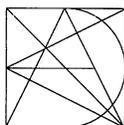




ZPA

ZEITSCHRIFT FÜR
PRAKTISCHE AUGENHEILKUNDE

14. JAHRGANG 1993



KADEN

DR. REINHARD KADEN VERLAG
HEIDELBERG

Inhaltsverzeichnis

Originalien und Übersichten

- Berger, B.: Diabetische Retinopathie im Visier 145
- Boergen, K.-P.: Schieloperation in Tropfanästhesie bei endokriner Orbitopathie 301
- Boergen, K.-P.: Augenmuskelveränderungen und ihre Folgen bei endokriner Orbitopathie 351
- Bouska, W.: Sehvermögen und Verkehrsunfallgeschehen aus legislativer und administrativer Sicht 199
- Böker, E., Krause, G., Oberländer, H.: Der okuläre Belastungstest 447
- Brewitt, H.: Physiologie und Pathophysiologie des Tränenfilms 25
- Buschmann, W., Brunner, F. X.: Ergebnisse der Orbitadekompressionsoperation bei endokriner Orbitopathie 311
- Butzko, C., Kaden, P., Mittermayer, C., Stolze, H.: Biokompatibilität von Kontaktlinsen-Neutralisations und -Benetzungsflüssigkeiten 109
- Draeger, J., Schwartz, R., Stern, C.: Wahrnehmung im Flugverkehr 209
- Effert, R., Barry, J. C., Kaupp, A., Kleine, M.: Computersystem zur digitalen Anwendung des Purkinje-Reflexmusters-Verfahrens für die Schielwinkelmessung 330
- Ehrich, W.: Ärztliche Beiträge zur Entwicklung der Kontaktlinsen in den ersten 50 Jahren – Diagnoseschalen und Hydrodiaskop 117
- Eisenmenger W., Penning R.: Die Aufklärungspflicht des Augenarztes 193
- Esser, J.: Ergebnisse von Kortikoid- und Strahlentherapie bei endokriner Orbitopathie 250
- Esser, J.: Ergebnisse der Einmuskelchirurgie bei endokriner Orbitopathie 280
- Faber, E.: Augenoptiker: Berufsverband gespalten 135
- Faber, E.: Zentralverband der Augenoptiker: Vorstand untragbar? 131
- Friedel, B.: EG-Führerschein 189
- Gerdes, P.: Ein außergewöhnlicher Australier und begnadeter Augenarzt 507
- Gerding, H., Busse, H.: Refraktionsprobleme bei Frühgeborenen 453
- Gerling, J., Jung, E., Kommerell, G.: Retrobulbärbestrahlung bei endokriner Orbitopathie 265
- Gerste, R. D.: Augenärzte sind vorbildliche Sparer 231
- Gerste, R. D.: Die Kontaktlinse – den Herausforderungen gewachsen 123
- Gerste, R. D.: EFA 93 – Der erste Tag 235
- Gerste, R. D.: In memoriam Gerd Meyer-Schwickerath 233
- Gerste, R. D.: Undank war eines großen Arztes Lohn 243
- Gerste, R. D.: Die Sehhilfe des genialen Rebellen 73
- Gerste, R. D.: Glaukom – eine Krankheit und viele Faktoren 67
- Gerste, R. D.: Glaukombewußtsein – es bleibt viel zu tun 49
- Gerste, R. D.: Jahrestagung 1993 der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft 397
- Gerste, R. D.: Fortbildungstagung der Universitätsaugenklinik Köln 429
- Göbbels, M.: Die Therapie des trockenen Auges 13
- Happe, W., Mühlendyck, H.: Ergebnisse einer Nystagmusberuhigung bei Zapfendysplasie 335
- Hempel, J.: Krankenversichertenkarte 487
- Herkowitz, R.: Biokompatibilität von Pflegemitteln für harte und gasdurchlässige Kontaktlinsen 113
- Höfling, G.: Binokularsehstörungen und Legasthenie 61
- Huismans, H.: Sporadisches Marfan-Syndrom 389
- Huismans, H.: Sick-Building-Syndrom 461
- Jaeger, W.: Historische Entwicklung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des trockenen Auges 37
- Kaden, R.: EBM-Reform geht wieder von vorne los 481
- Kaden, R.: Angebliche Falschaussagen richtig und durch Dokumente belegbar 221
- Kaden, R.: Bescheidsagen ist angezeigt 129
- Kaden, R.: Brillenbestimmung beim Augenarzt 55
- Kaden, R.: EBM-Reform auf Zick-Zack-Kurs 441
- Kaden, R.: Fallpauschalen und Sonderentgelte für Operationen im Werden 229
- Kaden, R.: GOÄ-Novelle eher eine Tragikomödie 405
- Kaden, R.: Gesundheits-Struktur-Gesetz 1993: Wissenswertes für die Praxis 5
- Kaden, R.: Im Focus: die besten Ärzte 161
- Kaden, R.: KBV-Honorarpläne in der zweiten Runde 357
- Kaden, R.: Nicht wie im Tollhaus 407
- Kaden, R.: Optometrist hierzulande keine Berufsbezeichnung 365
- Kaden, R.: Rund ums Glaukom 417
- Kienecker, Ch., Höh, H., Ruprecht, K. W.: Kontaktlinsenanpassung nach refraktiver Chirurgie der Hornhaut 91
- Kober, P.: Anforderungen an das Fahrpersonal im schienengebundenen Verkehr bei europäischen Eisenbahngesellschaften 203
- Koch, J. M.: Rationelle Diagnostik von Benetzungstörungen des Auges 31
- Kolling, G. H.: Postoperative Parese eines rückgelagerten M. rectus inferior bei Patienten mit endokriner Orbitopathie 293
- Kommerell, G.: Neurochirurgische Erweiterung der Augenhöhle zur Behandlung schwerer endokriner Orbitopathien 307
- Kraffel, G.: Derzeitiger EBM-Honorarentwurf ungerecht 359
- Kraffel, U.: Tagung der Berlin-Brandenburgischen Augenärztlichen Gesellschaft 1992 155
- Krzizok, Th., Efinger, K., Kaufmann, H.: Dosierbarkeit von Augenmuskeloperationen bei endokriner Orbitopathie 273
- Kypke, W.: Refraktive Chirurgie: Derzeitiger Stand in Deutschland 84
- Lachenmayr, B. J.: Wahrnehmung im Straßenverkehr 171
- Lange, W., Nölle, B.: Gebräuchliche Kontaktlinsenpflegesysteme und deren chemische Zusammensetzung 105
- Lund, O.-E.: Die speziellen Probleme des älteren Kraftfahrers 185
- Manthey, K.F., Pleyer, U., Bialasiewicz, A.: Uveitis intermedia 369
- Müller, A.J., Vivell, P.M.O., Lachenmayr, B.J.: Welche ophthalmologischen Funktionsstörungen führen häufig zur Verweigerung oder Beschränkung der Fahrerlaubnis 177



Nüßgens, Z., Czerwonka, B., Roggenkämper, P.: Untersuchungen mit dem neuen Lang-Test 325

Ohe, N. von der, Brewitt, H.: Nachbenetzung von Kontaktlinsen – eine ophthalmologische Notwendigkeit? 101

Piper, H. F.: Historischer Rückblick zur Arbeit der Verkehrskommission der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft 165

Riesmeier, M.: Verbandlinsen 121

Schäfer, W. D., Zeschitz, M., Sokol, R. Th.: Visuelle Stimulation bei geistigbehindert-sehgeschädigten Kindern 339

Schiltenswolf, Chr.: 65. Versammlung der Vereinigung Rhein-Mainischer Augenärzte 43

Schmidt, M., Döring, Ch., Lanzl, I.: Klinische Erfahrungen mit Kollagenlinsen 95

Schmitt, N.: Oh, wie gemeinsam unsre Herzen schlagen 3

Schneider, S.: Unsinn in den neuen Beihilferichtlinien ab 1.1.1992 59

Schneider, T.: 1. Rostocker Ultraschallkurs: Teil I 475

Schneider, T.: 1. Rostocker Ultraschallkurs: Teil II 499

Schneider, T.: Ein Symptom und viele Ursachen 452

Schneider, T.: Tränenweg-Stenose bei Säuglingen: Geduld als wichtigstes Therapieprinzip 459

Schneider, T.: Ultraschalldiagnostik 153

Schneider, T.: Wie entsteht die diabetische Retinopathie? 225

Schneider, T.: „Wagenburgmentalität“ oder „Wo steht der Feind“? 437

Scholz, R.: Wahrnehmung im Schiffsverkehr 206

Schulte-Strathaus, R.: Arzt-Patienten-Verhältnis 491

Schulz, E., Kothé, G.: Subjektive und objektive Zyklodeviation vor und nach Augenmuskel-Operation 345

Ulbig, M., Kampik, A.: Pharmakologische Therapie bei diabetischer Retinopathie 379

Weidlich, R.: Zur Bedeutung der Sehschärfebestimmung bei Screeninguntersuchungen von Vorschulkindern 321

Weidner-Ratzel, J.: Augeninnendruck bei Augenärzten 427

Werner, W.: 77. Jahrestagung der Württembergischen Augenärztlichen Vereinigung 469

Zrenner, E.: Ungenügende Versorgung Sehbehinderter in Deutschland 215

Sachregister

Aktuelles Urteil
– Fax-Sendebericht 484

Albinismus 44

Alternativmedizin
– Patienteninteresse 439

Altersgrenze für Vertragsärzte 7

Arbeitsunfähigkeit
– Auskunftspflicht 1

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
– Sozialbehörde 412

Arzneimittelbudget 8, 217, 363

Arzneimittelrichtlinien 142, 162

Arzneimittelreport 231

Arzneimittelnebenwirkungen
– Ibuprofen 396
– Omeprazol 396

Arzt-Patienten-Verhältnis 491

Assistenten
– ophthalmologisch-technische 409

Atrophia gyrata 45

Aufklärungspflicht, Augenarzt 193

Augeninnendruck 5
– Augenärzte 427

Augenmuskelparesen 239
– Therapie 241

Ärzte, die besten 161

Bates-Kurse 412

Bedarfsplanungsrichtlinien 143, 163

Behandlung, vor- und nachstationäre 10

Beihilfe
– Kontaktlinsen 483
– Richtlinien 59

Belastungstest, okulärer 447

Betablocker 224

Bifokalbrille, Erfinder 73

Borreliose 47

Botulinumtoxin 402

Brillenbestimmung
– Augenarzt oder Optiker 55

Buchbesprechung
– Glaukom 506
– Perimetrie 1126
– Ungeahnte Bilder 41
– Von Linsen, Lupen und magischen Skopen 48

Chipkarte 485

Cordarone, Nebenwirkungen 159

Cyclopentolat-Sucht 192

Diabetes mellitus 228

Diabetische Retinopathie 30, 145
– Blutzuckerspiegel 163
– Entstehung 225
– Therapie, medikamentöse 379

Diagnoseschlüssel 12, 483

EG-Führerschein 189

Eidetik 238

Epiphora 452

Fachkunde 409

Fahrtauglichkeit
– einschränkende ophthalmologische Störungen 177
– Eisenbahnpersonal 203
– Flugzeug 209
– Kraftfahrzeuge 171, 177, 185, 189, 199
– Schiff 206
– Wiedererteilung 4

Fahrtkostenerstattung 10

Festbeträge
– Chloramphenicol, Pilokarpin 361

Flugverkehr
– Wahrnehmung 209

Focus 161

Franklin, Benjamin 73

Gebührenordnung
– Ambulantes Operieren 163
– BMÄ-Gebührenordnung geändert 443
– Begutachtung 130
– Beihilferichtlinien 59
– Bewertung, analoge 52
– E-GO geändert 443
– EBM-Neugliederung 357, 359, 445
– Fallpauschalen 229
– GOÄ, Honorarverträge 368
– GOÄ, Honorarvergleich 413
– GOÄ, Neufassung 216, 405
– Neue Leistungsposition 163
– Nummer 1205 230
– Nummer 7200 52
– Nummer 7200 81
– Nummer 8 BMÄ geändert 52
– Versandpauschalen 130
– Zuschläge BMÄ-Nr. 80-84 130
– Zeitschriften 52

Gemeinschaftspraxis
– Erfahrungen 3

Gesetzliche Krankenversicherung
– FDP-Konzept 482
– Zuzahlung 484

Gesundheits-Struktur-Gesetz 5

Gigantopapilläre Konjunktivitis
– Meibom-Drüsenstörung 120

Glaukom 49, 417, 469
– bei Augenärzten 427
– Blutdruck 67
– Diagnostik 418
– Druckverlauf 426
– Filtrationseingriffe 420
– Geisterzellen 412
– Kataraktextraktion 30
– Körperposition 158
– Mitomycin 67
– Prävalenz 467
– Risikofaktoren 67
– Sickerkissenverklebung 223
– Therapie 420, 430
– Timolol-Gel 67

- Tränenpunktkompression 63
- Typ IV-Kollagen 67
- Umfrage bei Laien 49
- malignes 433
- Gonoblennorrhoe
 - Credé'sche Prophylaxe 108
- HIV
 - Stichverletzung 150
 - Tränenflüssigkeit 440
- Halluzinationen 238
- Hausbesuch, Unterlassung 192
- Headgears, Augenverletzungen 152
- Hepatitis A-Impfung
 - Impfschutz 51
- Hollows, Fred 507
- Honorarverträge, formularmäßige 350
- ICD 9, 12, 483
- Initiativgruppe „Früherkennung diabetischer Augenerkrankungen“ 149
- Intraokularlinsen
 - No-stitch-Methode 156
- Kapsulotomie
 - Druckanstieg 440
- Kassenarztstätigkeit
 - Arzneimittelbudget gesichert? 154
 - Bedarfsplanungsrichtlinien 143
 - Hausarztmodell 217
 - KL-Vertrag BVA, VdAK/AEV 444
 - Laborärzte-Prozeß 446
 - Ultraschalldiagnostik: Qualifikation 151, 153
 - Zulassungsbeschränkung 217
- Kataraktextraktion
 - Antikoagulationstherapie 150
- Keratektomie, photorefraktive 411
- Keratitis, herpetische
 - Excimerlaserbehandlung 497
- Keratokonjunktivitis
 - Fluorophotometrie 446
- Kollagenlinsen 95
- Kontaktlinsenprozeß 129
- Kontaktlinsen
 - Anpassung 91
 - Astigmatismus 1
 - Desinfektionsmittel 126
 - HIV-Infektion 128
 - Historie 117
 - Indikationskatalog 367, 412
 - Komplikationen 108
 - Nachbenetzung 101
 - Neutralisations- und Benetzungsflüssigkeiten 109
 - Pflegemittel 105, 113
 - gigantopapilläre Konjunktivitis 120
- Kraftfahrer, ältere
 - Probleme 185, 199
- Krankenversichertenkarte 11, 487
- Lang-II-Test 325
- Laserkeratomileusis 159, 411, 497
- Legasthenie
 - Binokularstörung 61
- Lidätowierung: Entfernung mit CO₂-Laser 160
- Magnetfelder 164
- Makuladegeneration, senile
 - Risiko 65
- Makuladystrophie, juvenile 198
- Makulaloch
 - Gasinsufflation 401
- Marfan-Syndrom 389
- Metastasen, okuläre 45
- Myopie, Therapie 440
- Niederlassung 446
- Nystagmusberuhigung 335
- Operieren, ambulantes
 - Honorar 9
- Optometrist 154
 - Berufsbezeichnung 365
 - Katarakt-Op. 439
 - ZVA 219, 220
- Optonia 416
- Orbitopathie, endokrine
 - Augenmuskeloperationen 273, 280, 293, 301, 351
 - Dekompressionsoperation 307, 311, 316
 - Kortikoidtherapie 251
 - Strahlentherapie 251, 265
- Papillen-Nervenfasern-Index 400
- Phenylephrin 159
- Photoablative Refraktionschirurgie (PRK) 159
 - Halo-Sehen 125
 - instabile Ergebnisse 124, 1241
 - photorefraktive Keratotomie 88
- Piloten
 - Sichtbehinderung 495
- Pocken 58
- Praxisabgabe 6
- Praxisassistenten 6
- Praxisführung
 - Gesundheitsstrukturgesetz 79
- Qualitätssicherung 485
- Refraktive Hornhautchirurgie 84, 87
- Regreß 464
- Retinitis pigmentosa
 - Fahrverhalten 184
- Retinopathia praematurorum
 - Refraktion 453
- Richtgrößen 7, 363
- Sarkoidose, okuläre 436
- Sartre, Jean-Paul
 - Augenleiden 72
- Schielwinkelmessung, objektive 330
- Screening
 - Sehschärfe 321
- Sehschädigung
 - Stimulation, visuelle 339
- Versorgung, ungenügende 215
- Sehschärfen-Screening 321
- Sehtest
 - ältere Kraftfahrer 185, 199
- Sicca-Syndrom
 - siehe Trockenes Auge 13
- Sick-Building-Syndrom 461
- Statistik
 - 17,3% mehr Augenärzte 483
 - Arzneimittelkosten 51
 - Arzneimittelverordnung 163, 364, 439
 - Augenärzte, Einkommen 415
 - Augenärztliche Leistungen 367
 - Ausgaben der Betriebskrankenkassen 162
 - Diabetes mellitus 228
 - Fallzahlenentwicklung 51
 - Glaukom, Kenntnisstand 49
 - Honorarvergleich 413
 - Verordnungen, GKV 53
- Steuerminderung
 - Brille 368
- Szily, Aurel v. 243
- Tränenfilm
 - Pathophysiologie 25
- Tränenpünktchen
 - Kompression 63
 - Verschuß 18
- Tränenwegstenose 459
 - Therapieplan 81
- Trockenes Auge
 - Betablocker 24
 - Diagnostik 31
 - Geschichte 37
 - Konservierungsmittel 17
 - Therapie 13
- Ultraschalldiagnostik 475
- Ultraschallechographie 499
- Uveitis intermedia 369
- Verbandlinsen 121
- Verkehrskommission der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft 165
- Verkehrsunfall
 - Sehvermögen 199
- Visuelle Stimulation 339
- Visuelles System
 - Anatomie und Topographie 235
- Wahrnehmung
 - Flugverkehr 209
 - Straßenverkehr 171
- Weiterbildung, Augenarzt 408
- Weiterbildungsassistenten 446
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen 7
- Zentralarterienverschluß 46, 47
- Zentralverband der Augenoptiker 129, 131
- Zyklodeviation 345
- Zystinose 43

Die Aufklärungspflicht des Augenarztes

(Informed Consent in Ophthalmology)

W. Eisenmenger, R. Penning
Institut für Rechtsmedizin der Universität München
(Vorstand: Prof.Dr.med. W. Eisenmenger)

Zusammenfassung: In den letzten Jahren sind Fragen der Aufklärung des Patienten zu einem zentralen Punkt der Rechtsprechung in der Bundesrepublik Deutschland geworden, und zwar sowohl im Zivil- wie im Strafrecht. Die Urteile befaßten sich hierbei mit den Problemen, wer wen, wie, wann und worüber aufzuklären habe und wie der Nachweis hierüber zu führen sei. Vier bestimmende Faktoren haben sich herauskristallisiert: typische Komplikationen, Dringlichkeit eines Eingriffs, Größe des Risikos und der intellektuelle Status und die Erfahrung des Patienten. Da Störungen des Gesichtssinnes von eminenter Bedeutung für die Verkehrstauglichkeit sind, kommt der Aufklärung über diagnostische Erkenntnisse wie auch über Auswirkungen jedweder Therapie in der Ophthalmologie große Bedeutung für alle Teilnehmer am Straßenverkehr zu. Dies wird anhand von Beispielen und Urteilen erläutert.

Z. prakt. Augenheilkd. 14: 193-197 (1993)

Die Aufklärung des Patienten ist – mit Ausnahme des Kastrations- und Arzneimittelgesetzes – im deutschen Recht nicht gesetzlich geregelt, sondern im Laufe der Jahre ausschließlich durch Urteile der Obergerichte in ihren Einzelheiten festgelegt worden. Daß es hierbei zu zum Teil widersprüchlichen Urteilen kam, hat verschiedene Gründe: Zum einen hat der wissenschaftliche Fortschritt neben ständig steigenden Chancen für Diagnostik und Therapie auch die Gefahr neuer Risiken und Komplikationen gebracht. Zum anderen ist jeder Fall anders gelagert, aber auch jedes Richterorgremium in seiner Meinungsbildung verschieden.

Z. prakt. Augenheilkd. 14: 193-197 (1993)

Summary: For several years now the informed consent of patients has become a major issue in West Germany's medical malpractice jurisdiction. In civil law as well as in criminal law numerous major court decisions set up exact modalities. Four factors proved to be most important: typical and unexpected dangers of treatment, urgency of treatment, probability of risks and failure, patients' intellectual capacity and knowledge. Impairments of the visual sense may gravely influence traffic safety. So patients in ophthalmology have to be scrupulously informed about any diagnosis or treatment interfering with traffic safety. Court decisions and cases are presented.

Z. prakt. Augenheilkd. 14: 193-197 (1993)

Will man eine Zusammenstellung über die Aufklärungspflicht des Augenarztes geben, so gilt es zunächst, Allgemeingültiges zu sammeln und dann die fachspezifischen Probleme zu ergänzen.

Rechtliche Grundlagen der Aufklärungspflicht

Im deutschen Strafrecht gilt jeder ärztliche Heileingriff grundsätzlich als Körperverletzung. Vier Punkte müssen

erfüllt sein, damit diese Körperverletzung nicht rechtswidrig ist und deshalb ohne Strafe bleibt:

- ◆ der Eingriff muß indiziert sein,
- ◆ der Patient muß in den Eingriff eingewilligt haben,
- ◆ der Eingriff muß nach den Regeln ärztlicher Kunst vorgenommen werden und
- ◆ er darf nicht gegen die guten Sitten verstoßen.

Die Aufklärung des Patienten ist deshalb erforderlich, weil nur so dem zweiten Punkt – der Einwilligung des Patienten – Rechnung getragen werden kann: Erst wenn der Patient juristisch ordnungsgemäß aufgeklärt wurde, kann er auch rechtswirksam einwilligen. Die Beweislast liegt im Strafrecht immer bei der Staatsanwaltschaft, die dem Beschuldigten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit etwas nachweisen muß, auch eine behauptete unterlassene bzw. unzureichende Aufklärung.

Im Zivilrecht, in dem es bei Patientenklagen immer um Schadensersatz oder Schmerzensgeld geht, ist die Aufklärung Teil der Vertragspflichten. Grundsätzlich muß der Kläger – im Arzthaftungsprozeß also der Patient – seine Behauptung eines Kunstfehlers und daraus entstandener Folgen, der Arzt allerdings die ordnungsgemäß erfolgte Aufklärung beweisen. Dies hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, daß – war es einem unzufriedenen Patienten nicht möglich, einen Behandlungsfehler des Arztes zu beweisen – aus prozeßtaktischen Gründen immer häufiger eine unzureichende oder fehlende Aufklärung behauptet wurde, weil der Nachweis des Gegenteils vom Arzt geführt werden mußte.

Es kann daher auch nicht verwundern, daß fast alle obergerichtlichen Urteile in Zivilverfahren ergangen sind, in denen letztenendes, wenn es sich nicht um grobe Fahrlässigkeit handelt, die Haftpflichtversicherung für den Schaden geradestehen muß.

Man darf allerdings das Problem nicht einäugig sehen. Wenn man sich an die eigene Medizinalassistentenzeit erinnert, dann wird man meist zugestehen müssen, daß damals die Aufklärung des Patienten sehr im argen lag. Wer hätte nicht erlebt, daß Patienten operiert wurden, ohne daß mit ihnen über Diagnose, Risiken, Aussichten und Ver-

lauf gesprochen wurde. Diese Selbstherrlichkeit bedurfte wirklich eines Wandels, der wohl erst durch die Rechtsprechung in Gang gesetzt wurde.

Rechtlich begründet wird die Patientenautonomie mit dem Grundgesetz. Die Verfassung garantiert jedem Menschen Achtung und Schutz seiner Würde und Freiheit und sein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Parallel hierzu verlangt die Einordnung der Arzt-Patienten-Beziehung als Vertrag im Zivilrecht, daß der Vertragspartner Patient vom Arzt als selbstverantwortlicher Partner geachtet wird.

Arten der Aufklärung

Die vielfältigen Auswirkungen, die eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung für den Patienten haben können und die immer wieder neue Entscheidungen verlangen, haben dazu geführt, daß eine verwirrende Vielfalt von Begriffen zu den jeweiligen Schritten und Arten der Aufklärung geschaffen wurde. Deutsch [2] unterscheidet zwischen Diagnoseaufklärung, Verlaufsaufklärung, Risikoaufklärung, Aufklärung über Nichtbehandlung, Sicherheitsaufklärung und wirtschaftlicher Aufklärung. Aus den Begriffen ist zumeist deren Bedeutung ableitbar. So bedeutet z. B. Diagnoseaufklärung die Information des Patienten über einen Untersuchungsbefund, das heißt, ob er krank ist und gegebenenfalls an welcher Krankheit er leidet. Erklärungsbedürftig sind wohl die Begriffe: Sicherungsaufklärung und wirtschaftliche Aufklärung. Die Sicherungsaufklärung umschreibt E. Deutsch so: Sie stelle keine echte Aufklärung dar, sondern solle den Patienten vor Folgen insbesondere in seinem Verhalten warnen. Beispielhaft nennt er Konsequenzen in seinem Buch „Aufklärung und Einwilligung im Arztrecht“ durch mögliche Folgen einer Anästhesie oder medikamentösen Therapie, speziell bei der alsbaldigen Teilnahme am Straßenverkehr nach der Behandlung. Den „modernsten“ Teilaspekt umfaßt die sogenannte wirtschaftliche Aufklärung: Der Arzt soll seinen Patienten nicht nur über die medizinischen Alternativen der Behandlung, sondern auch über deren Kosten und die Übernahme durch den Krankenversicherer beraten.

Modalitäten der Aufklärung

Zu den Modalitäten der Aufklärung gibt es eine Vielzahl von Urteilen, wobei vier Hauptgesichtspunkte von Bedeutung sind:

- ◆ Dringlichkeit des Eingriffes,
- ◆ Komplikationsdichte,
- ◆ Größe des Risikos,
- ◆ Intellektueller Status und Erfahrung des Patienten.

Bezüglich der Dringlichkeit eines Eingriffes gilt, daß sie umgekehrt proportional zur Ausführlichkeit der Aufklärung ist. Sofortige Intervention bei absoluter Lebensgefahr verlangt nur minimale Aufklärung, ein kosmetischer Eingriff dagegen umfangreiche Darlegungen auch entfernt liegender Komplikationen. Bezüglich der Komplikationsdichte hat die Rechtssprechung festgelegt, daß in jedem Fall über notwendig auftretende Folgen aufgeklärt werden muß. So beispielsweise, daß mit der Uterus-exstirpation die Gebärfähigkeit verloren geht. Nicht aufgeklärt werden muß dagegen über Gefahren, die schlechthin mit jedem Eingriff verbunden sind, wie Wundinfektion und Blutung. Über typische Risiken, d.h. solche, die für den Eingriff spezifisch sind, muß aufgeklärt werden, ohne daß es auf die Häufigkeit ankommt. Nicht aufgeklärt werden muß über mögliche Kunstfehler, weil der Patient darin nicht einwilligen kann. Bei der Größe des Risikos gelten als Orientierungspunkte, ob nur eine vorübergehende Beeinträchtigung oder ein erheblicher Dauerschaden drohen können.

Der intellektuelle Status und die Erfahrung des Patienten beeinflussen das Aufklärungsverhalten insofern, als der Arzt versuchen muß, die wesentlichen Informationen auf den Bildungsgrad abzustellen. Das Verwenden medizinischer Fachausdrücke ist ebensowenig angezeigt wie das ausschließliche Verweisen auf den Inhalt von Beipackzetteln. Hat ein Patient bereits einschlägige Vorerfahrung oder eine medizinische Ausbildung, so kann der Umfang der Aufklärung geringer sein. Bei Ausländern gehen die juristischen Forderungen dahin, daß bei aufschiebbarer Eingriffen mit gravierenden Risiken am besten ein Dolmetscher eingesetzt werden solle. Entbehrlich sei die Aufklärung, wenn der Patient darauf verzichtet.

Gegenstand heftiger Kontroversen war und ist die Frage, inwieweit Patienten über eine Diagnose mit infauster Prognose aufgeklärt werden müssen. Wenn sich daraus eine schwerwiegende therapeutische Entscheidung ergibt, muß der Patient aufgeklärt werden, damit er die therapeutische Entscheidung mittragen kann. Die Frage, wann aus Rücksicht auf die Psyche des Patienten die Aufklärung unterbleiben kann, ist vom Bundesgerichtshof allerdings nach allgemeiner Ansicht unzureichend beantwortet worden. Nach dessen Entscheidung darf die Aufklärung nur dann entfallen, wenn sie Leben oder Gesundheit des Patienten ernstlich gefährden würde. Nähere Ausführungen, wo hier eine Grenze liegen könnte, fehlen.

Aus der Vielzahl weiterer Kriterien seien noch folgende Punkte hervorgehoben: Adressat der Aufklärung muß immer der Kranke selbst sein. Problematisch wird dies bei Minderjährigen. Unterhalb des 14. Lebensjahres wird davon ausgegangen, daß ein Patient noch nicht genügend Verständnis hat, um wichtige Entscheidungen zu treffen. Jenseits des 14. Lebensjahres muß individuell entschieden werden, ob die geistige Reife bereits vorliegt, die Aufklärung soweit zu verarbeiten, daß eine rechtswirksame Einwilligung erfolgen kann. Immer ist die Aufklärung Sache des Arztes. Derjenige Arzt, der einen Eingriff ausführt, muß sich über die erfolgte Aufklärung Gewißheit verschaffen.

Bezüglich des Zeitpunktes gilt als Richtlinie, daß dem Patienten genügend Überlegungsfrist verbleiben muß, allerdings natürlich in Relation zur Dringlichkeit der Maßnahme und der Größe eines möglichen Risikos. Bei bereits erfolgter Prämedikation ist das Bewußtsein verändert, die Einwilligung damit rechtlich angreifbar.

Dokumentation

Viele Diskussionen drehten sich in jüngster Zeit um Form und Beweissicherung der Aufklärung. Eine bestimmte Form hat die Rechtssprechung nicht zwingend vorgegeben, insbesondere wird nicht die schriftliche Form verlangt. Der Verwendung von Formularen ist sogar außerordentlich kritisch begegnet worden mit dem Argument,

daß eine Unterschrift unter einem Formblatt nicht einmal beweise, daß der Patient das Formblatt auch durchgelesen und verstanden habe. Insofern empfiehlt es sich, bei der Stufenaufklärung nach Weissauer in den hierfür gefertigten Vordrucken handschriftliche Eintragungen, die einzelne Punkte der Aufklärung spezifizieren, zu fertigen.

Urteile zur Aufklärungsproblematik in der Ophthalmologie

Nach dieser Darstellung der Grundregeln nun zu einigen Urteilen aus der Ophthalmologie. Deutsch und Mitarbeiter [2] haben Entscheidungen der Obergerichte zu grundsätzlichen Fragen der Aufklärung und Einwilligung gesammelt. Für das Fach der Augenheilkunde sind insgesamt sieben Urteile aufgeführt, fünf davon aus der Zeit vor 1970. Auf das älteste dieser Urteile, aus dem Jahre 1907, soll hier nicht eingegangen werden.

1954 hatte das Landgericht Berlin einen Fall zu entscheiden, in dem es nach operativer Entfernung einer Geschwulst der Bindehaut zur Schielstellung dieses Auges gekommen war. Die Aufklärung hatte sich nicht auf eine solche mögliche Funktionstörung erstreckt. Das Gericht: Ein verständiger Patient hätte auch bei Kenntnis des Schielrisikos eingewilligt, wenn er über die eventuelle Bösartigkeit der Geschwulst aufgeklärt worden wäre.

Der zweite Entscheidungsfall aus den 50iger Jahren stammt vom Bundesgerichtshof und führte zur Verurteilung des Arztes. Eine Netzhautvenenentzündung wurde mit einer Glaskörperabsaugung behandelt, worauf es zur Erblindung kam. Wegen akuter Gefahr für das Auge während des Transports hatte der Patient nicht zu einem Spezialisten verlegt werden können. Dieser hatte mit dem beklagten Arzt einen Behandlungsplan aufgestellt, in dem allerdings die Absaugung nicht vorgesehen war. Der behandelnde Arzt hatte den Patienten mündlich auch über die Absaugung aufgeklärt, aber zu wenig über Natur und Gefahren des Eingriffs unterrichtet, insbesondere nicht darüber, daß die Absaugung ohne Absprache mit dem Spezialisten erfolgt war. So ging der Patient von einer ganz

harmlosen Behandlung aus. Er wollte auch nur unter Mitwirkung des Spezialisten behandelt werden. Da die Absaugung aber ohne Absprache mit dem Spezialisten vorgenommen wurde, entschied das Gericht, daß keine wirkungsvolle Einwilligung vorlag.

Zwei der abgedruckten Urteile aus den 60iger Jahren führten jeweils zur Klageabweisung. Im einen Falle war es nach einer beidseitigen Glaukomoperation zu einer Infektion des rechten Auges gekommen, sodaß dieses entfernt werden mußte. Bei der Aufklärung war der Patient allerdings nicht auf diese Infektionsgefahr hingewiesen worden. Das Gericht war der Meinung, daß dies auch nicht erforderlich gewesen sei, da diese Komplikation zu selten sei. Dies ist eines der Beispiele, die nach zwischenzeitlich ergangenen Urteilen heute wohl anders entschieden würden.

Im zweiten Urteil ging es um Doppelbilder nach einer Schieloperation. Der Leitsatz, mit dem die Klage abgewiesen wurde, ging dahin, daß der Arzt regelmäßig nur über das Wesentliche der Behandlung aufklären müsse und nicht über seltene Einzelheiten.

Kommen wir schließlich zu den beiden neuesten Urteilen: Das Landgericht Heidelberg wies 1982 die Klage eines Patienten ab, der 7 Stunden nach perforierender Bulbusverletzung in die Klinik kam mit eröffnetem Glaskörper, Irisprolaps und Verletzung des Irisschließmuskels. Nach Iridektomie und Hornhautnaht trat eine erhöhte Blendungsempfindlichkeit und Sehschärfenminderung auf. Der Patient klagte, daß er nicht über die Sehschärfenminderung und nicht über eine mögliche Alternative, nämlich die Reponierung der Iris, aufgeklärt worden sei. Das Gericht führte aus, daß über die Sehschärfenminderung nicht aufgeklärt werden müssen, da ohne den Eingriff die Gefahr der Erblindung bestanden habe, so daß die mindere Folge bedeutungslos gewesen sei. Bezüglich einer Alternative zur Iridektomie war das Gericht der Auffassung, daß eine Reponierung eher verfehlt gewesen wäre.

Nun zum letzten Urteil, bei dem es um eine Kataraktoperation ging. Das Oberlandesgericht München verurteilte hier den Augenarzt, der Belegarzt in einem städtischen Krankenhaus war, zur Zahlung von Schmer-

zungsgeld, obwohl der vom Patienten behauptete Aufklärungsfehler sich auf die Anästhesie bezog. Der Augenarzt hatte dem Patienten nämlich zugesagt, daß die Chefärztin der Anästhesieabteilung die Narkose durchführen werde, tatsächlich nahm aber eine Assistenzärztin dann die Narkose vor. Entscheidend war für das Gericht, daß der Patient als Privatpatient Anspruch auf Behandlung durch die Chefärztin gehabt habe, wie es ihm zugesagt gewesen sei. Er habe zwar unmittelbar vor Durchführung des Eingriffes Kenntnis davon erhalten, daß eine Assistenzärztin die Narkose durchführen werde, seine Einwilligung auf den Anamnesebogen der Anästhesieabteilung sei aber rechtsunwirksam, da die Aufklärung hierüber zur Unzeit erfolgt sei. Der Augenarzt hätte als verantwortlicher Operateur entweder das Aufklärungsgespräch selbst führen müssen oder sich vom Vorliegen eines ausreichenden Informationsgespräches durch andere Ärzte überzeugen müssen.

Aufklärung über Verkehrstauglichkeit

Abschließend ein Urteil mit spezifischen Auswirkungen auf die Verkehrsophthalmologie: Ein Urteil des Landgericht, Konstanz äußert sich zur Sicherungsaufklärung bei Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch ärztliche Behandlung so:

„Es ist nicht Sache des Patienten, den Arzt darauf hinzuweisen, daß er mit dem Wagen gekommen sei, und zu fragen, ob der Wegfahrt damit aufgrund der durchgeführten Behandlung Bedenken entgegen stünden. Es ist vielmehr Sache des Arztes, dem Patienten die entsprechenden Hinweise zu geben. Hierzu ist er im Rahmen der aus dem Behandlungsvertrag entspringenden Sorgfaltspflicht gehalten.“

Ein Hinweisschild am Haupteingang einer Augenklinik, daß der Patient nicht mit Medikamenten, die auf die Pupillenweite Einfluß haben, am Straßenverkehr teilnehmen dürfe, wird nach diesem Urteil keine ausreichende Aufklärung darstellen.

Wird bei einer ophthalmologischen Untersuchung ein Befund entdeckt, der Auswirkungen auf die Verkehrstauglichkeit hat oder haben könnte, so besteht kein Zweifel, daß der Arzt den Patienten hierüber aufklären muß. Ist die Tauglichkeit mit Sicherheit eingeschränkt oder vermindert und kann die Ursache nicht therapeutisch behoben werden, hat der Arzt den Patienten zu beeinflussen, daraus die Konsequenzen zu ziehen. Zur Meldung an Polizei oder Führerscheinebehörde ist er nicht verpflichtet. Der Arzt kann aber nach Abwägung der Rechtsgüter – Schweigepflicht gegen allgemeine Verkehrssicherheit – ungestraft eine Meldung machen, wenn der Patient uneinsichtig ist.

Literatur

1. *Deutsch, E.*: Arztrecht und Arzneimittelrecht. Springer, Berlin 1991
2. *Deutsch, E., Hartl, M., Carstens, Th. (Hrsg.)*: Aufklärung und Einwilligung im Arztrecht. Springer, Berlin 1986

Anschrift für die Verfasser:
 Prof. Dr. med. W. Eisenmenger
 Universität München, Institut für Rechtsmedizin
 D-8000 München 2, Frauenlobstr. 7a