frauen. Diese Signifikanz lässt sich durch  $p = 0,005$  darstellen.

2,4 % ehemalige Hauptschüler/Hauptschülerinnen, 2,9 % Maturanten/Maturantinnen und 9,4 % Akademiker/Akademikerinnen erwähnten dieses mögliche Risiko. ( $p = 0,010$ )

### **Risiken auf die Narkose und Operation**

Im Folgenden wird nun auf jene Risiken eingegangen, die sowohl im narkoseärztlichen als auch im chirurgischen Aufklärungsgespräche Eingang gefunden haben.

#### **Herz- Kreislaufstillstand**

Der Herz- Kreislaufstillstand wurde von 58 Personen genannt. Darunter 6.1 % Männer und 5.5 % Frauen die sich diese Art von besprochenem Risiko noch ins Gedächtnis rufen konnten.

Mit 34,0 % liegen auch hier die Akademiker/Akademikerinnen vor den Maturanten/Maturantinnen mit 15 % und den Hauptschülern/Hauptschülerinnen mit 2,4 %. Dies kann mit einer Signifikanz von  $p < 0,001$  erwiesen werden.

## **Tod**

Der Tod als wohl schwerste Komplikation wurde von insgesamt 46 Patienten/Patientinnen angegeben. Das sind 4,6 % aller befragten Personen. 4,3 % der Männer und 4,9 % der Frauen, die dieses Risiko erwähnten, schrieben diesen Punkt in den Fragebogen.

15, 1 % der Befragten, die dieses Risiko benannten, konnten eine universitäre Ausbildung vorweisen, 11,4 % eine Matura und 2,7 % ein Hauptschulabschlusszeugnis. Wiederum ergibt sich daraus eine Signifikanz von  $p < 0,001$ .

## **Thrombose**

Die Thrombose war auf 97 Fragebögen als mögliches Risiko zu lesen. Davon entfielen 8,3 % auf männliche und 11.1 % auf weibliche Probanden.

Auch hier lässt sich ein Zusammenhang mit dem jeweiligen Bildungsgrad erkennen:

26,4 % Hochschulabsolventen/Hauptschulabsolventinnen, 18,6 % Reifeprüfungszeugnisinhaber/Reifeprüfungszeugnisinhaberinnen und 7,1 % Hauptschüler/Hauptschülerinnen.

## **Embolie**

Embolische Geschehen wurden insgesamt von 16 befragten Personen aufgelistet. 1.4 % der Männer und 1.8 % der Frauen konnten sich an dieses Risiko erinnern. Davon entfallen 5.7 % auf ehemalige Hochschüler/Hochschülerinnen, 3,6 % auf Maturanten/Maturantinnen und 1 % auf Hauptschüler/Hauptschülerinnen. Die Signifikanz stellt sich mit  $p = 0,004$  dar.

## **Blutungen**

Als letztes genanntes Risiko, welches in beiden Aufklärungsgesprächen angesprochen wurde, konnten Blutungen benannt werden.

Dabei handelt es sich um 185 Personen, welches 18,5 % der Befragten entspricht. 17,8 % der Männer und 19,2 % der Frauen schrieben diesen Punkt auf den Fragebogen.

Auch hier nannten vermehrt, und zwar 54,7 % der Akademiker/Akademikerinnen, diese Komplikation. Im Gegensatz zu Maturaabsolventen/Maturaabsolventinnen mit 37,9 %, und ehemaligen Hauptschülern/Hauptschülerinnen mit 12,8 %.

Bei beinahe allen im Aufklärungsgespräch erwähnten Risiken schneidet die Gruppe der Hauptschüler/Hauptschülerinnen deutlich schlechter ab als jene der Maturanten/Maturantinnen oder Akademiker/Akademikerinnen mit höchstem Bildungsabschluss.

Das könnte zum einen daran liegen, dass sie mit genannten Risiken im Allgemeinen weniger anfangen konnten und diese nicht in ihrem Gedächtnis behielten oder sich unter Umständen weniger dafür interessierten.

Patienten/Patientinnen mit höherem Bildungsgrad hatten dem Anschein nach mehr Interesse und verfolgten auch die Aufklärungsgespräche mit den jeweiligen Medizinern/Medizinerinnen aufmerksamer.

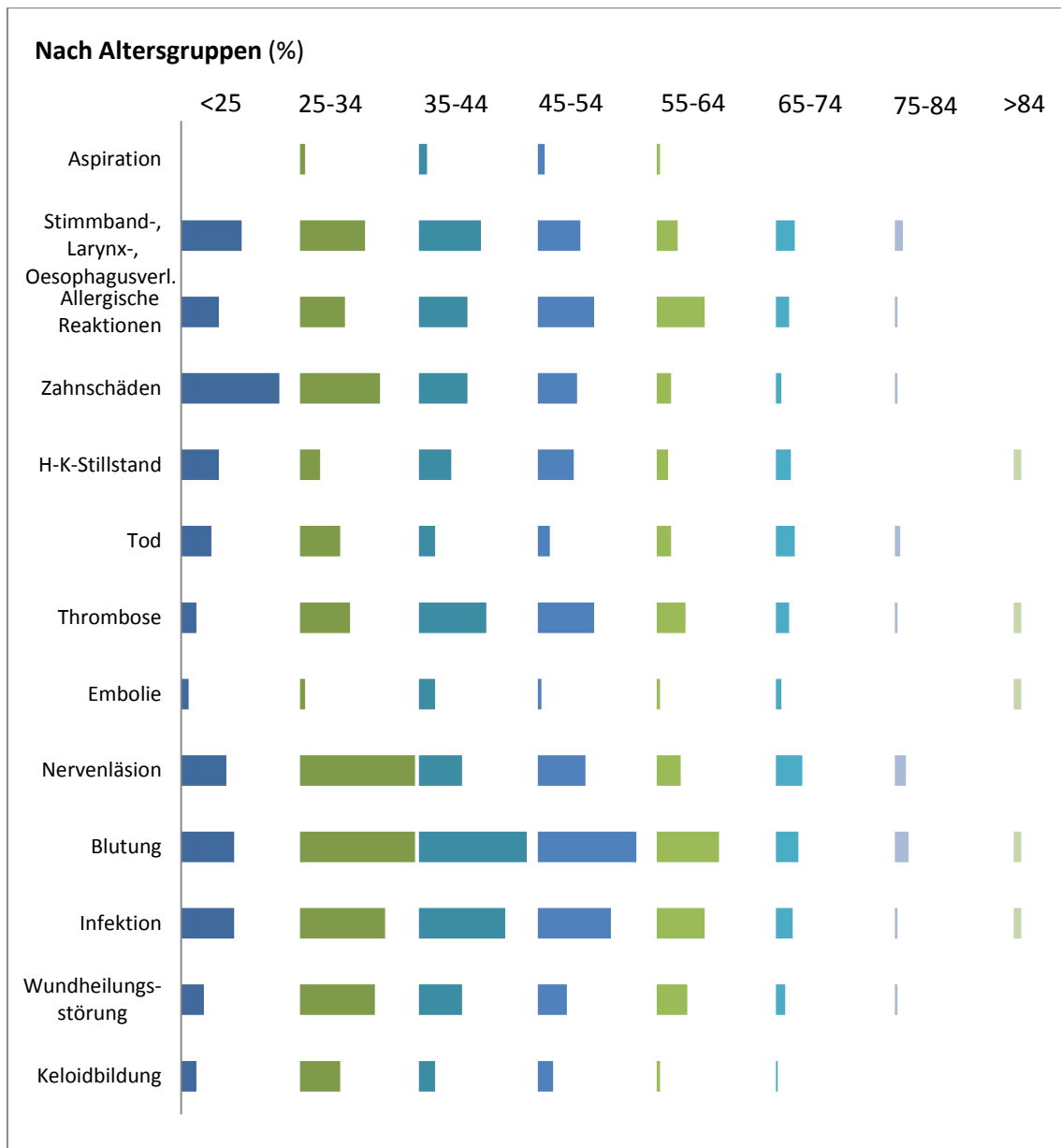
## **Zusammenhang mit den Altersgruppen**

Es ist eindeutig ein Zusammenhang mit dem Alter erkennbar. Die Werte sind ab 55 deutlich niedriger, was bei fast allen Fragen gleich ist.

Dieser Altersunterschied kann auch statistisch mit dem *Mann-Whitney U Test* nachgewiesen werden. Es ergibt sich bei allen Fragen ein  $p < 0,05$ .

	<25	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Aspiration	0,0	1,5	2,4	2,0	0,9	0,0	0,0	0,0
Stimmband-, Larynx-, Oesophagusverletzung	17,8	19,1	18,3	12,5	6,1	5,6	2,4	0,0
Allergische Reaktionen	11,1	13,2	14,3	16,5	14,1	3,9	0,8	0,0
Zahnschäden	28,9	23,5	14,3	11,5	4,2	1,7	0,8	0,0
H-K-Stillstand	11,1	5,9	9,5	10,5	3,3	4,4	0,0	2,2
Tod	8,9	11,8	4,8	3,5	4,2	5,6	1,6	0,0
Thrombose	4,4	14,7	19,8	16,5	8,5	3,9	0,8	2,2
Embolie	2,2	1,5	4,8	1,0	0,9	1,7	0,0	2,2
Nervenläsion	13,3	33,8	12,7	14,0	7,0	7,8	3,3	0,0
Blutung	15,6	33,8	31,7	29,0	18,3	6,7	4,1	2,2
Infektion	15,6	25,0	25,4	21,5	14,1	5,0	0,8	2,2
Wundheilungsstörung	6,7	22,1	12,7	8,5	8,9	2,8	0,8	0,0
Keloidbildung	4,4	11,8	4,8	4,5	0,9	0,6	0,0	0,0

Tabelle 9: Zusammenhang mit den Altersgruppen



Betrachtet man die Risiken, welche den Patienten/Patientinnen nach dem Aufklärungsgespräch noch im Gedächtnis geblieben sind und vergleicht sie mit den unterschiedlichen Altersgruppen der Befragten, so schneiden 25- bis 54-jährige Probanden/Probandinnen wesentlich besser ab.

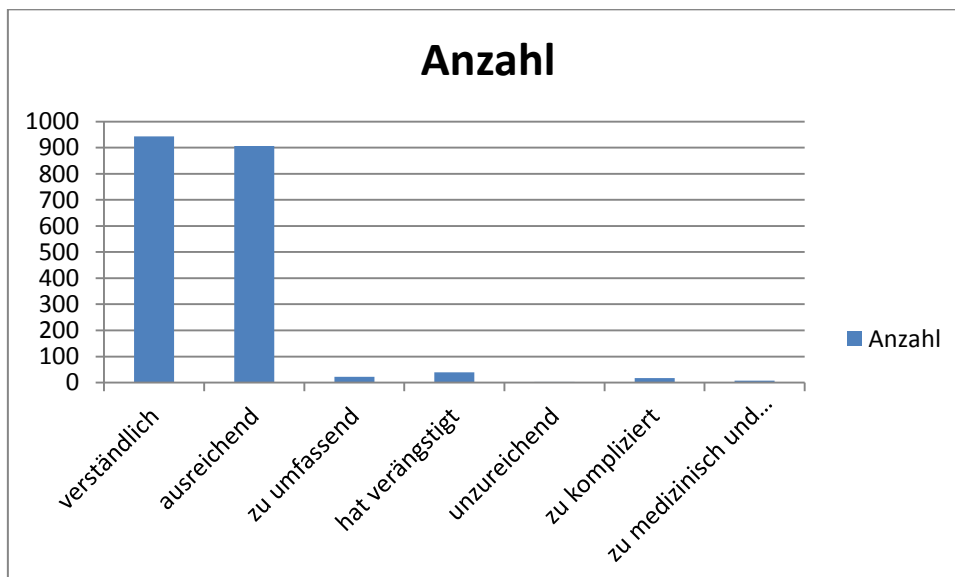
Ab dem 55. Lebensjahr waren die Befragten weitaus weniger in der Lage, das zuvor Besprochene aus ihrer Erinnerung wieder zu geben.

Ebenso schnitten die unter 25-jährigen ab, die versuchten sich erwähnte Risiken ins Gedächtnis zu rufen.

## Verständlichkeit des Aufklärungsgespräches

Aufklärungsgespräch..	Anzahl	Prozent
verständlich	943	94,3
ausreichend	906	90,6
zu umfassend	22	2,2
hat verängstigt	39	3,9
unzureichend	3	0,3
zu kompliziert	17	1,7
zu medizinisch und unverständlich	8	0,8

Tabelle 10: Verständlichkeit des Aufklärungsgespräches



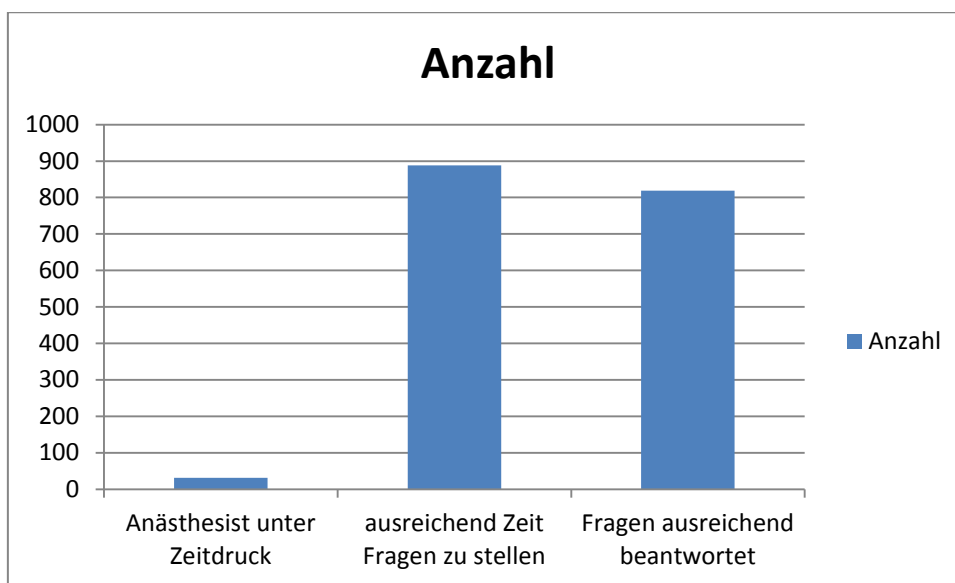
Auf die Frage nach der Verständlichkeit mit dem das Aufklärungsgespräch vom/von der Anästhesisten/Anästhesistin geführt wurde, beantworteten 94,3 % der Patienten/Patientinnen diese mit einem eindeutigen „JA“.

90,6 % gaben an, völlig zufrieden mit dem Umfang der Aufklärung gewesen zu sein. Als zu umfassend beschrieben es 2,2 % der Befragten. Wohingegen 0,3 % das Gespräch als unzureichend kritisierten. 3,9 % der Probanden/Probandinnen verunsicherte das Besprochene oder verängstigte sogar. Laut Angabe fanden 1,7 % der Patienten/Patientinnen ihr Aufklärungsgespräch zu kompliziert und 0,8 % meinten, es wäre zu medizinisch geführt worden, was die Ausdrucksweise betrifft.

## Beurteilung des Prä-Medikations-Gespräches

Fragen	Anzahl	Prozent
Anästhesist unter Zeitdruck	31	3,1
ausreichend Zeit Fragen zu stellen	888	88,8
Fragen ausreichend beantwortet	819	81,9

Tabelle 11: Beurteilung des Prä-Medikations-Gespräches



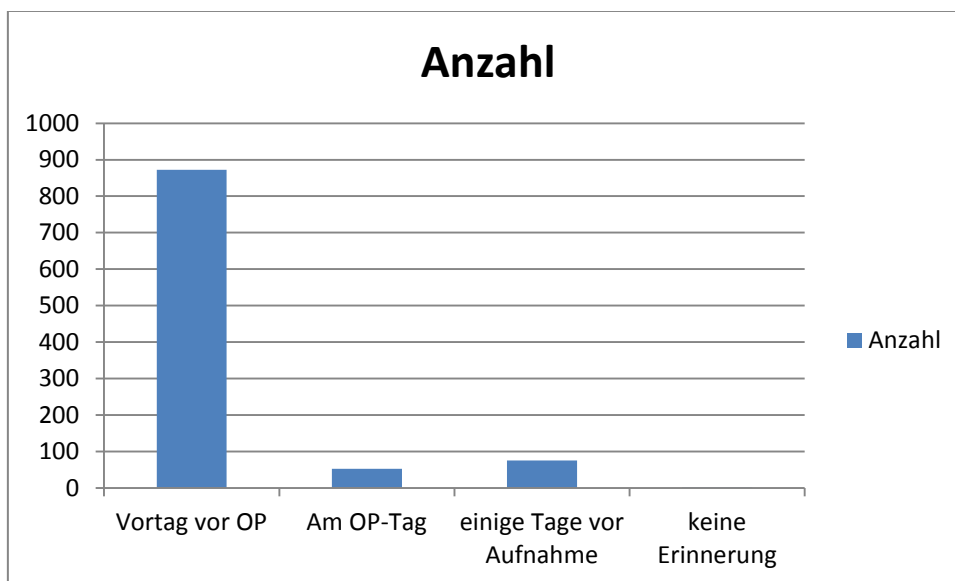
Von 1000 ausgefüllten Fragebögen geben 3,1 % wieder, dass sich der/die aufklärende Narkosearzt/Narkoseärztin beim Aufklärungsgespräch ihrer Meinung nach unter Zeitdruck befunden hätte.

Für 88,8 % war ausreichend Zeit vorhanden, um Fragen bezüglich Verständlichkeit oder Vorgehensweise zu stellen und 81,9 % fanden ihre gestellten Fragen als ausreichend beantwortet.

## Aufklärungszeitpunkt

wann aufgeklärt	Anzahl	Prozent
Vortag vor OP	872	87,2
Am OP-Tag	52	5,2
einige Tage vor Aufnahme	75	7,5
keine Erinnerung	1	0,1

Tabelle 12: Aufklärungszeitpunkt



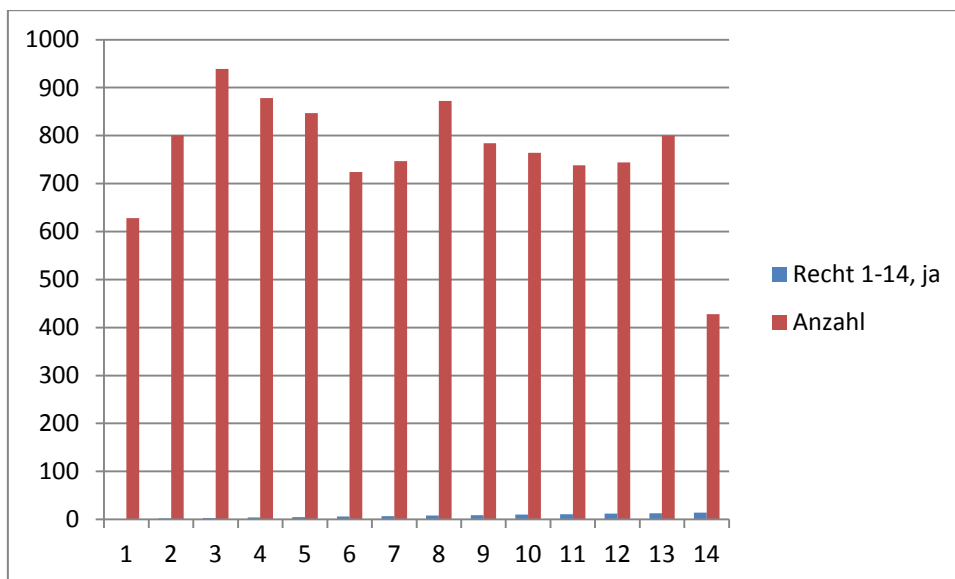
Auch der Aufklärungszeitpunkt, wann das Aufklärungsgespräch stattgefunden hat, wurde bei den Patienten/Patientinnen erfragt. Die anstehende Narkose vor der geplanten Operation wurde mit 87,2 % der Befragten am Vortag besprochen. Am Tag der Operation wurden 5,2 % darüber informiert. 7.5 % gaben an, ihr Narkosearztgespräch einige Tage vor der Aufnahme gehabt zu haben.

Keine Erinnerung an ein solches Gespräch hatten hingegen 0,1 % der Befragten.

## Wissen über Patientenrechte

Recht 1-14, ja	Anzahl	Prozent
1	628	62,8
2	801	80,1
3	939	93,9
4	878	87,8
5	847	84,7
6	724	72,4
7	747	74,7
8	872	87,2
9	784	78,4
10	764	76,4
11	738	73,8
12	744	74,4
13	800	80,0
14	428	42,8

Tabelle 13: Wissen über Patientenrechte



Spezielle Patientenrechte sind in mehreren österreichischen Gesetzen verankert. Eine Frage beschäftigte sich mit diesen Rechten, um zu erfahren, ob die Probanden/Probandinnen von ihrer Existenz Kenntnis hatten.

Recht 1:

Recht auf Informationsmöglichkeit über bestehende Patientenrechte. 62,8 % der Befragten gaben an, schon einmal etwas davon gehört zu haben.

Recht 2:

Recht auf rücksichtsvolle Behandlung. Dieses Recht war 80,1 % der Probanden/Probandinnen geläufig.

Recht 3:

Recht auf Verschwiegenheit. Diesen Punkt bejahten 93,9 % der Testpersonen.

Recht 4:

Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlung. 87,8 % der ausgewerteten Fragebögen gaben Aufschluss um das Wissen der Patienten/Patientinnen bezüglich der Aufklärungs- und Informationspflicht.

Recht 5:

Recht auf Zustimmung oder Verweigerung der Behandlung war für 84,7 % bekannt.

Recht 6:

Recht auf Einsichtnahme in die Krankengeschichte. Bei diesem Recht waren 72,4 % der postoperativ Befragten sicher, davon gehört zu haben.

Recht 7:

Recht auf ausreichende Kontakt- und Besuchsmöglichkeit. 74,7 % kreuzten am Fragebogen dieses Recht an und bestätigten somit von seiner Existenz zu wissen.

Recht 8:

Recht auf seelsorgerische Betreuung. Dieses wurde von 87,2 % der der Patienten/Patientinnen als gesetzliches Patientenrecht bestätigt.

Recht 9:

Recht auf vorzeitige Entlassung: 78,4 % gaben an davon zu wissen.

Recht 10:

Recht auf Ausstellung eines Arztbriefes waren 76,4 % geläufig.

Recht 11:

Mit einem Prozentsatz von 73,8 wurde dieses Patientenrecht als bekannt am Fragebogen angekreuzt.

Recht 12:

Das Recht auf Intimsphäre war für 74,4 % der tausend Befragten ein Recht, auf das Patienten/Patientinnen in jedem Fall Anspruch haben.

Recht 13:

Psychologische Unterstützung wurde mit 80,0 % als Patientenrecht identifiziert.

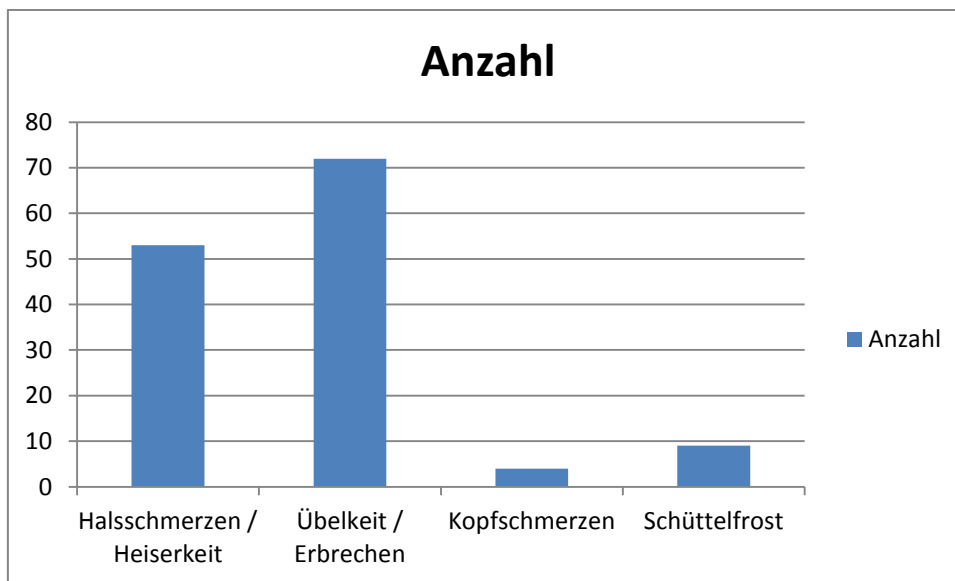
Recht 14:

Lediglich 43,8 % gaben an, jemals von dem Recht auf würdevolles Sterben gehört zu haben.

## Postoperative Unannehmlichkeiten

	Anzahl	Prozent
Halsschmerzen / Heiserkeit	53	5,3
Übelkeit / Erbrechen	72	7,2
Kopfschmerzen	4	0,4
Schüttelfrost	9	0,9

Tabelle 14: Postoperative Unannehmlichkeiten



Ein Fragenbereich beschäftigte sich mit postoperativen Unannehmlichkeiten, die die Patienten/Patientinnen auf die Narkose zurückführten. Dabei konnte festgehalten werden, dass Übelkeit/Erbrechen an erster Stelle steht, gefolgt von Halsschmerzen und Heiserkeit. Einen geringen Prozentsatz nahmen hingegen Schüttelfrost und Kopfschmerzen ein.

## Einwilligung zum verwendeten Narkoseverfahren auch ohne Aufklärung

	Anzahl	Prozent
Narkose ohne Aufklärung zustimmen	899	89,9

Tabelle 15: Einwilligung zum verwendeten Narkoseverfahren auch ohne Aufklärung



Obwohl es in Österreich gesetzlich verankert ist, Patienten/Patientinnen vor einer Operation über Risiken aufzuklären, gaben rund 90 % der Befragten an, auch ohne Aufklärung dem verwendeten Narkoseverfahren zuzustimmen.

## 7 Zusammenfassung

In dieser Diplomarbeit ging es um das medizinische Aufklärungsgespräch bezüglich des gewählten Narkoseverfahrens am Universitätsklinikum Graz, wobei fünf verschiedene chirurgische Abteilungen involviert waren.

Dabei handelte es sich um zwei allgemeinchirurgische Stationen, die plastische Chirurgie, die Unfallchirurgie so wie die orthopädische Chirurgie.

Ausgehend von den rechtlichen Grundlagen, in der die relevanten Gesetze für das Aufklärungsgespräch aufgegriffen und erörtert wurden, wurde im nächsten Schritt auf die Rhetorik um Kommunikation im Aufklärungsgespräch eingegangen und dabei auf dessen Wichtigkeit hingewiesen.

In den Kommunikationstheorien wurde von der Einwegkommunikation bis zum Kommunikationsquadrat von Friedrich Schulz von Thun ein Bogen gespannt und anhand von Beispielen erklärt.

Der vorgefertigte Fragebogen wurde von Herrn Prof. Dr. Wolfgang Kröll zur Verfügung gestellt.

Da die Verfasserinnen dieser Arbeit aus dem Bereich der Zahnmedizin stammen, wurde das zahnärztliche Aufklärungsgespräch im Speziellen behandelt.

Unterschiede sind in der Dokumentation der einzelnen Abteilungen der Zahnklinik festzustellen.

Insgesamt wurden 1000 Fragebögen von zwei Studentinnen der Zahnmedizin erhoben und in weiterer Folge statistisch erfasst und ausgewertet.

Dabei wurde die klassische Methode der quantitativen Befragung gewählt. Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 18.0 für Windows.

Die wichtigsten Ergebnisse der quantitativen Befragung ergab einen Zusammenhang mit dem Geschlecht, dem Bildungsgrad und dem Alter wobei in all diesen Bereichen, Frauen deutlich besser abschnitten als die Männer.

## 8 Diskussion

Abschließend betrachtet lässt sich sagen, dass sowohl Geschlecht, Bildungsgrad und auch Alter der befragten Personen einen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis des ausgewerteten Fragebogens hatten.

Im Zusammenhang mit dem Geschlecht ist zu beobachten, dass sich Frauen im Allgemeinen besser an die zuvor geführten Aufklärungsgespräche erinnern konnten als die Männer.

Weiters waren auch die weiblichen Probanden besser in der Lage mögliche Risiken der verwendeten Narkose- bzw. chirurgischen Verfahren wiederzugeben. Der Beobachtung nach zur Folge waren die Frauen weitaus aufgeschlossener und interessierter an dem Fragebogen dieser Diplomarbeit als die Männer.

Eine Vermutung der Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit ist, dass sich Frauen vermehrt mit Gesundheitsthemen, dem eigenen Krankheitsverlauf und den daraus resultierenden Therapiemöglichkeiten bzw. Informationen beschäftigen, wurde weitgehend bestätigt.

Einen nicht unerheblichen Einfluss spielt auch der Bildungsgrad der Probanden/Probandinnen. Je höher der Schulabschluss den die Patienten/Patientinnen vorweisen konnten, desto mehr Erinnerung an die vorangegangenen Gespräche konnte wiedergegeben werden.

Patienten/Patientinnen mit Matura- bzw. Hochschulabschluss konnten wesentlich mehr Risiken aufzählen, als jene, die einen Hauptschulabschluss oder abgeschlossene Lehre vorzuweisen hatten.

Das könnte auch darin begründet sein, dass das Interesse von ehemaligen Hauptschülern/Hauptschülerinnen weniger an medizinischen Themen fokussiert ist und sich daraus eine geringere Auseinandersetzung mit Krankheitsverläufen ergibt, als bei jenen mit höherem Bildungsgrad.

Mit Blutung, Infektionen und Nervenschädigungen sind die am öftesten erinnerten Risiken genannt worden.

Als einen wesentlichen Aspekt bei den ausgewerteten Daten stellt auch das Alter der befragten Patienten/Patientinnen dar.

Es lässt sich beobachten, dass ab einem Alter von 55 deutlich weniger Risiken genannt werden konnten und auch die Erinnerung an die zuvor stattgefundenen Aufklärungen zu wünschen übrig ließ.

Ein Großteil der über 50-Jährigen gaben bei der Befragung im Rahmen dieser Diplomarbeit an, wenig bis gar nicht nachgefragt zu haben was die mündliche Aufklärung betraf. Vielen war es unangenehm wenig bis überhaupt nicht über körperliche Vorgänge und medizinische Therapiemöglichkeiten samt deren Risiken Bescheid zu wissen, dass Schamgefühl und Unwissenheit sie daran hinderte, genauer nachzufragen.

Abschließend lässt sich sagen, dass über 90% der Befragten mit den zuvor geführten Aufklärungsgesprächen zufrieden waren und daran nichts auszusetzen hätten.

Erschreckend jedoch ist die Tatsache wie wenig der weitergegebenen Information vom/von der Patienten/Patientin tatsächlich aufgenommen bzw. wahrgenommen wird.

Als unerwünschte Nebenwirkung des medizinischen Aufklärungsgespräches könnte auch eine gewisse Beängstigung und Verunsicherung der Patienten/Patientinnen gesehen werden. Um diesem Gefühl zu entgehen ist erschreckenderweise der Großteil der Patienten/Patientinnen laut Nachfrage auch bereit in Behandlungsverfahren einzuwilligen, die im Vorhinein weder erklärt noch erläutert wurden.

An dieser Stelle obliegt es dem/der behandelnden Mediziner/Medizinerin, wie viel Information ist nötig und auch zumutbar, um als Patient/Patientin eine Entscheidung treffen zu können.

Für uns angehende Zahnmedizinerinnen lässt sich die Wichtigkeit eines Aufklärungsgespräches und seine tadellose Dokumentation erkennen, um etwaigen nachfolgenden juristischen Problemen zu entgehen.

## **9 Literaturverzeichnis**

### **Bücher**

Friedman Schulz von Thun: Miteinander reden 1, Störungen und Klärungen, 1981, rororo Verlag

Duden Rechtschreibung der deutschen Sprache und der Fremdwörter  
18. Auflage, Bibliografisches Institut Mannheim

Ärztliche Aufklärung, Hg. Friedrich Anton Weiser, 2009, 1. Auflage, Verlagshaus der Ärzte)

Rechtliche Aspekte zur Risikoaufklärung Köbberling J. Haffner S

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1948

Ottawa-Charta der WHO, 1986

Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage, Verlag C.H.Beck

Schara/Brandt, Schmerz 2008 22, online publiziert, Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, Springer Medizin Verlag

Handbuch des österreichischen Arztrechtes. Arzt –Recht – Ethik: Arzt und Recht, 1999, Kurt Stellamor, Johannes W Steiner

## Internetseiten

[Modell.png#mediaviewer/File:Rogers\\_4\\_Stufen-Modell.png](#)

[de.wikipedia.org/wiki/Vier-Seiten-Modell#/media/File:Vier-Seiten-Modell\\_de.svg](#)

# 10 Anhang

## Fragebogen

Aufklärung

Version 1.0 vom 31. 8. 2010

### Postoperative Patientenbefragung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben sich vor drei Tagen einem operativen Eingriff unterzogen. In diesem Zusammenhang wurden Sie von einem Anästhesisten über die Risiken und Komplikationen, die mit einem Anästhesieverfahren verbunden sind informiert.

Wir möchten Sie jetzt darüber befragen, wie Sie das präoperative Aufklärungsgespräch erlebt haben, welche Informationen Sie sich davon noch gemerkt haben und ob wie sie mit der anästhesiologischen Betreuung im Allgemeinen zufrieden waren.

Wir möchten uns jetzt schon für Ihre Mitarbeit herzlich bedanken und wünschen Ihnen auch für den weiteren Heilungsverlauf alles Gute.

Das Anästhesieteam der Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

#### 1. Welches Geschlecht haben Sie?

- Männlich
- Weiblich

#### 2. Wie alt sind Sie?

- Weniger als 25 Jahre
- 25 - 34 Jahre
- 35 - 44 Jahre
- 45 - 54 Jahre
- 55 - 64 Jahre
- 65 - 74 Jahre
- 75 - 84 Jahre
- Älter als 85 Jahre

3. Welchen Schulabschluss haben Sie? (Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

Hauptschule

Matura

Hochschule bzw. Universität

4. Sie haben im Rahmen der stationären Aufnahme einen Aufklärungsbogen über die Narkose erhalten. Von wem haben Sie diesen Aufklärungsbogen ausgefolgt bekommen?

Von der Krankenschwester / pfleger auf der Station

Von einem Arzt

Ich habe keinen Aufklärungsbogen erhalten

5. Haben Sie diesen Aufklärungsbogen vollständig durchgelesen?

Ja

Nein

Ich kann mich nicht erinnern diese Information erhalten zu haben

6. Sie wurden vor der Operation von einem Anästhesisten über die Risiken und Komplikationen des gewählten Narkoseverfahrens aufgeklärt; an welche Risiken können Sie sich noch erinnern? (Mehrere Antworten möglich)

7. Sie wurden vor der Operation auch von einem Chirurgen über die möglichen Risiken und Komplikationen der Operation informiert. An welche dieser möglichen Risiken und Komplikationen können Sie sich erinnern? (mehrere Antworten möglich)

8. Sie haben mit einem Anästhesisten über die Risiken und Komplikationen des gewählten Anästhesieverfahrens gesprochen. Wie beurteilen Sie dieses Prämedikationsgespräch? (mehrere Antworten möglich)

- Die Aufklärung war verständlich
- Die Aufklärung war ausreichend
- Die Aufklärung war zu umfassend
- Die Aufklärung hat mich verängstigt
- Die Aufklärung war unzureichend
- Die Aufklärung war zu kompliziert
- Die Aufklärung war zu medizinisch und unverständlich

- Ich hatte den Eindruck der Anästhesist war in Zeitdruck
- Ich hatte ausreichend Zeit Fragen zu stellen
- Alle Fragen wurden ausreichend beantwortet

9. Wann wurden Sie über die Narkose aufgeklärt?

- Am Vorabend der Operation
- Am Operationstag
- Einige Tage vor der Aufnahme

10. In mehreren österreichischen Gesetzen sind Rechte verankert, die speziell für Patienten gelten. Welche der nachstehenden Rechte glauben sie, sind als Patientenrechte in Geltung bzw. welche Patientenrechte kennen Sie? (Mehrere Antworten möglich)

- Recht auf Informationsmöglichkeit über bestehende Patientenrechte
- Recht auf rücksichtsvolle Behandlung
- Recht auf Verschwiegenheit
- Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlung
- Recht auf Zustimmung oder Verweigerung einer Behandlung
- Recht auf Einsichtnahme in die Krankengeschichte
- Recht auf ausreichende Kontakt- und Besuchsmöglichkeit
- Recht auf seelsorgerische Betreuung
- Recht auf vorzeitige Entlassung
- Recht auf Ausstellung eines Arztbriefes
- Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden
- Recht auf ausreichende Wahrung der Intimsphäre
- Recht auf psychologische Unterstützung
- Recht auf würdevolles Sterben

11. Sind postoperativ irgendwelche Unannehmlichkeiten für Sie aufgetreten, die Sie in einem direkten Zusammenhang mit der Narkose bringen? (Mehrere Antworten möglich)

12. Wenn Sie nicht oder nur unzureichend über die Risiken und Komplikationen des bei Ihnen verwendeten Narkoseverfahrens aufgeklärt worden wären, hätten Sie dann ebenfalls in das gewählte Narkoseverfahren eingewilligt?

ja

nein

Danke für Ihre Mitarbeit!



## proCompliance

Klinikeindruck/Stempel

Patientendaten/Aufkleber

Z 2 DE

## Dokumentierte Patientenaufklärung Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

### Zahnextraktion

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

ein Zahn oder mehrere Zähne müssen gezogen werden. Die betroffenen Zähne sind im Zahnschema angekreuzt. Vor der Zahnextraktion wird die Zahnärztin/der Zahnarzt (im Folgenden nur Zahnarzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden und in die Behandlung einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

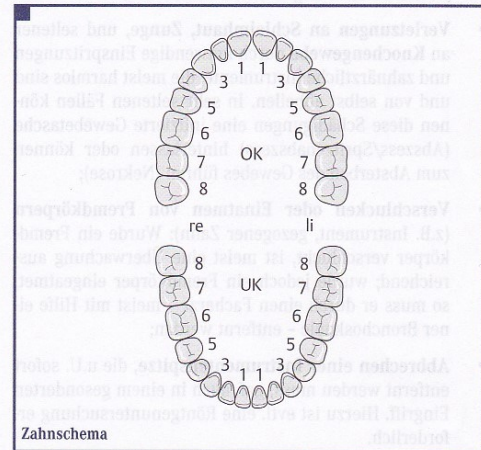
#### ■ Muss der Zahn gezogen werden?

Verschiedene Gründe können dazu führen, dass ein Zahn nicht mehr erhalten werden kann. Der Zahnarzt kreuzt das Zutreffende an:

- Der Zahn ist **stark gelockert** und lässt sich durch Lippen- und Zungendruck bewegen.
- Die **Zahnkrone** ist bis weit unter den Zahnfleischrand zerstört. Die Versorgung mit einer Krone ist **nicht mehr möglich**.
- Es bestehen **chronische Entzündungen im Wurzelspitzenbereich**, bei denen endodontische/chirurgische Behandlungsmethoden nicht zum Abklingen der Entzündung geführt haben.
- Der Zahn ist aufgrund eines fehlenden Gegen- oder Nachbarzahnes **stark herausgewachsen** oder **äußerst stark gekippt**.
- Der Zahn muss **im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung** gezogen werden.
- Sonstige Gründe:**

#### ■ Wie erfolgt die Zahnextraktion?

Die Zahnextraktion erfolgt in der Regel mit Lokalanästhesie - in einzelnen Fällen kann aber auch eine Allgeme-



Dokumentierte Patientenaufklärung · Herausgeber: proCompliance in Thieme Compliance GmbH · Autoren: Prof. Dr. med. dent. M. Pelka, Prof. Dr. Dr. med. M. Farmand · Juristische Beratung: RA Dr. jur. K. Janke · Wiss. Illustration: Alle Rechte bei Thieme Compliance GmbH · © 2012 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. 05/2012v3  
PDF 03/2014  
Bestell-Nr.: DE 824038

meinnarkose erforderlich sein. Diese erklärt Ihnen der Anästhesist.

Nach Wirkungseintritt der Lokalanästhesie löst der Zahnarzt mit einem geeigneten Instrument das Zahnfleisch vom Zahn. Dann fasst er diesen entweder mit der Zange und hebt ihn mit langsamen Bewegungen aus dem Knochen heraus oder drückt ihn mit einem Hebel aus dem Zahnfach. Falls entzündetes Gewebe vorhanden ist, wird es aus der Wunde entfernt. Bei großen Wunden oder bei Extraktion mehrerer benachbarter Zähne wird das Zahnfleisch über der Wunde vernäht. Durch einen Tupfer, auf den Sie für ca. eine halbe Stunde kräftig beißen sollen, wird durch das Zusammenpressen des Wundgebietes die Blutstillung erreicht.

Unter Umständen ist zusätzlich zu einer Naht für eine gewisse Zeit eine Verbandplatte zum Abdecken des Wundgebietes erforderlich. Bei Bedarf werden auch blutstillende Materialien in die Wunde eingebracht.

Zur hier vorgeschlagenen Zahnextraktion gibt es in der Regel keine gleichwertige Alternative.

#### ■ Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Je nach **gesundheitlicher Verfassung, Lebensweise** und **Alter** kann es trotz größter Sorgfalt in Einzelfällen während oder nach dem Eingriff zu Komplikationen kommen, die evtl. eine sofortige Behandlung erfordern und im ungünstigsten Fall auch **lebensbedrohlich** (z.B. Allergie auf Medikamente) sein könnten. Zu nennen sind:

- **Allgemeine Reaktionen:** Änderung des **Blutdruckes**, des **Pulses** oder Nebenwirkungen, die 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.
- **Verletzungen an Schleimhaut, Zunge**, und seltener an **Knochengewebe** durch notwendige Einspritzungen und zahnärztliche Instrumente, die meist harmlos sind und von selbst abheilen. In sehr seltenen Fällen können diese Schädigungen eine infizierte Gewebetasche (Abszess/Spritzenabszess) hinterlassen oder können zum Absterben des Gewebes führen (Nekrose);
- **Verschlucken oder Einatmen von Fremdkörpern** (z.B. Instrument, gezogener Zahn): Wurde ein Fremdkörper verschluckt, ist meist eine Überwachung ausreichend; wurde jedoch ein Fremdkörper eingeatmet, so muss er durch einen Facharzt – meist mit Hilfe einer Bronchoskopie – entfernt werden;
- **Abbrechen einer Instrumentenspitze**, die u.U. sofort entfernt werden muss, ggf. auch in einem gesonderten Eingriff. Hierzu ist evtl. eine Röntgenuntersuchung erforderlich.
- **Blutungen und Nachblutungen**, die in der Regel leicht zu behandeln sind; Schwierigkeiten können auftreten, wenn eine erhöhte Blutungsneigung vorliegt

(Blutgerinnungsstörung) oder bei der Einnahme gerinnungshemmender Medikamente;

- selten **Infektionen**; dadurch kann es zu einer Beeinträchtigung der Wundheilung und zu einer erhöhten Schmerzhaftigkeit im behandelten Bereich kommen. Unterstützend ist dann eine Behandlung mit Antibiotika notwendig;
- selten leichtere **Unverträglichkeitsreaktionen** auf das Betäubungsmittel oder andere Medikamente, die sich z.B. als Hautausschlag, Quaddelbildung oder Juckreiz äußern; äußerst selten **stärkere allergische Reaktionen**, die sich im ungünstigsten Fall als **lebensbedrohlicher** Kreislaufkollaps äußern und eine intensivmedizinische Behandlung erfordern könnten;
- **operative Entfernung des Wurzelrestes**, wenn der Zahn während der Extraktion abbricht und der verbliebene Rest nicht mehr mit der Zange gefasst werden kann. Es kann dann notwendig werden, Teile der Knochenwand operativ abzutragen;
- **Eröffnung der Kieferhöhle**, da die Wurzeln der seitlichen Oberkieferzähne oft nur durch einen dünnen Knochen von der Kieferhöhle getrennt sind; um die Ausbildung einer Kieferhöhlenentzündung möglichst zu vermeiden, wird die Wunde mit einer speziellen Naht dicht verschlossen.
- Bei der Entfernung bestimmter Zähne im Unterkiefer und ungünstiger Lage dieser Zähne besteht die Möglichkeit eines **Kieferbruches**. Dieser erfordert eine weitergehende Behandlung;
- äußerst selten **Schädigung von Unterkiefer- und Zungennerv** bei eventueller Einspritzung von Betäubungsmittel. Es kommt dann zu einer **länger andauernden Gefühllosigkeit** von Zunge und Lippen, die in der Regel von selbst abklingt. In seltenen Fällen können auch dauerhafte **Geschmacksstörungen** und eine **eingeschränkte Mimik**, u.U. mit **hängendem Mundwinkel** zurückbleiben (Folge: ungewollter Speichelaustritt);

#### ■ Worauf ist zu achten?

##### ■ Vor der Zahnextraktion:

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. Bitte **rauchen** Sie auch **nicht**.

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

##### ■ Nach der Zahnextraktion:

Beachten Sie bitte, dass das Reaktionsvermögen nach der Gabe eines Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittels vorübergehend beeinträchtigt ist.

Lassen Sie sich bitte abholen und fragen Sie nach genauen Verhaltensregeln. Sorgen Sie für eine ständige Aufsicht am Tag des Eingriffes. Ferner sollten Sie in diesem Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten und keine wichtigen Entscheidungen treffen**. 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 für etwa 30 Minuten auf einen sterilen Verbandmull oder auf ein sauberes Taschentuch. Falls **Störungen** auftreten, die Sie beunruhigen, wenden Sie sich bitte unverzüglich an Ihren Arzt oder Zahnarzt. Wurde die Wunde mit **Fäden** vernäht, die der Körper nicht auflösen kann, ist eine Entfernung der Fäden nach ca. 10 Tagen notwendig. Eine **Tampnade** des Wundgebietes muss gewechselt werden. Bis der Kieferknochen vollständig regeneriert ist, können 3 bis 6 Monate vergehen. Dies ist unter Umständen für eine spätere prothetische Versorgung wichtig.

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.

■ **Sind weitere Maßnahmen notwendig?**

Nach der Zahnextraktion verbleibt oft eine Lücke. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sie zu schließen:

- Wenn die Lücke innerhalb der Zahnreihe liegt, können die **benachbarten Zähne** als Pfeiler für eine **Brücke** dienen.
- Bei großen Lücken oder bei Lücken, die nicht von Zähnen begrenzt werden, kann zunächst eine **Übergangsprothese** eingesetzt werden, die später durch eine endgültige, **genau angepasste Prothese** ersetzt wird.
- Unter Umständen kann bereits vorhandener, herausnehmbarer **Zahnersatz erweitert** werden.
- Wenn es sich um kleine Lücken handelt und/oder günstige Knochenverhältnisse vorliegen, können evtl. **Implantate (künstliche Zahnwurzeln)** eingepflanzt werden.
- In bestimmten Ausnahmefällen, z.B. bei **Weisheitszähnen** oder einer **verkürzten Zahnreihe**, ist **kein Zahnersatz notwendig**.

Erfolgt keine prothetische Weiterversorgung, können folgende Probleme auftreten: verminderte Kaufähigkeit, Gefahr von Zahnwanderung und -kippungen, Gefahr des Herauswachsens von Zähnen. Dies kann in der Folge zu weiterem Zahnverlust wie auch zu Kiefergelenksbeschwerden führen.

■ **Fragen zum Aufklärungsgespräch?**

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig erscheint (z.B. Dringlichkeit der Behandlung, persönliche Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Aufklärungsgesprächs nicht zu vergessen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

■ **Wichtige Fragen...**

Um Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Geschlecht: \_\_\_\_\_

n = nein j = ja

1. Werden **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herzmittel, Schmerzmittel) eingenommen?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Werden **blutgerinnungshemmende Mittel** (z.B. Marcumar®) eingenommen?  n  j

Wurden in den letzten Tagen **Aspirin®** oder andere acetylsalicylsäurehaltige Medikamente eingenommen?  n  j

2. Wurden **Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen** (z.B. gegen Metalle, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel) beobachtet?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Kam es bei früheren Verletzungen oder Zahnbehandlungen zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**?  n  j

4. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc)?  n  j

Bitte weisen Sie uns darauf hin, wenn bei Ihnen die Möglichkeit einer Infektionserkrankung besteht. Der Zahnarzt, aber auch die Mitarbeiter unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





proCompliance

Klinikeindruck/Stempel

Patientendaten/Aufkleber

MKG 1/MKG 2 DE

Dokumentierte Patientenaufklärung  
Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

### Operative Entfernung von Weisheitszähnen

- Oberkiefer links
- Oberkiefer rechts
- Unterkiefer links
- Unterkiefer rechts

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

bei Ihnen/bei Ihrem Kind soll ein Weisheitszahn entfernt werden. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das bevorstehende Aufklärungsgespräch vorzubereiten und die aufklärungsrelevanten Punkte zu dokumentieren. Bitte lesen Sie alles aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen gewissenhaft.

#### ■ 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 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 und/oder bereits hat;
- weil er die **erfolgreiche Behandlung** einer **parodontalen 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.
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### ■ Wie wird der Eingriff durchgeführt?

Der Eingriff erfolgt bei Ihnen/Ihrem Kind

- in örtlicher Betäubung
- in Analgosedierung/Standby
- in Allgemeinnarkose.

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.

Dokumentierte Patientenaufklärung · Herausgeber: proCompliance in Thieme Compliance GmbH · Empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. · Fachgebietschrs.: Prof. Dr. med. M. Farmand · Autor: Dr. Dr. med. St. Gerlich · Juristische Beratung: RA Dr. jur. K. Janke · Wiss. Illustration: Alle Rechte bei Thieme Compliance GmbH · © 2013 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. 05/2013  
PDF 03/2014  
Bestell-Nr.: DE 604267

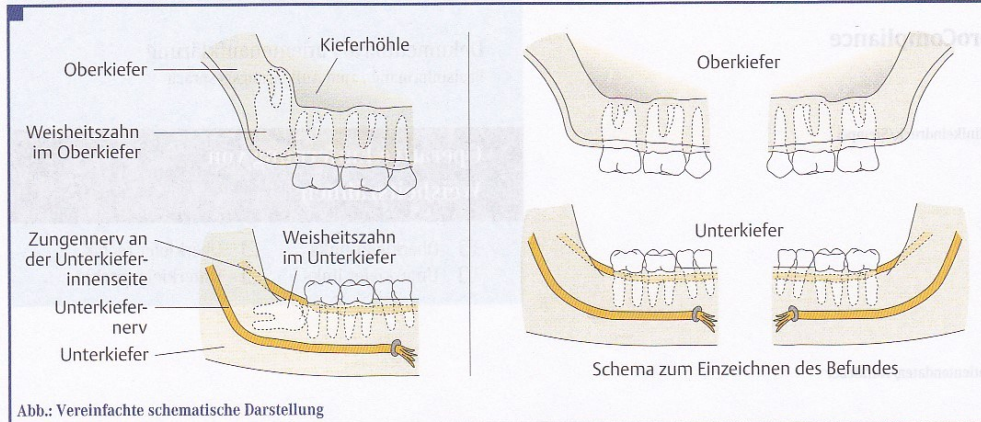


Abb.: Vereinfachte schematische Darstellung

Bei der Analgosedierung/Standby wird zusätzlich zur örtlichen Betäubung noch ein Beruhigungsmittel verabreicht; in diesem Fall werden Sie über das genaue Verfahren und deren Risiken gesondert aufgeklärt. Die Allgemeinnarkose erklärt Ihnen der Anästhesist.

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 Schleimhautlappchen, 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?**

Trotz größter Sorgfalt kann es in Einzelfällen 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 gesundheitlichen Verfassung, Ihrem Alter, Ihrer Lebensweise (z.B. Rauchen) und weiteren Faktoren ab, die aktuell einen Einfluss ausüben. Zu nennen sind:

■ **Allgemeine Risiken von Operationen:**

- **Allgemeine Reaktionen:** Eine Änderung des Blutdruckes, 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, stationäre Aufnahme).
- **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.
- **Narbenbildung:** Es ist selbstverständlich, dass das Operationsgebiet immer unter Narbenbildung abheilt, was dort manchmal zu Wetterfühligkeit, Spannungsegefühl und Reizschmerzzuständen führen kann.
- Sehr selten kommt es auch durch Desinfektionsmittel, Schutzmaterialien und elektrischen Strom zu Haut-/Schleimhautschäden (Rötung, Reizung, oberflächli-

che Verbrennungen). **Druckschäden** (trotz ordnungsgemäßer Lagerung) sind sehr selten.

- **Abbrechen einer Bohrerspitze:** Diese muss in der Regel sofort entfernt werden, evtl. auch in einem gesonderten Eingriff. Zur operativen Entfernung des Gegenstandes ist meist eine Röntgenuntersuchung erforderlich.
- **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], der Herzklappen) 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:** Diese Störungen sind äußerst selten; sie treten v.a. bei längerer Operations- oder Liegezeit, bei Einnahme bestimmter Medikamente (z.B. „Pille“) und bei älteren Patienten auf. Falls bei Ihnen ein erhöhtes Thrombose- und Embolierisiko (Bildung und Verschleppung von Blutgerinnseln) bekannt ist, **was Sie uns ggf. unbedingt mitteilen müssen**, erhalten Sie vorbeugend Medikamente (Thromboseprophylaxe), um möglichen Auswirkungen (z.B. **Schlaganfall mit bleibender Lähmung**) vorzubeugen. Diese notwendige Maßnahme kann jedoch auch zu vermehrter Nachblutung und Blutbildveränderung führen. Bei Verabreichung von Heparin kann zusätzlich eine schwerwiegende Störung der Blutgerinnung (HIT) auftreten, die zu erhöhter Gerinnselbildung und so zu akuten Gefäßverschlüssen führen kann.

#### ■ Spezielle Risiken:

- **Abbrechen feiner Wurzelspitzen:** Je nach Befund werden sie entfernt oder belassen.
- **Verletzung von Nachbarzähnen:** Bei sehr eng stehenden Zähnen kann die Wurzel oder die Krone eines Nachbarzahns angebohrt werden oder sein Nerv verletzt werden; u.U. wäre dann eine Wurzelkanalbehandlung bis hin zur Entfernung des Zahnes erforderlich.
- **Abrutschen des Zahnes bzw. Teilen davon sowie von Knochenstücken in die Weichteile.** Diese müssen meist entfernt werden, evtl. auch erst später. Dazu sind meist Röntgenbilder (z.B. CT, DVT) notwendig.

#### ■ Spezielle Risiken am Oberkiefer:

- Bei Eröffnung der Kieferhöhle oder bei Eindringen abgebrochener Wurzelspitzen in dieselbe kann es zu einer Entzündung kommen; eine Behandlung mit Anti-

biotika und/oder eine Operation (z.B. Entfernung einer Zahnwurzel) kann dann erforderlich sein. Eine operativ verschlossene Kieferhöhle kann sich manchmal wieder öffnen, was eine erneute Operation notwendig macht.

- **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). Diese Gefühlsstörungen können äußerst selten auch **durch die Betäubungsspritze** verursacht werden.

#### ■ Spezielle Risiken am 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 oder verletzt, 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, so dass u.U. vorbeugende Maßnahmen (z.B. prophylaktische Plattenosteosynthese) erfolgen können.
- **Knochenentzündung:** Diese kann auch später (z.B. nach Jahren) auftreten, wenn beispielsweise die Wunde nicht zuheilt. Dies kann 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 (bis hin zur Knochentransplantation) und lange Antibiotikabehandlungen zur Ausheilung erforderlich.

**Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen wichtig oder noch unklar ist!**

**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 im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden von Bedeutung sein könnte (frühere Erkrankungen etc.).

Besprechen Sie die **Einnahme Ihrer bisherigen Medikamente** mit dem Arzt. Sollten Sie Medikamente (z.B. zur „Blutverdünnung“) 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 in den **ersten 24 Stunden** nach dem Eingriff. Ferner dürfen Sie in diesem Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, keine gefährlichen Tätigkeiten** (z.B. Arbeiten an gefährlichen Maschinen oder ohne festen Halt) 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 nach \_\_\_\_\_ Tagen** 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 (anfänglich weiche Kost, Sportverbot etc.) und ein geeignetes Schmerzmittel informiert Sie der Arzt.

Ein **Sportverbot** gilt für \_\_\_\_\_ **Tage/Wochen**

**Wichtige Fragen,**

die Sie sorgfältig beantworten sollten, damit Ihr Arzt Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen kann:

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Geschlecht: \_\_\_\_\_

n = nein j = ja

1. Werden **regelmäßig Medikamente** eingenommen (z.B. Marcumar®, Aspirin®, ASS, Plavix®, Schmerzmittel, Bisphosphonate, Antibiotika, Kortison, Insulin)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2. Werden regelmäßig **Ergänzungspräparate** (z.B. Vitamine) eingenommen?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Sind **Allergien** oder **Überempfindlichkeitsreaktionen** bekannt (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, örtl. Betäubungsmittel, Nahrungsmittel, Jod)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Besteht eine **Bluterkrankung, Blutarmut** oder eine **Gerinnungsstörung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen, blaue Flecken ohne besonderen Anlass)?  n  j

Wenn ja, bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

5. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Besteht eine **Herz- oder Lungenerkrankung** (z.B. Bluthochdruck, erniedrigter Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Bronchialasthma, Emphysem)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Befinden sich **Implantate** (z.B. Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe, Stent) im Körper?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Sind **Stoffwechselstörungen** bekannt (z.B. Zuckerkrankheit, Phenylketonurie, Schilddrüsenerkrankung)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Besteht eine **chronische Erkrankung** (z.B. Krampfleiden, Epilepsie, Grüner Star, Muskelerkrankung)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



# Aufklärungsbogen Wurzelspitzenresektion



proCompliance

Klinikeindruck/Stempel

Patientendaten/Aufkleber

MKG 3 DE

Dokumentierte Patientenaufklärung  
Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

## Wurzelspitzenresektion

am Zahn:	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

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

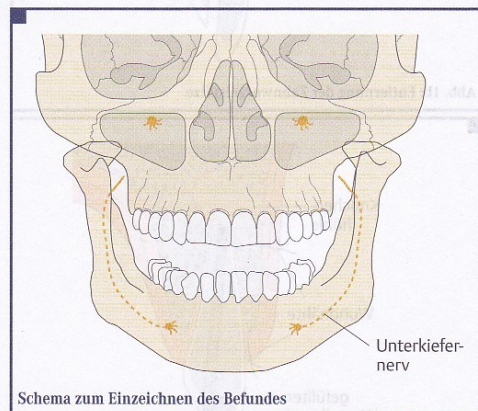
bei Ihnen/bei Ihrem Kind soll eine Wurzelspitzenresektion durchgeführt werden. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das bevorstehende Aufklärungsgespräch vorzubereiten und die aufklärungsrelevanten Punkte zu dokumentieren. Bitte lesen Sie alles aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen gewissenhaft.

### ■ Warum raten wir Ihnen zum Eingriff?

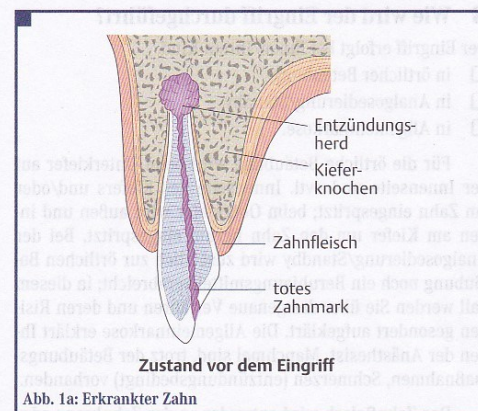
An der Wurzelspitze des im Zahnschema markierten Zahnes liegt eine krankhafte Veränderung vor. Diese Situation besteht,

- wenn die üblichen Wurzelkanalbehandlungen nicht zu einem befriedigenden Resultat geführt haben.

- wenn abnorme Wurzelkrümmungen die übliche Wurzelkanalbehandlung verhindern.
- wenn sich eine größere Entzündung oder Zyste (Hohlraum) gebildet hat (Abb. 1a).
- wenn nach vorangegangener Wurzelspitzenresektion erneut Entzündungen auftreten.
- wenn die Wurzel gebrochen ist (Wurzelfraktur).



Schema zum Einzeichnen des Befundes



Zustand vor dem Eingriff

Abb. 1a: Erkrankter Zahn

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: Prof. Dr. Dr. med. M. Farmand · Juristische Beratung: Dr. jur. K. Janke · Wiss. Illustrationen: Alle Rechte bei Thieme Compliance GmbH · © 2013 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. 05/2013  
PDF 06/2013  
Bestell-Nr.: DE 604046

- wenn möglicherweise eine Geschwulst an der Wurzelspitze oder in deren Nähe vorliegt.

Diese krankhafte Veränderung kann Beschwerden im Kiefer mit starken Schmerzen und/oder Schwellung verursachen oder die Ursache für eine Entzündung sein. Ohne Behandlung werden diese Beschwerden wiederholt auftreten, weiter fortschreiten und evtl. zum Verlust des Zahnes führen. Ein Entzündungsherd an der Wurzelspitze kann aber auch längere Zeit bestehen ohne deutliche Beschwerden zu verursachen. Die Bakterien aus diesem Herd können jedoch woanders im Körper schädliche Auswirkungen haben; zum Beispiel auf Gelenke, Herzmuskel (Endokarditis, Herzklappen, Nieren und andere. Mit einer Wurzelspitzenresektion soll der Versuch unternommen werden, den Zahn zu erhalten und eine entzündungsfreie Situation herzustellen.

**■ Erfolgsaussichten**

Ein Behandlungserfolg kann nicht garantiert werden. Es wird aber alles versucht, um den Zahn zu Erhalten. Der Erfolg dieser Behandlung wird von mehreren Faktoren beeinflusst. Eine gute Abdichtung des Wurzelkanals ist wichtig und auch begleitende Erkrankungen am Zahn, Knochen und Zahnfleisch, sowie die Belastung, welcher der Zahn ausgesetzt ist, spielen eine Rolle. Manchmal kann die Prognose erst während des Eingriffes beurteilt werden. Führt die Wurzelspitzenresektion nicht zum Erfolg oder besteht eine Längsspaltung des Zahnes, was man erst bei der Operation erkennt, muss dieser Zahn – evtl. auch später – entfernt werden.

**■ Behandlungsalternativen**

Die krankhafte Veränderung wird durch Entfernung des Zahnes in der Regel zum Ausheilen kommen. Im Einzelfall kann auch eine erneute Wurzelkanalbehandlung versucht werden. Ihr behandelnder Arzt kann Sie über die Möglichkeiten oder Konsequenzen der alternativen Behandlung, auch darüber, ob diese für Sie in Frage kommen könnten, informieren.

**■ Wie wird der Eingriff durchgeführt?**

Der Eingriff erfolgt bei Ihnen/Ihrem Kind

- in örtlicher Betäubung
- in Analgosedierung/Standby
- in Allgemeinnarkose.

Für die örtliche Betäubung wird beim Unterkiefer auf der Innenseite und evtl. Innenseite des Kiefers und/oder am Zahn eingespritzt; beim Oberkiefer wird außen und innen am Kiefer um den Zahn herum eingespritzt. Bei der Analgosedierung/Standby wird zusätzlich zur örtlichen Betäubung noch ein Beruhigungsmittel verabreicht; in diesem Fall werden Sie über das genaue Verfahren und deren Risiken gesondert aufgeklärt. Die Allgemeinnarkose erklärt Ihnen der Anästhesist. Manchmal sind, trotz der Betäubungsmaßnahmen, Schmerzen (entzündungsbedingt) vorhanden.

Das Zahnfleisch wird entweder an der Zahnkrone oder direkt über der Wurzel zur Seite geschoben und das entzündete Gewebe im Kieferknochen um die infizierte Wurzelspitze herum entfernt (Abb. 1b), dann die infizierte Wur-

zelspitze gekürzt und geglättet. Wenn erforderlich, wird entweder die Wurzelfüllung vollständig erneuert (orthograde Wurzelfüllung), oder der undichte Wurzelkanal mit Füllmaterial im Bereich der Wurzelspitze verschlossen (retrograde Füllung). Abschließend wird die Wunde vernäht (Abb. 1c).

**■ Ist mit Komplikationen zu rechnen?**

Trotz größter Sorgfalt kann es in Einzelfällen 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 **gesundheitlichen Verfassung**, Ihrem **Alter**, Ihrer **Lebensweise** (z.B. Rauchen) und **weiteren Faktoren** ab, die aktuell einen Einfluss ausüben:

**■ Allgemeine Risiken von Operationen:**

- **Allgemeine Reaktionen:** Eine Änderung des Blutdruckes, 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, stationäre Aufnahme).

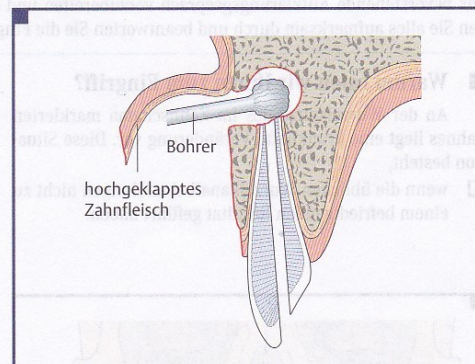


Abb. 1b: Entfernung der Zahnwurzelspitze

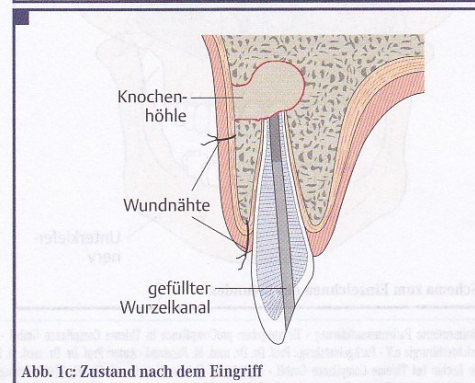


Abb. 1c: Zustand nach dem Eingriff

- **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** (Schwellung, Schmerzen, Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Nervenreizungen) die vor, während oder nach dem Eingriff infolge von Einspritzungen entstehen; 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 Reizschmerzzuständen führen kann.
- **Abbrechen einer Bohrer Spitze:** Diese muss in der Regel sofort entfernt werden, evtl. auch in einem gesonderten Eingriff. Zur operativen Entfernung des Gegenstandes ist meist eine Röntgenuntersuchung erforderlich.
- Sehr selten kommt es auch durch Desinfektionsmittel, Schutzmaterialien und elektrochirurgische Geräte 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], der Herzklappen) 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 eventuell stationär behandelt werden.
- **Thrombose/Embolie:** Diese Störungen sind äußerst selten; sie treten v.a. bei längerer Operations- oder Liegezeit, bei Einnahme bestimmter Medikamente (z.B. „Pille“) und bei älteren Patienten auf. Falls bei Ihnen ein erhöhtes Thrombose- und Embolierisiko (Bildung und Verschleppung von Blutgerinnseln) bekannt ist, **was Sie uns ggf. unbedingt mitteilen sollten**, erhalten Sie vorbeugend Medikamente (Thromboseprophylaxe), um möglichen Auswirkungen (z.B. **Schlaganfall mit bleibender Lähmung**) vorzubeugen. Diese notwendige Maßnahme kann jedoch auch zu vermehrter Nachblutung und Blutbildveränderung führen. Bei Verabreichung von Heparin kann zusätzlich eine schwerwiegende Störung der Blutgerinnung (HIT) auf-

treten, die zu erhöhter Gerinnungsbildung und so zu akuten Gefäßverschlüssen führen kann.

#### ■ **Spezielle Risiken:**

- **Nervverletzungen:** Da der Unterkiefer nerv manchmal sehr nahe an den Wurzeln der Zähne liegt, kann es bei der Wurzelspitzenresektion von Zähnen des Unterkiefers zu einer Beeinträchtigung/Verletzung des Unterkiefer nervs kommen; die Folge ist eine **Gefühlsstörung** vor allem der **Unterlippe, der Schleimhaut und der Zähne**.  
Auch beim Oberkiefer könnten im ungünstigsten Fall aufgrund von Nervverletzungen Gefühlsstörungen im Bereich des Oberkieferkammes und Gaumens auftreten.  
Diese zuvor genannten Gefühlsstörungen (z.B. taube Lippe) können vorübergehend, aber auch - selbst nach entsprechenden Folgeeingriffen (z.B. Nervennaht) - dauerhaft sein. Eine Bewegungsstörung der Zunge oder der Unterlippe besteht in keinem Fall. Diese Gefühlsstörungen können äußerst selten auch **durch die Betäubungsspritze** verursacht werden.
- **Verletzung von Nachbarzähnen:** Bei sehr eng stehenden Zähnen kann die Wurzel eines Nachbarzahns angebohrt werden oder sein Nerv verletzt werden; u.U. wäre dann eine Wurzelkanalbehandlung bis hin zur Entfernung des Zahnes erforderlich.
- **Abrutschen der abgetrennten Wurzelspitze** sowie von Knochenstücken **in die Weichteile**.
- **Eröffnung der Kieferhöhle:** Im Oberkiefer reichen die Wurzeln von Backenzähnen oft bis in die Kieferhöhle, weshalb diese manchmal bei der Operation eröffnet wird. Diese Wunde muss mit einer speziellen Naht dicht verschlossen werden. Eventuell muss für einige Tage eine Verbandplatte getragen werden. Gelegentlich kann Wurzelfüllmaterial oder die abgeschnittene Wurzelspitze in die Kieferhöhle geraten, welches operativ wieder entfernt werden muss. Selten kann sich eine Entzündung der Kieferhöhle entwickeln, die einen chirurgischen Eingriff, den Einsatz von Antibiotika oder auch die Entfernung des Zahnes erfordern kann.
- **Knochenentzündung:** Diese kann auch später auftreten, wenn beispielsweise die Infektion nicht ausheilt. Eine adäquate Therapie (z.B. Zahnextraktion, Antibiotikagabe, Operation) ist dann notwendig.

Über eventuelle spezielle Risiken in Ihrem Fall klärt Sie der Arzt im Gespräch näher auf.

**Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen wichtig oder noch unklar ist!**

#### ■ **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 im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden von Bedeutung sein könnte (frühere Erkrankungen etc.).

Besprechen Sie die **Einnahme Ihrer bisherigen Medikamente** mit dem Arzt. Sollten Sie Medikamente (z.B. zur „Blutverdünnung“) 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 in den **ersten 24 Stunden** nach dem Eingriff. Ferner dürfen Sie/darf Ihr Kind in diesem Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, keine gefährlichen Tätigkeiten** (z.B. Arbeiten an gefährlichen Maschinen oder ohne festen Halt) 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 **Schwellungen** und eventuell zu **Blutergüssen**, die wieder zurückgehen. Sollten **Schmerzen** auftreten, kann man diese sehr gut mit Schmerzmitteln beheben. In manchen Fällen kann die Mundöffnung eingeschränkt sein.

Sollte es zu einer **Nachblutung** kommen, drücken Sie mit einem Taschentuch, eventuell mit Kühlbeutel, auf die Lippe oder die Wange. **Sollte die Blutung nicht aufhören oder sollten andere Störungen auftreten, die Sie beunruhigen, wenden Sie sich bitte sofort an Ihren Arzt!**

In manchen Fällen ist neben **Schmerzmitteln** zusätzlich die Anwendung eines **Antibiotikums** notwendig.

Über weitere Verhaltensregeln (anfänglich weiche Kost, Sportverbot etc.) und ein geeignetes Schmerzmittel informiert Sie der Arzt.

Ein Sportverbot gilt für \_\_\_\_\_ Tage/Wochen

■ **Wichtige Fragen,**

die Sie sorgfältig beantworten sollten, damit Ihr Arzt Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen kann:

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Geschlecht: \_\_\_\_\_

n = nein j = ja

1. Werden **regelmäßig Medikamente** eingenommen (z.B. Marcumar®, Aspirin®, ASS, Plavix®, Schmerzmittel, Bisphosphonate, Antibiotika, Kortison, Insulin)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2. Sind **Allergien** oder **Überempfindlichkeitsreaktionen** bekannt (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, örtl. Betäubungsmittel, Nahrungsmittel, Jod)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Besteht eine **Bluterkrankung, Blutarmut** oder eine **Gerinnungsstörung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen, blaue Flecken ohne besonderen Anlass)?  n  j

Wenn ja, bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

4. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Besteht eine **Herz- oder Lungenerkrankung** (z.B. Bluthochdruck, erniedrigter Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Bronchialasthma, Emphysem)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Befinden sich **Implantate** (z.B. Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe, Stent) im Körper?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Sind **Stoffwechselstörungen** bekannt (z.B. Zuckerkrankheit, Phenylketonurie, Schilddrüsenerkrankung)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Besteht eine **chronische Erkrankung** (z.B. Krampfleiden, Epilepsie, Grüner Star, Muskelerkrankung)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. War früher schon einmal eine **Operation** erforderlich?  n  j

Wenn ja, wann und aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

Wenn ja, gab es dabei Probleme?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

9. War in letzter Zeit eine **ärztliche Behandlung** notwendig?  n  j

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

